



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**TIBBİ SOSYAL HİZMET UZMANLARINDA MERHAMET
YORGUNLUĞUNA ETKİDE BULUNAN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Sena ODABAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2023

TIBBİ SOSYAL HİZMET UZMANLARINDA MERHAMET YORGUNLUĞUNA
ETKİDE BULUNAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Sena ODABAŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2023

KABUL VE ONAY

Sena ODABAŞ tarafından hazırlanan “Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Merhamet Yorgunluğuna Etkide Bulunan Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 10 Mart 2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr., Nilgün KÜÇÜKKARACA (Başkan)

Prof. Dr., Vedat İŞIKHAN (Danışman)

Doç. Dr., Melahat DEMİRBİLEK (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

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

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

.../.../2023

[İmza]

Sena ODABAŞ

ETİK BEYAN

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

[İmza]

Sena ODABAŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez yazım süreci inişleri çıkışları olan kimi zaman ne yapmam gerektiğine karar veremeyip yolumu kaybettiğim zorlu bir süreçti. Fakat bu deneyimin keyifli ve öğretici yönleri de çoktu.

Öncelikle tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Vedat Işıkhan'a araştırma sürecimin başından sonuna kadar her zaman destek sunduğu, yapıcı eleştiri ve yorumları ile araştırmamı geliştirdiği için çok teşekkür ederim.

Tez savunma jürimde yar alan ve çalışmanın son haline gelmesinde kıymetli önerilerini ve bilgi birikimlerini benimle paylaşan Sayın Doç. Dr. Nilgün Küçükkaraca ve Sayın Doç. Dr. Melahat Demirbilek'e teşekkür ederim.

Yoğun bir tempoda çalışmalarına rağmen araştırmama zaman ayıran ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden; benimle deneyimlerini paylaşan değerli sosyal hizmet uzmanlarına ne kadar teşekkür etsem az olur.

Lisans yıllarımdan beri beni her zaman destekleyen canım meslektaşlarım Tuba Batmaz ve Seren Tan'a; tez yazım sürecinde ne zaman moralim bozulsun ne zaman vazgeçmeye kalksam endişelerimden beni uzaklaştıran bir telefon uzağında olan Beyza Toprak ve Bilgesu Kasurğa'ya; bu yıl başında hayatıma girip beni yalnız hissettirmeyen Şeyma Çakır, Sinem Daştan, Sera Başer ve Meryem Lafcı'ya teşekkür ederim.

Son olarak, hayatım boyunca beni koşulsuz destekleyen ve emeklerini asla esirgemeyen sevgili annem Emine Odabaş ve babam Hakkı Odabaş'a ve canım kardeşlerim Ahmet Odabaş ve Leyla Zeren Odabaş'a teşekkür ederim. Bugün bir şeyleri başarabiliyorsam bu sizin sayenizde. İyi ki varsınız!

ÖZET

ODABAŞ, Sena. *Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Merhamet Yorgunluğuna Etkide Bulunan Faktörlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023.

Travmatik bir öyküye sahip olmak sadece travma mağdurunu etkilemez. Travma mağduru bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanları da bu hikâyeden dolayı olarak etkilenir ve bu durum merhamet yorgunluğuna neden olabilir. Bu araştırmanın amacı, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının maruz kaldıkları merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlenmesidir. Bu bağlamda Ankara’da ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan 15 sosyal hizmet uzmanı ile yarı yapılandırılmış görüşme formu eşliğinde Haziran 2022 ve Ağustos 2022 tarihleri arasında derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir ve veriler toplanmıştır. Veriler tematik analiz yöntemiyle manuel ve MAXQDA 2022 programı kullanılarak çözümlenmiştir. Araştırmanın bulgularına göre 3 ana tema oluşmuştur. Bunlar 1) tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmak; 2) travma mağduru bireylerle çalışma ve 3) psikososyal destek hizmetlerine olan ihtiyaçtır. Sonuç olarak psikososyal destek eksikliği, karşılaşılan vakalar, empatik yaklaşım, vaka yükü merhamet yorgunluğunun oluşumunda etkide bulunan faktörler arasında ön plana çıkmaktadır. Meslek elemanlarının iyilik hallerini ve mesleki doyumunu arttırmak ve merhamet yorgunluğu gibi dolaylı travmalardan korunması için mikro, mezzo ve makro boyutta sunulacak hizmet ve uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, merhamet yorgunluğu, sosyal hizmet

ABSTRACT

ODABAŞ, Sena. *Exploring of Factors Affecting Compassion Fatigue in Medical Social Workers*, Master Thesis, Ankara, 2023.

Having a traumatic experience does not only affect the trauma victim, but also these experiences affect social workers who work in medical centre, which may result in compassion fatigue. The purpose of this study is to determine the factors that lead to compassion fatigue in social workers. With this respect, in-depth interviews were conducted with 15 medical social workers working in health care institutions in Ankara, and the data was collected using a semi-structured interview form between June 2022 and August 2022. The data were analysed by using the method of thematic analysis via MAXQDA 2022 program and manually. The following themes regarding medical social workers' experiences with compassion fatigue emerged from in-depth interviews: 1) working in hospital, 2) working with clients who have experienced trauma, and 3) needing of psychosocial support. As a result, lack of psychosocial support, cases encountered, empathic approach, and caseload are at the forefront of factors influencing compassion fatigue. Improving professionals' well-being and job satisfaction and protecting them from indirect trauma, such as compassion fatigue, requires services and practices delivered at the micro, mezzo, and macro dimensions.

Key Words

Medical social worker, compassion fatigue, social work

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	4
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	4
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	6
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	7
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	8
1.5. TANIMLAR	8
2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	10
2.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET	10
2.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Kapsamı ve İşlevi.....	10
2.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Uygulama Alanları.....	12
2.1.2.1. Palyatif Bakımda Sosyal Hizmet	13
2.1.2.2. Onkolojide Sosyal Hizmet	15
2.1.2.3. Kronik Hastalıklarda Sosyal Hizmet.....	17

2.1.2.4.	Psikiyatrik Sosyal Hizmet	21
2.2.	MERHAMET	22
2.3.	MERHAMET YORGUNLUĞU	24
2.3.1.	Merhamet Yorgunluğunun Bileşenleri.....	26
2.3.2.	Merhamet Yorgunluğunun Oluşum Süreci	32
2.3.3.	Merhamet Yorgunluğuna Etkide Bulunan Faktörler.....	34
2.3.3.1.	Kişisel Faktörler	34
2.3.3.2.	Örgütsel Faktörler	36
2.3.4.	Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri	37
2.3.5.	Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar	39
2.3.5.1.	Tükenmişlik.....	40
2.3.5.2.	Üstlenilmiş Travma.....	42
2.3.5.3.	İkincil Travmatik Stres.....	44
2.4.	MERHAMET YORGUNLUĞU VE SOSYAL HİZMET	46
2.4.1.	Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Merhamet Yorgunluğu	48
2.4.2.	Merhamet Yorgunluğu Hakkında Yapılan Araştırmalar.....	51
2.4.2.1.	Türkiye’de Yürütülen Araştırmalar.....	51
2.4.2.2.	Uluslararası Alanda Yürütülen Araştırmalar	53
3.	BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	56
3.1.	ARAŞTIRMANIN MODELİ	56
3.2.	ARAŞTIRMANIN ÖZNELERİ.....	58
3.2.1.	Araştırma Öznelerinin Sosyo-Demografik Bilgileri	59
3.3.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	63
3.4.	VERİ TOPLAMA SÜRECİ	64
3.5.	VERİLERİN ANALİZİ.....	65
3.6.	ETİK HASSASİYETLER	67

3.7.	SÜRE VE OLANAKLAR.....	67
4.	BÖLÜM: BULGULAR VE YORUMLAR.....	69
4.1.	TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA ÇALIŞMAK.....	69
4.1.1.	Rol ve Sorumluluklar	71
4.1.2.	Hastanede Karşılaşılan Vakalar	74
4.1.3.	Mesleki Doyum.....	79
4.2.	TRAVMA MAĞDURU BİREYLERLE ÇALIŞMAK.....	82
4.2.1.	Bakım Yükü (Cost of Care)	82
4.2.2.	Empatik Yaklaşım.....	85
4.2.3.	Kişisel Yaşama Yansımalar	88
4.2.4.	Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Baş Etme Stratejileri	93
4.3.	PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNE OLAN İHTİYAÇ	95
4.3.1.	Süpervizyon.....	95
4.3.2.	Kurumlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon.....	99
5.	BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	101
5.1.	SONUÇ.....	101
5.1.1.	Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışmakla İlgili Sonuçlar	103
5.1.2.	Travma Mağduru Bireylerle Çalışmayla İlgili Sonuçlar.....	104
5.1.3.	Psikososyal Destek Hizmetlerine Olan İhtiyaçla İlgili Sonuçlar	105
5.2.	ÖNERİLER	106
5.2.1.	Mikro Düzeyde Öneriler	107
5.2.2.	Mezzo Düzeyde Öneriler	108
5.2.3.	Makro Düzeyde Öneriler.....	109
	KAYNAKÇA	111
	EK 1: ORJİNALLİK RAPORU	131
	EK 2: ETİK KOMİSYON İZİNİ	133

EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	134
EK 4: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	136

KISALTMALAR DİZİNİ

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

NASW: National Association of Social Workers (Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği)

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Merhamet Yorgunluğu'nun Belirtileri	38
Tablo 2. Araştırma Öznelerini Tanıtıcı Bulgular	59
Tablo 3. Araştırmanın Ana ve Alt Temaları.....	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Merhamet Yorgunluğu Modeli	27
Şekil 2. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci.....	33
Şekil 3. Merhamet Yorgunluğunun Kavramsal Modeli.....	46

GİRİŞ

Sosyal hizmet uzmanları iş yaşamlarında müracaatçıların ihtiyaçlarını karşılamak ve müracaatçılarının iyilik halini güçlendirmek amacıyla hiç durmadan yardım etme ve empatik ilişki kurma eğilimindedirler ki bu durumun bir bedeli vardır. Bu bedel merhamet yorgunluğu olarak tanımlanmaktadır.

Başkalarının deneyimledikleri travmalara dolaylı olarak maruz kalmanın sonucunda merhamet yorgunluğunun meydana gelmesi ve sosyal hizmet uzmanının biyolojik, psikolojik, duyuşsal ve sosyal açıdan etkilemesi kaçınılmaz olmaktadır. Merhamet yorgunluğu, psikososyal destek sunulan bireye yoğun empatik bir ilişki kurma sonucunda travma mağduru bireyin hissettiği acı, stres gibi olumsuz duyguları hissetmekten kaynaklanan fiziksel, düşünsel ve duygusal bir yorgunluktur. Sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğuna maruz kalmasına neden olarak yeterli öz bakımın gerçekleşmemesi, sosyal destek ağlarının zayıf olması, çalışma ortamında yaşanan krizler, mesleki tanımın ve kapsamın yarattığı karmaşa, geçmişten gelen travmatik bir öyküye sahip olma, iş yükü ve stresiyle baş edememe, süpervizör ve kurumsal desteğin eksikliği gibi kişisel ve örgütsel faktörler sıralanabilir.

Merhamet yorgunluğu, başkasının deneyimlediği travmayı yeniden deneyimleme sonucunda meydana gelen ağır duygusal bir yükür. Yapılan görüşmelerde birey ve ailesinin maruz kaldığı travmaya dolaylı olarak dinlemenin sonucunda meslek elemanının yoğun bir acı ve sempati hissetmesi durumu merhamet yorgunluğudur (Figley, 1995). Mesleki yaşamın gerekliliği olarak travma mağduru kimseyle çalışmanın negatif cevabı olarak merhamet yorgunluğu artmaktadır ve merhamet yorgunluğu sadece meslek elemanının iyilik halini olumsuz olarak etkilememekte aynı zamanda sunulan hizmetin niteliğini ve kurumun etkili çalışmasını da olumsuz etkilemektedir (Stamm, 2010; Voth-Schrag ve diğerleri, 2022, s.278). Tıbbi sosyal hizmet uzmanları mesleğin doğası gereği merhamet yorgunluğuna karşı kırılğan olmaya yatkındır. Çalıştıkları sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran birey ve grupların örseleyici bir öyküye sahip olmaları nedeniyle

mikro, mezzo ve makro düzeyde sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirdikleri esnada birey ve yakınları ile doğrudan iletişime geçmektedirler ki durum sosyal hizmet uzmanının merhamet yorgunluğuna maruz kalmasının kaçınılmaz bir son olabileceğini göstermektedir.

Alanyazın incelendiğinde Pelon (2017), Thomas (2013), Yi ve diğerleri (2018) ve Yi ve diğerleri (2019) hastanede ya da diğer sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğuna maruz kalma riskine karşı kırılğan olduğunu gösterdiği araştırmalar yürütmüştür.

Merhamet yorgunluğuna maruz kalma sonucunda profesyonellerin müracaatçıdan sürekli olarak kaçınma duygusunu sahip olmasının yanı sıra artan sorumluluklar ve başkalarının acıları ile özdeşleme ile birlikte psikolojik, bilişsel ve kişilerarası ilişkilerde negatif belirtilerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında sosyal hizmet uzmanının hem kişisel yaşamında hem de ekip çalışmasındaki sorumluluklarını ve rollerini ihmal etmesi ve işleri aksatması kaçınılmaz olabilmektedir (Gentry, 2002; Mottaghi ve diğerleri, 2020; Nolte ve diğerleri, 2017).

Merhamet yorgunluğu sosyal hizmet mesleği için temel kavramlardan birisidir çünkü müracaatçıların maruz kaldıkları acı ve travmaya maruz kalmaya devam etmek tıbbi sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğunun oluşma riskinin arttırmaktadır. Bu sebeple araştırmanın amacı merhamet yorgunluğuna neden olan faktörleri sosyal hizmet uzmanlarının bakış açısıyla ve deneyimleriyle anlamlandırmaktır.

Bu bağlamda bu araştırma 5 ana başlıktan oluşmaktadır. Araştırmanın;

İlk bölümünde; araştırmanın problemi, amacı, önemi, sınırlılıkları, tanımlarına ve varsayımlara yer verilmiştir.

İkinci bölümünde; kuramsal çerçeve başlığı ile çalışmanın teorik çerçevesini kapsayan 3 ana başlığa yer verilmiştir. Tıbbi sosyal hizmet başlığı altında tıbbi sosyal hizmetin

kapsamı ve işlevinden ve tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının aktif olarak ekip çalışmasının bir parçası olduğu palyatif bakım, onkoloji, kronik hastalıklar ve psikiyatri alanındaki çalışmalarına yer verilmiştir. Daha sonra merhamet kavramının tanımı yapılmıştır ve sosyal hizmet ile olan ilişkisi kurulmuştur. Araştırmanın fenomenini oluşturan merhamet yorgunluğu ise diğer başlık altında incelenmiştir. Bu başlık altında merhamet yorgunluğu kavramsal olarak açıklanmış; merhamet yorgunluğunun belirtileri ve oluşum süreci, merhamet yorgunluğuna neden olan kişisel ve örgütsel faktörlere yer verilmiştir. Son başlık ise merhamet yorgunluğu ve sosyal hizmet arasındaki ilişkinin kurulduğu başlıktır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının deneyimledikleri merhamet yorgunluğu ile ilgili literatürde yer alan araştırmalara detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

Üçüncü bölümünde; araştırmanın modeli, özneleri, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin analizi, etik hassasiyetler ve süre ve olanaklar hakkında bilgiler aktarılmıştır.

Dördüncü bölümü ise gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin tematik analizi sonucunda oluşan ana temaların ve alt temaların literatürde yer alan araştırmalar ile birlikte yorumlanarak yazıldığı bulgular bölümü yer almaktadır.

Son bölümü; merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlendiği sonuç bölümünden ve sosyal hizmet bakış açısıyla alana bütüncül bir bakış açısı sunarak ileri ki araştırmalara yol gösterici nitelikteki önerilerden oluşmaktadır.

Hastane ortamında sosyal hizmet mesleğinin gerekliliklerini yerine getiren sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmeler ile merhamet yorgunluğunun yordayıcısı olan faktörlere araştırma öznelerinin deneyimleri sayesinde ulaşılmıştır. Bu bağlamda bu araştırmanın sosyal hizmet literatüründeki merhamet yorgunluğu husundaki bilgi açıklığını dolduracağına inanılmaktadır.

Çalışma genel bilgilerinin yer aldığı ilk bölüm ile devam edecektir.

1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın genel bilgilerine yer verilecektir. Başlıklar:

- a) Araştırmanın Problemi,
- b) Araştırmanın Amacı,
- c) Araştırmanın Önemi,
- d) Araştırmanın Sınırlılıkları ve
- e) Tanımlar olarak sıralanmıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Merhamet yorgunluğu (compassion fatigue), travmatik olay deneyimine sahip kişilere psikososyal destek hizmeti sunan ya da bakım veren meslek elemanlarının, örselenmiş bireylerin deneyimledikleri korku, acı gibi duygusal tepkilerin benzerini kendilerinin de deneyimlemeleri ve bunun sonucunda zaman içerisinde empati yeteneklerini ve duygusal tepkimelerini kaybetmeleri olarak tanımlanmaktadır. Merhamet yorgunluğu kavramı ilk olarak 1992 yılında Joinson tarafından hemşireler ile yapılan araştırma kapsamında kullanılmıştır fakat kavramın geliştirilmesi ve kavramlaştırılması Charles R. Figley tarafından gerçekleştirilmiştir. Figley (1995), travmatik gruplarla çalışan meslek elemanlarının; empatik yaklaşımlarını kaybetmeleri, geçmişte danışanı ile benzer bir travmatik olayı deneyimlemeleri, travmatik geçmişi olan çocuklarla çalışmaları ve çözümleyemedikleri travmatik olayların sonucunda merhamet yorgunluğu düzeylerinin artabileceğini öne sürmüştür (Figley, 1995; Polat ve Erdem, 2017, s.293).

Sosyal hizmet mesleğinin doğası gereği sosyal hizmet uzmanları çocuk ihmal ve istismarı, aile içi şiddet, doğal afet, fiziksel engel gibi olumsuz olayları deneyimleyen travmatik müracaatçı grubuyla sürekli olarak iletişime geçmektedir. Bu durum meslek elemanlarının merhamet yorgunluğuna maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Merhamet yorgunluğuna maruz kalan meslek elemanları hiç beklemedikleri bir anda acıya maruz kalmış gibi hissedebilmektedirler ve merhamet yorgunluğu düzeyinin artması ile umutsuzluk, uykusuzluk, anksiyete, depresyon gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar meydana gelirken meslek elemanları yardımcı olma ve vakalara

objektif yaklaşma yeteneklerini kaybedebilmektedirler. Travmatik gruplar ile çalışan meslek elemanları için merhamet yorgunluğu kaçınılmaz bir durumdur (Conrada ve Guenther, 2006; Harr ve Moore, 2011, s.350).

Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu benzer sonuçlar meydana getirirse de aralarında farklılıklar bulunmaktadır. Tükenmişlik bir sürecin sonucunda aşamalı olarak ortaya çıkarken; merhamet yorgunluğu, tek bir olayın sonucunda hızlı bir şekilde ortaya çıkabilir. Merhamet yorgunluğunun fiziksel ve psikolojik belirtileri tükenmişlik sonucunda ortaya çıkan belirtilerden daha çabuk meydana gelebilir fakat merhamet yorgunluğu semptomlarından kurtulmak tükenmişlik semptomlarından kurtulmaktan daha kolaydır. Merhamet yorgunluğu, ikincil travmatik stres yerine sıklıkla kullanılmaktadır fakat merhamet yorgunluğunun daha aşamalı olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres deneyimlerinin yansıması olarak da meydana gelebilmektedir (Conrada ve Guenther, 2006; Figley, 1995).

Sosyal hizmet, baskı, ayrımcılık, yoksulluk, ruh sağlığı sorunları dahil dünyadaki en zorlu bazı sosyal sorunları ele alan bir meslektir. Sosyal hizmet uzmanları toplumda dezavantajlı gruplar içinde bulunan travmatik deneyime sahip ve savunmasız olan bireylerle mikro, mezzo ve makro boyutta sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirerek birey, grup ve toplumların biyopsikososyal iyilik hallerini güçlendirmeyi hedeflemektedir. Dahası sosyal hizmetin uygulama temel ilkelerini insan hakları ve sosyal adalet oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının baş etme mekanizması zarar görmüş, travma ve örselleyici olaylar sahibi bireyler ile çalışma yürütmesi, vaka müdahale sürecinde olumsuz duygu durumun oluşumuna neden olabilmektedir ve bunun sonucunda sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve üstlenilmiş travmanın oluşma riski artmaktadır (Bae ve diğerleri, 2020, s.320; alık ve etinkaya-Büyükbodur, 2017).

Merhamet yorgunluğunun travma mağduru kimseyle temas esnasında kurulan empatik yaklaşımdan kaynaklı olabileceği bilinmektedir. Mesleki hayatını sürdüren çoğu yetişkin

bireyin hayatında en az bir travmatik öykünün olabilme ihtimali de merhamet yorgunluğunun araştırılması için önemlidir (Hansen ve diğerleri, 2018, s.632).

Barker (1999) Tıbbi Sosyal Hizmeti, sağlık kuruluşlarından hizmet alan hasta ve hasta yakını birey ve grupların hastalıkla birlikte ortaya çıkan sosyal ve duygusal sorunların çözümlenmesi ve önlenmesi amacıyla sunulan bir sosyal hizmet uygulama alanı olarak Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde tanımlamıştır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, intihar girişimi, kayıp/yas süreci, istismara maruz kalan bireyler (kadına yönelik şiddet, çocuk ihmal ve istismarı, terk edilen bebekler, adölesan gebeler), madde bağımlıları gibi travmatik yaşam öyküsüne sahip birey ve gruplarla doğrudan çalışmaktadır ve etkileşimde buldukları grupların travma mağduru olmaları sonucunda merhamet yorgunluğu ve diğer dolaylı travmatizasyon maruz kalmaları ve bunun neticesinde günlük hayatlarının güçleşmesi ile karşılaşabilmektedirler (Yıldırım ve Başer, 2019).

Sosyal hizmet uzmanlarının, hizmet sunduğu müracaatçı bireylerin ve grupların karmaşık ve örseleyici sorunlara sahip olması ve etkin sosyal hizmet uygulamalarının gerçekleştirilmesi esnasında karşılaşılan zorluklar merhamet yorgunluğuna neden olabilir. Bunlara ek olarak, profesyonellerin yardım etme isteği ile müracaatçı ve müracaatçı sorunlarının çözümlenmesi esnasında karşılaşılan örgütsel ve kurumsal sorunlar da meslek elemanında merhamet yorgunluğunun oluşmasına neden olabilir.

Bu araştırmanın problemi, hastanelerde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının travma mağduru müracaatçı grubuna yönelik planladıkları vaka yönetim sürecinde ve sonrasında deneyimledikleri merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlenmesi hususunda literatürde görülen bilgi eksikliğidir.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı hastanelerde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının kendi deneyimlerinden yola çıkarak merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin derinlemesine incelenmesi; dolaylı travma türlerinden biri olan merhamet yorgunluğuna

maruz kalma sonucunda meydana gelme ihtimali olan stres kaynaklarının belirlenmesi ve merhamet yorgunluğundan korunmak için geliştirilen baş etme mekanizmalarını ortaya koymaktır.

Bu genel amaca aşağıda yer alan sorularla ulaşılması planlanmaktadır.

- Sağlık kuruluşlarında çalışan SHU'larının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri nelerdir?
- Travma mağduru bireye yönelik sosyal hizmet müdahalesi sunan SHU'ları dolaylı travmadan biyopsikososyal açıdan nasıl etkilemektedir?
- Merhamet yorgunluğundan korunmak ya da etkilerini hafifletmek için baş etme stratejileri nelerdir?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Travma mağduru bireylere yönelik sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştiren tıbbi sosyal hizmet uzmanları dolaylı travma türlerinden merhamet yorgunluğunu maruz kalabilmektedir. Bundan dolayı tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının deneyimleyebileceği merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda araştırma; hastanelerde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu deneyimlerinin ve merhamet yorgunluğunun maruz kalma sonucunda ortaya çıkan etmenleri belirlemeye çalışmaktadır. Ayrıca güçlüklerle baş etme stratejilerini anlamlandırmak adına önem taşımaktadır.

Konuyla ilgili uluslararası alanyazın incelendiğinde sosyal hizmet uzmanlarının maruz kaldıkları merhamet yorgunluğu konusu hakkında çeşitli araştırmalara rastlanmaktadır. Ancak, ulusal düzeyde literatür incelendiğinde merhamet yorgunluğu ile ilgili araştırmaların başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları ve enformel bakım veren kişiler ile yürütülen araştırmalarla sınırlı olduğu görülmektedir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının deneyimledikleri merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlenmesi konulu bu araştırma ile sadece sosyal hizmet literatürüne değil aynı zamanda hemşirelik, psikiyatri gibi sağlık ile ilişkili alanyazına katkı sunacağına inanılmaktadır.

Yine var olan araştırmaların nicel araştırma yönteminin yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmüş olup; maruz kalınan merhamet yorgunluğunu derinlemesine inceleyen nitel araştırmalar sınırlı kalmaktadır. Bu çalışma ile merhamet yorgunluğunun yordayıcısı olan faktörleri belirlemek için nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir ve dolayısıyla literatürdeki mevcut bilgi birikimine katkı sunması açısından önem kazanmaktadır.

Bu araştırma ile başta tıbbi sosyal hizmet alanı olmak üzere farklı sosyal hizmet uygulama alanlarında çalışmakta olan profesyonellere yönelik araştırma sorun alanına ilişkin kuramsal bilgi eksikliğinin giderilmesi ve profesyonellerin psikososyal destek ihtiyaçları konusunda farkındalık oluşturması beklenmektedir.

Araştırma sonucunda ortaya konacak bulgular doğrultusunda geliştirilecek önerilerin, tüm kurum ve kuruluşlarda çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının yaşam kalitesini, mesleki tatminini ve biyopsikososyal açıdan iyilik hallerini arttıracak sosyal politikaların geliştirilmesine katkı sunulacağı düşünülmektedir.

1.4.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmaya katılım göstermeyi planlayan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının COVID-19 vb. etkenler nedeniyle araştırmaya katılım gösterememesi araştırmanın bir diğeri sınırlılığı olacaktır.
- Sosyal hizmet uzmanının verdiği yanıtlar bu araştırma için hazırlanmış yarı yapılandırılmış sorular ile sınırlıdır.
- Covid-19 Pandemi sürecin devam ediyor olması hastaneleri ve hastanelerde çalışmakta olan meslek elemanlarını olumsuz yönde etkilemekte ve iş yoğunluklarını arttırmaktadır. Bunun neticesinde araştırma örneklemi Ankara ilinde yer alan Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri ile sınırlı kalacaktır.

1.5. TANIMLAR

Bu araştırma kapsamında kullanılan işevuruk kavramlar:

Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanı: Sağlık Bakanlığı'na bağı kurum ve kuruluşlarda çalışmakta olan ve örselenmiş müracaatçı grubu ile doğrudan çalışan meslek elemanlarıdır.

Merhamet Yorgunluğu: Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının örselenmiş bireylere ve gruplara yönelik sundukları psikososyal ve sosyoekonomik destek hizmetleri sonucunda duygusal ve empatik tepkilerinin kaybolmasını ifade etmektedir.

2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE

Araştırma konusunun derinlemesine anlaşılması için 2. bölüm başlığı altında araştırmanın amacına uygun olarak a) tıbbi sosyal hizmet, b) merhamet ve c) merhamet yorgunluğu olmak üzere toplam 3 ana başlık altında yer alan alt başlıklar ile literatürde araştırma konusuna dair yer alan bilgi ve araştırmalara detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

2.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET

Bu başlık altında sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sağlık sistemi içerisindeki görevleri, rolleri ve sorumlulukları açıklanmıştır. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde hangi birimlerde interdisipliner çalışma yürüttüğüne dair spesifik örneklere yer verilmiştir.

2.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Kapsamı ve İşlevi

Sosyal hizmet, insan haklarını temel alarak kişinin biricikliğini, saygınlığını vurgulayan bir bilim ve meslektir. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık alanı başta olmak üzere adalet, sivil toplum gibi çeşitli alanlarda insanların psikososyal iyilik hallerinin korunması ve güçlendirilmesi amacıyla çalışmalar yürütmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının çok geniş ve farklı alanlarda çalışmasının sebebi eklektik bilgi temelinde bütüncül bir bakış açısına sahip olmalarıdır (Zubaroglu-Yanardağ, 2017, s.36).

Sosyal hizmetin en eski ve en önemli uygulama alanlarından biri tıbbi sosyal hizmettir. Sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları tıbbi sosyal hizmet uzmanı olarak nitelendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, "sadece hastalığın olmaması değil, aynı zamanda biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"dir. Bu tanıma bakıldığında sadece medikal bir tedavinin sağlıklı bir yaşam için yeterli olmayacağı düşünülmektedir. Sağlık, içerisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal kavramları içeren geniş ve kapsamlı bir olgudur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değer temelini kullanarak sağlık kuruluşlarında bakım gören hastalara tıbbi tedavi uygulayan diğer sağlık personelinin yanında psikososyal destek hizmeti

sunarak, hastaların biyopsikososyal açıdan bütüncül bir tedavi görmelerini sağlar. Tıbbi sosyal hizmetin amacı hastanede ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tedavi sürecinde sosyal sağlıklarının korunması, hasta ve ailesi arasındaki ilişkinin düzenlenmesi ve sosyal işlevselliklerinin artırılmasıdır. Öte yandan tıbbi sosyal hizmet; psikososyal ve sosyoekonomik problemlerinin çözümü amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır (Özbesler, 2013; Tuncay ve Tekin, 2021; Zengin, 2011).

Hastanede çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri hem diğer sosyal hizmet uygulama alanlarındaki rollerle benzerlik göstermekte hem de tıbbi sosyal hizmete özgü rollerden oluşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, hastanenin örgütsel işleyişinde yer alan etik komiteye katılım göstermenin yanı sıra tıbbi tedavisi devam eden hastalara yönelik planlayıcı, kaynak bulucu, savunucu, ekonomik açıdan sosyal yardım sağlayıcı, kolaylaştırıcı, krize müdahale edici gibi pek çok mesleki rolü üstlenmektedir (Yıldırım, 2018).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşulları 2011 yılında "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi" ile düzenlenmiştir. Bu bağlamda sağlık kuruluşlarında birey, grup ve toplumla sosyal hizmet müdahalesi tıbbi sosyal hizmet uzmanları tarafından gerçekleştirilmektedir (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011'e göre sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumlulukları:

- Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun yürütmek.
- Hastaneden hizmet alan tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan öncelikli hastalar için sosyal hizmet müdahalesi planlar ve uygular.
- Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.
- Hastanede yatarak tedavisini tamamladığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların

ikametini nakillerini koordine eder. Bu bağlamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

- Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.
- Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.
- Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.
- Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.
- Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.
- Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
- Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.

2.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Uygulama Alanları

Tıbbi hizmetlerde yaşanan teknolojik ilerlemeler sayesinde hastanede yatarak tedavi görme süresi kısalmıştır ki bu durum sunulan hizmetlerin sadece hastane temelli olmasının hastanın ve çevresi için yeterli olmayacağını ve yeni bakış açılarına duyulan ihtiyacı göstermiştir. Dolayısıyla toplum temelli bütüncül sosyal hizmet uygulamalarına duyulan ihtiyaç artmıştır. Bu bağlamda tıbbi sosyal hizmet uzmanları çeşitli sağlık kuruluşlarında istihdam edilmeye başlanmıştır (Kılıç-Gündüz ve Taylan, 2016, s.129).

Türkiye’de sağlık sisteminde biyopsikososyal modelin benimsenmesi ve yürütülmesi sonucunda kamu hastanelerinde ve halk sağlığı kurumlarında sosyal hizmet uzmanlarına duyulan ihtiyacı arttırmıştır. Dolayısıyla, bu durum sağlık alanında sosyal hizmet uzmanı istihdamının artmasına katkı sağlamıştır (Bekiroğlu, 2016, s.342). Özkan-Ulucan ve diğerleri (2019), tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları alanlara bakıldığında meslek elemanları, kamu hastanelerinde tıbbi sosyal hizmet birimi ve hasta hakları biriminde aktif rol almaktadırlar ve örselenmiş birey ve gruplarla mesleki sorumlulukları gereği psikososyal ve sosyoekonomik destek hizmetlerini doğrudan sunmaktadırlar (s.2).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Yönerge (2014) ile TRSM'lerde çalışacak ekip üyeleri ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter, idari ve teknik personelden oluşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının bu ekip içinde yer alması ruh sağlığı alanında sosyal modele geçiş için önem arz etmektedir. Bu kurumlarda çalışan hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları ortaktır. Profesyonellerden, hasta ve ailesine yönelik psikososyal destek müdahaleleri geliştirmeleri; kamuoyunda farkındalık oluşturmaları ve damgalanma ile mücadele etmeleri gibi ortak rol ve sorumlulukları karşılamaları beklenmektedir.

Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM), çocuk cinsel istismarı ile mücadele etmek amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde kurulmuş olup; Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığına bağlı il müdürlükleri ile iş birliği yürütülen bir hizmet modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. ÇİM'ler çocuğun üstün yararı ilkesini benimsemiştir ve cinsel istismara maruz kalan ya da maruz kalma şüphesi olan çocukların biyopsikososyal açıdan korunması ve tedbirlerin alınması; çocukların çoklu travmaya maruz kalmalarının önüne geçilmesi hususunda önemli bir kuruluş olduğu düşünülmektedir. ÇİM'lerde doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip ile süreç yürütülmektedir. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken temel özellikler istismar ve ihmale karşı bütüncül bir bakış açısına sahip olmak; çocuklara ve ailelere danışmanlık hizmeti sunmak; istismar riski gördüğünde kolluk kuvvetlerine bildirmek olarak sıralanabilir (Danış ve diğerleri, 2019, s.521-524; Orhan ve diğerleri, 2019, s.180).

2.1.2.1. Palyatif Bakımda Sosyal Hizmet

Son yıllarda ciddi rahatsızlığı olan hastalara etkili bir bakım sunulması, hastaya ve ailesine sosyal destek verilmesi ve geriye kalanların yaşamlarının yeniden düzenlenmesinin önemi artmıştır. Bu bağlamda palyatif bakım modeli geliştirilmiştir. Palyatif bakım, ciddi bir rahatsızlığı bulunan ve ölmek üzere olan hastaya fiziksel ve psikolojik belirtilerin azalması için bütüncül bir uygulama ile medikal ve psikososyal hizmetlerin verildiği bir bakım türüdür. Bu bakım türü ile hasta ve hastanın ailesine

yönelik psikososyal destek hizmeti sunulmaktadır. Palyatif bakımın kökü kanser ve diğer ciddi kronik hastalığa yakalanmış bireylere sağlanan hizmetlere dayanmaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının, onkolojik sosyal hizmet uygulamalarında yer alan rol ve sorumlulukları ile palyatif bakımdaki rol ve sorumlulukları birbirine benzemektedir (Işıkhana, 2016, s.101; Saruç, 2013, s.197; Tuncay, 2013, s.148).

Palyatif bakımın sadece tıbbi müdahale olduğunu düşünmek yanlıştır. Palyatif bakım aynı zamanda bir insan hakkı olarak düşünülmelidir. Tüm bunların sonucunda sosyal hizmetin temelinde insan haklarının yer almasından kaynaklı palyatif bakım hizmeti, sosyal hizmet uzmanları ile doğrudan ilişkilidir (Turgut ve Soylu, 2020, s.464; WPCA, 2014, s.9). Palyatif bakım esnasında bireylerin karşılaştığı psikososyal problemlerin çözümünde ve ihtiyaçlarının karşılanmasında sosyal hizmet uzmanları aktif rol almaktadırlar (Kangalgil-Balta ve Bekiroğlu, 2021, s.130).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) (2003), palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarını belirlemiştir. Bunlar:

- Klinik değerlendirmenin rehberliğinde yaklaşan ölüme hastayı ve aileyi hazırlamak,
- Danışan, aile üyeleri ve bakım ekibi arasında köprü görevi görmek,
- Yas teorilerini uygulama becerisine sahip olmak ve hasta ve aileyi desteklemek,
- Uygun müdahale yöntemini uygulamak sosyal hizmet uzmanının sahip olması gereken en temel rol ve sorumluluklardır.

Karakaya (2020), palyatif bakım hizmetinde sosyal hizmet uzmanlarının mikro, mezo ve makro boyutta görevlere sahip olduğunu ve süpervizör, hak savunuculuğu ve güçlendirici gibi rolleri üstlendiğini belirtmiştir (s.42-43).

Hastalığın meydana geldiği zamandan ölüme kadarki zamanda hastanın ve ailenin ihtiyaçları değişebilmektedir. Palyatif bakım ekibinin üyesi olan sosyal hizmet uzmanlarının, hastanın ve ailenin bu değişimlere uyum sağlayabilmesi, kaygıların

azaltılması ve gereksinimlerin karşılanması hususunda da sorumlulukları vardır (Işıkhan, 2008, s.42).

Palyatif bakım merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının alana özgü spesifik bir eğitim almaması ve konsültasyon yöntemi ile çalışmaları çeşitli bireysel ve örgütsel güçlükleri de beraberinde getirmektedir. Palyatif bakım hizmeti merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yürütülen bir araştırma sonucunda, sosyal hizmet uzmanlarının hizmet ekibinin sürekli üyesi olmaması, çalışma saatlerinin standartlaştırılmaması, hizmet içi eğitimlerin eksikliği ve süpervizyon desteğinin sunulmaması sonucunda müracaatçıya yönelik sunulan psikososyal hizmetlerin kalitesinin düştüğü görülmüştür (Kangalgil-Balta ve Bekiroğlu, 2021, s.151).

Palyatif bakımda hizmet sunan sosyal hizmet uzmanları interdisipliner çalışma ekibinin ayrılmaz bir parçasıdır fakat palyatif bakım konusunda aldıkları eğitim sınırlıdır. Bu bağlamda bu alanda çalışmak isteyen sosyal hizmet uzmanları için bir eğitim programı hazırlanması önemlidir. Hastalığın ve yaşam sonunun hasta ve ailesi üzerindeki etkilerini anlayabilmek için bu alanda çalışacak sosyal hizmet uzmanlarının biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel yönden geniş bir bilgi birikiminin olması önem arz etmektedir (Thiel ve diğerleri, 2021).

2.1.2.2. Onkolojide Sosyal Hizmet

Kanser teşhisinin konulmasının ardından hasta ve ailesi bir krizin eşiğinde olabilir çünkü ölüm oranı yüksek olan bir hastalığa yakalanmak bireylerde kaygı, öfke, umutsuzluk, depresyon gibi olumsuz duyguların ve psikososyal sorunların meydana gelmesine neden olmaktadır. Kanser tedavisinin pahalı olması aynı zamanda ekonomik sorunları da beraberinden getirmektedir. Hastanın tedavisi için sadece medikal tedaviler yeterli değildir aynı zamanda onkoloji tedavi ekibi bünyesinde bulunan sosyal hizmet uzmanlarının da psikososyal açıdan hastaya destek sunması önem arz etmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının onkoloji alanındaki rolleri: a) tedavi süresince ve sonrasında karşılaşılma ihtimali olan maddi güçlüklerin çözümlenmesi, b) günlük ve sosyal yaşamda yaşanacak değişimlere uyum sağlanması, c) yaşam kalitesinin artırılması olarak

sıralanabilir. Onkolojik alan, hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının en zorlandıkları alanlardan birisidir (Joubert ve diğçerleri, 2013, s.307; Yıldırım ve diğçerleri, 2013).

Onkolojik sosyal hizmet bünyesinde sunulacak hizmetler çevresi içinde birey ve sistem yaklaşımı çerçevesinde aile merkezli olmalıdır. Aile üyesinden birinin kansere yakalanması geride kalan tüm aile fertlerini psikososyal ve ekonomik açıdan etkilemektedir (Sever ve İl, 2019, s.695-696).

Ülger ve diğçerleri (2014), kanser tedavi süresince sunulacak sosyal desteğinin öneminin altını çizmiştir. Hastalığın getirisi olan olumsuz psikososyal etkilerinin ortadan kaldırılması için onkolojik psikiyatri ve sosyal hizmet birimlerinin multidisipliner bir çalışma yürütmesi önemlidir. Kanser tedavisi gören hastaların psikolojik sağıklarının korunması için gerçekleştirilecek müdahalelerde sosyal hizmet uzmanlarına önemli bir rol düşmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının onkoloji alanındaki bir diğçer görevi ise destek grupları oluşturarak hastaların psikososyal iyilik hallerini koruması ve hastaların tedavi sürecine uyumunun sağılanmasıdır (Dölek ve diğçerleri, 2020, s.2474; Tuncay, 2010, s.59).

Isaksson ve diğçerleri (2017), İsveç'te onkoloji alanında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının kişisel bilgilerini ve mesleki rollerini öğrenmek için 132 sosyal hizmet uzmanı ile bir araştırma yürütmüştür. Onkolojik sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları zamanın büyük bir çoğunluğunu hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek hizmeti sunmak için ayırdığı saptanmıştır. Bu durum sosyal hizmet uzmanlarının kanser tedavisi süresince ve sonrasında psikososyal destek ekibi içerisinde kilit bir role sahip olduğunu göstermiştir.

Peterson ve diğçerleri (2018), Amerika'da sosyal hizmet uzmanlarının kanser araştırmaları ekibi içerisindeki rollerini belirlemek için multidisipliner bakış açısıyla bir araştırma yürütmüştür. Araştırmaya sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, doktorlar gibi farklı meslek gruplarından bireyler katılım göstermiştir. Araştırma sonunda sosyal hizmet

uzmanlarının onkoloji alanında 3 temel rolünün olduğu görülmüştür. Bunlar: 1) danışmanlık vermek, 2) hak savunuculuğu gerçekleştirmek ve 3) hasta ve diğer meslek elemanları arasında köprü kurmaktır.

2.1.2.3. Kronik Hastalıklarda Sosyal Hizmet

Kronik hastalıklar, hastalığa yakalanan bireylerin iyilik halleri, yaşam kaliteleri ve sosyal çevreleri üzerinde bütüncül olarak negatif etkileye sahip olan ve tedavisi yaşam boyu devam eden fiziksel ve ruhsal hastalıklardır (Pak, 2019, s.1120). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2005) en sık rastlanan kronik hastalıkları “kalp rahatsızlıkları, felç-inme, kanser, kronik solunum rahatsızlıkları ve diyabet” olarak sıralamıştır (s.36). Kronik hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığa bağlı yeti yitimi gibi fiziksel ve psikolojik değişiklikler gözlemlenmektedir ve yaşam tarzı ve sosyal hayattaki değişimler göz önünde bulundurulduğunda hastalar için bir kriz durumu meydana gelebilmektedir (Doğan ve Öztürk, 2020, s.30; Pak, 2019, s.1121).

Kronik rahatsızlar nedeniyle bireylerin aile ve arkadaş çevrelerinde hastalığın teşhis ve tedavi sürecinde ve semptomlarının ağırlık düzeyine bağlı olarak bozulmalar meydana gelebilmektedir. Hastalık aynı zamanda bakım ve tedavi masraflarından dolayı hasta birey ve ailesinin yaşantısında ekonomik bir yük oluşmasına neden olabilmektedir. Geçmişte kronik hastalıkların tedavisi hususunda sadece medikal model benimsenmişken; şu an beklenen yaşam süresinin artması, tedavi süreci boyunca tekrarlanan şekilde hastaneye başvuruların bulunmasından kaynaklı biyopsikososyal tedavi modeli ile kronik hastalıkların bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi önem kazanmıştır. Ancak kronik hastalıkların tedavisinde psikososyal modelde hala aksaklıklar yaşanmakta ve dolayısıyla hastalara ve ailelerine özgü psikolojik ve sosyal sorunlar tam anlamıyla çözümlenememektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013, s.58; Pak, 2019, s.1121; Yıldırım, 2018, s.364; Yıldırım, 2019, s.57-58).

Özbesler (2013), kronik hastalıkların teşhis, tedavi ve terminal döneminde hasta ve yakınlarına psikososyal destek hizmeti sunmak önem taşımaktadır. Hasta ve yakını yaşam boyu devam edecek kronik hastalık tedavi sürecinin başlaması ile hastalığın tedavisinin

nasıl olacağı konusunda bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Hastanın ve ailesinin hastalığa uyumunun sağlanması ve yaşamda meydana gelebilecek muhtemel değişiklikler hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesi hastanın yaşam kalitesinin artırılması adına önem taşımaktadır (s.9). Kronik hastalığa sahip bireyler üzüntü, öfke, ümitsizlik, endişe gibi olumsuz duygu durumlarına sahip olmanın yanı sıra sosyal ve mesleki yaşantıdaki rol kaybı, sosyal izolasyon gibi sosyal sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir. Bu bağlamda hastanelerde bulunan sosyal hizmet birimleri tarafından, hastanın tedavi sırasında ve taburculuk sonrasında sosyal çevresinin düzenlenmesi ve ekonomik ve psikososyal olumsuz etkilerin azaltılması için sosyal hizmet uzmanları hastanın ve ailesi ile mikro, mezzo ve makro müdahalede bulunarak destek olmalıdır (Özbesler, 2013, s.10; Özdemir ve Taşcı, 2013, s.57).

Kronik hastalıkların tedavi ve bakım sürecinde interdisipliner çalışma hasta ve çevresi için önemlidir. Ekip üyeleri hekim, hemşire, hasta bakıcı, rehabilitasyon uzmanı ve sosyal hizmet uzmanından oluşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ekip içerisinde kronik hastalığın sağaltımı sürecinde hasta ve yakınlarına yönelik sosyal bakım verme sorumluluğuna sahiptir. Sosyal hizmet uzmanlarının temel rol ve sorumlulukları yaşanabilecek krizlerin çözülmesi, hastanın hastane sistemi hakkında bilgilendirilmesi ve hasta ile hastane arasında köprü görevi üstlenmesi olarak sıralanmaktadır (Yıldırım, 2018, s.375-377).

Kronik Böbrek Hastalığı ve Sosyal Hizmet

Kronik hastalıklardan birisi kronik böbrek yetmezliğidir. Yıldırım (2017), kronik böbrek rahatsızlığı olan hastalar fiziksel sorunlara ek olarak psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla da karşılaşmaktadır ki bu durum sadece kendilerini değil çevrelerinin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı sonucunda hasta ve ailesinin yaşam kalitesi azalabilmekte dahası aile bütünlüğü bozularak aileler parçalanabilmektedir (s.70). Zengin ve Yıldırım (2016) tüm bunların yanı sıra kronik böbrek hastası bireyin sosyal yaşama katılımı engellenebilir dahası toplumdan

ötekileştirilebilir. Bu durum hastanın ve ailesinin damgalanmasına ve ayrımcılığa maruz kalmasına neden olacaktır (s.68).

Doğan ve Öztürk (2020) hastalıkla beraber hasta ve yakınları yeni sürece uyum sağlamakta ve güçlükler ile baş etmekte zorlanabilmektedirler. Dolayısıyla kronik böbrek yetmezliğinin medikal tedavisinin yanında psikososyal tedavi modelinin kullanılması ihtiyacı günümüzde önem kazanmıştır (s.30). Bu nedenlerden ötürü fiziksel acıların ve ağrıların yanı sıra karşılaşılan psikolojik ve sosyal sorunlarla baş etmek için hasta ve yakınlarına profesyonel bir destek sunulması hususunda gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Bu alanda çalışmakta olan ekip üyelerinden birisi “Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanı”dır. SHU, hastalara ve ailelerine yönelik interdisipliner ekip içerisinde bütüncül bir hizmet sunabilmek amacıyla mikro, mezo ve makro boyutta müdahaleler planlamaktadır. Hasta ve ailesinin problemlere karşı baş etme mekanizmalarını güçlendirebilmesi amacıyla güçlendirme çalışmaları yürütmektedir. Bunlara ek olarak SHU’lar çözüm odaklı kısa terapi ile hastanın ve ailesinin yeni sürece uyumunu kolaylaştırmayı hedeflemektedir. Öte yandan kronik hastalığa sahip bireylerle yürütülecek grup çalışmaları da hastanın ve ailesinin iyilik halini artmasına katkı sunabilecektir ve algılanan sosyal desteğin gelişmesine olumlu yönden etkileyecektir (Doğan ve Öztürk, 2020, s.35; Zengin, 2016, s.222-223; Zengin, 2017, s.123).

Nadir Hastalıklar ve Sosyal Hizmet

Nadir hastalıklar, kronik ve ilerleme özelliğine sahip genellikle genetik bozukluklara dayalı hastalık türlerinden biri olup nüfusun genel oranı içinde daha az oranda görülmekte olan hastalıkların tanımlanması için kullanılan bir kavramdır. Hastalığın yaygın olmaması teşhis sürecinde de zorlukları beraberinde getirmektedir. Hastalığın semptomlarının da kişiden kişiye değişmesinin sonucunda tedavi sürecinde de zorlukların meydana gelmesi kaçınılmaz olmaktadır. Maruz kalınan bu zorlukların temelinde kurum ve personel sayısının yetersiz oluşu; hastalığın teşhisi sürecinde yapılacak araştırmalar ve testler için ekipman eksikliğinin var olması yatmaktadır (Aslantürk ve diğerleri, 2019, s.81-82; Pak, 2017, s.4; Pak-Güre, 2021, s.686).

Pak (2017), nadir hastalığa sahip olmanın sonucunda, hasta birey medikal sağaltıma dahil edilse bile tam olarak iyileşememesi, tedavi sürecinin uzun olması ve hastalığın kronik olmasının sonucu olarak birey ve sosyal çevresi pek çok olumsuzluğa maruz kalmaktadır. Dolayısıyla, hasta ve çevresi biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan pek çok zorlukla karşılaşmaktadır. Bu bağlamda hastalığın teşhisinin ardından tedavi sürecinin bütüncül bir bakış açısı dahilinde profesyonel bir ekip çalışması ile gerçekleşmesi hasta ve ailesinin iyilik halinin artmasına katkı sunmaktadır (s.5). Nadir hastalıkların varlığına genellikle çocukluk döneminde rastlanmakta olup bu nedenle uzun süre bakıma ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta grubunun büyük bir bölümünü çocukluk döneminden hastalar oluşturmaktadır ki bu durum ebeveynlerin bakım rolünü üstlenmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla nadir hastalıklar sadece hasta bireyi değil; sosyal çevresini ve özellikle de aile grubunu tıbbi, psikososyal ve ekonomik açıdan derinden etkilemektedir (Pak-Güre ve Pak, 2021, s.271).

Bahsi geçen zorlukların indirgenmesi, hasta ve ailesinin iyilik halinin artırılması ve ihtiyaçların hak temelli bir şekilde karşılanması için hastanelerde çalışan meslek gruplarından birisi olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına önemli bir rol ve sorumluluk düşmektedir. SHU'ları nadir hastalıklarından kaynaklı sorunların çözümlenmesinde aktif rol almalıdır. Kronik hastalığın tedavisini yönelik benimsenecek bütüncül bakış açısıyla SHU'ları çocuk hasta ve ailesi tarafından deneyimlenen hastalığın biyopsikososyal etkilerini en aza indirilmesine yardımcı olmasının yanı sıra çoklu dezavantajlı koşullara karşı bireylerin güçlendirilmesini sağlamalıdır. Dahası, SHU'ların hasta ve ailesinin hastalığa uyumunun artırılması, baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, mevcut sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, sağlık ekibinin diğer üyeleri ve hasta ve ailesi arasındaki bilgi alışverişinin sağlanmasına katkı sunmak gibi çoklu sorumlulukları bulunmaktadır. Sonuç olarak sosyal hizmet uzmanları "çevresi içinde birey" yaklaşımını benimseyerek hastaya yönelik tedavi uygulamalarına ek olarak hastanın sosyal çevresini de tıbbi sosyal hizmet müdahalesine dahil etmelidir (Aydın-Engin ve diğerleri, 2021, s.277; Pak, 2017, s.7-9).

2.1.2.4. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Psikiyatrik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının bir dalı olup; ruh sağlığı alanında tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarına yönelik mikro, mezzo ve makro boyutta hizmet sunulan bir uygulama alanıdır. Tıbbi sosyal hizmetin özel bir alanı olan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları, koruyucu/önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmeti sunmak üzere üç farklı alanda çalışmaktadır. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarından, ruhsal hastalıklara yönelik sunulan hizmetlerde bireyi çevresi içinde değerlendiren bütüncül bir bakış açısına sahip olmaları beklenmektedir (Abay ve Çölgeçen, 2018, s.2149-2150; Tuncay ve Tekin, 2021, s.352).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) (2005), psikiyatrik sosyal hizmet, bireylerin, çiftlerin ailelerin ve grupların ruhsal, duygusal ve davranışsal iyilik hallerine odaklanır. Bu bağlamda müracaatçıyı çevresi içinde değerlendiren bütüncül bir psikoterapi yaklaşımını merkezine alır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, ruhsal rahatsızlıklar ve davranışsal bozukluklarından kaynaklı yaşam değişikliklerinden ve zorluklarından etkilenen birey, aile ve grupların ihtiyaçlarını ele alarak gerekli olan temel hizmetleri müracaatçılara sosyal hizmet teori ve uygulamaları kapsamında sunar (s.7-9).

Tüm bunlar göz önüne alındığında ruh sağlığı alanında sadece hastane temelli medikal tedavi yönteminin benimsenmesi yeterli değildir. Medikal modelin yanı sıra sosyal model de benimsenerek koruyucu ve önleyici, iyileştirici ve güçlendirici ve taburculuk sonrası izleme olmak üzere bütüncül bir bakış açısıyla ruh sağlığı alanında toplum temelli yaklaşımların geliştirilmesi önemlidir. Toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarında amaç bireyi yaşadığı çevreden koparmadan tedavi sistemi içine dahil etmektir ki bu durum bireylerin sosyal işlevselliklerini koruyarak ve güçlendirerek kişilerin iyilik halini artırır. Toplum temelli uygulamalar interdisipliner bir çalışma gerektirir ve bu interdisipliner ekip içinde yer alan SHU'lar ruhsal hastalıkların sağaltımı boyunca biyopsikososyal açıdan tam bir iyilik halinin sağlanması için aktif rol alarak psikiyatrik tedavi ekibiyle iş birliği içinde çalışır (Abay ve Çölgeçen, 2018, s.2164; Albayrak, 2020, s.283; Bekiroğlu ve Demiröz, 2020, s.1055; Oral ve Tuncay, 2012, s.94).

Oral ve Tuncay (2012), ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının aynı zamanda makro düzeyde damgalanma ve ayrımcılık gibi insan hakları ihlallerine neden olan politika ve sytlemlere karşı gerekli önlemlerin alınması ve hasta ve çevresinin özel gereksinimlerinin sağlanması ve hizmetlerin erişilebilir olması konusunda da rolleri bulunmaktadır (s.98). Bu sebeple ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamaları ikincil ya da telenecek uygulamalar değil; koruyucu ve önleyici, tedavi esnasında ve sonrasında birincil derecede öneme sahiptir. Yani sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanındaki ekip çalışması içerisinde önemli bir role sahiptir. SHU'lar ruh sağlığının bozulması ile ortaya çıkabilecek olan damgalanma, yoksulluk, şiddet ve istismar vb. sosyal sorunlar için mikro düzeyden makro düzeye zm aramaktadır (Başer ve diğerleri, 2013, s.189).

Tıbbi Sosyal Hizmet ana başlığında araştırmanın öznesi olan sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanları hakkında detaylı bilgilere yer verilmiştir. Kuramsal ereve ‘‘Merhamet’’ kavramının açıklanması ile devam edecektir.

2.2. MERHAMET

Merhamet, bilmenin derin bir duygusu ve yeteneğidir ve aynı zamanda başkasının ıstırabının farkında olma ve onu rahatlatma arzusudur. Merhamet ayrıca avutma, sempati, empati ve acıma duyguları ile de ilişkilidir tüm bu kavramlar eş anlamlıdır (Radey ve Figley, 2007, s.207).

Doğrudan insanlarla çalışan yardım meslek gruplarından biri olan sosyal hizmet, mesleğin gerekliliği olarak duygular ön planda tutulmalıdır. Duygu durumlarından biri olan merhamet, Morgon ve Morgon (2008, akt: Başer ve Mavili, 2017, s.41) göre çevremizdeki insanlar tarafından deneyimlenen acıları hissedebilmemiz ve bu acıların farkında olmamızı ifade etmektedir. Sosyal hizmet uzmanları birlikte çalıştıkları müracaatçı grubuna merhametli olmalıdır fakat merhamet gösterme eğilimini kendilerini müracaatçılarının duygusal deneyimlerinden ayrı tutarak gerçekleştirmelidir (Badger ve diğerleri, 2008, s.70).

Sosyal hizmet uzmanları, dezavantajlı konumda bulunan müracaatçılarına yönelik sosyal hizmet müdahalesi uygularken merhamet dahil çeşitli duygusal tepkimelerde bulunmaktadır. Merhamet, hem acıya maruz kalan kişinin deneyimlediği acıyı hissetmek hem de acıyı dindirmek için harekete geçme arzusunun kapsamaktadır. Merhamet ayrıca sempati ve empati gibi diğer ilişkili kavramlardan ayrılmaktadır. Sempati daha öznel bir kavramdır ve karşıdaki kişiyle bağlantı kurmaktan ziyade o kişiden uzaklaştırabilir. Empatinin ise duygusal ve bilişsel bileşenleri içerdiği görülürken, merhamet, duygusal ve davranışsal öğeler açısından tanımlanır (Tanner, 2020).

Empati, olumsuz duyguya eşlik eder ki bu durum acı ağrı hareketi geçirirken, merhamet, olumlu duyguları ve aidiyetle ilişkili ağrı hareketi geçirir. Merhamet, her bireyin samimiyetle takdir edilmesi olarak yansır ki bu durumda sosyal hizmet uzmanının kendi duygu ve düşünce durumunu düzenlemesi gerekir. Merhamet, acı çeken birine yardım etme arzusuyla eyleme geçme hali olmakla beraber bu eylemlerin kaynaklarına dikkat edilmesi gerekir çünkü merhamet, bencillik duygusunun bir araç olarak kullanılmasına neden olabilir. Bu durumda da vaka yönetim sürecini olumsuz olarak etkilemesi kaçınılmaz olacaktır (Sinclair ve diğerleri, 2017; Stickle, 2016).

Öte yandan merhamet duygusu sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer yardım meslek gruplarında çalışan profesyoneller için olumlu bir duygu olarak da karşımıza çıkmaktadır çünkü pozitif psikoloji merhamet duygusunun olumlu yanlarını vurgulamaktadır. Merhamet kavramı sosyal ilişkilerin güçlenmesinde ve mutluluk gibi olumlu duyguların meydana gelmesinde destekleyici bir özelliği sahiptir. Aynı zamanda kaygı, öfke ve korku gibi negatif duygulara karşı da koruyucu bir özelliği bulunmaktadır (Nas ve Sak, 2020, s.64).

Sosyal hizmet mesleğinde de merhamet duygusunun önemli bir yeri vardır. Stickle (2016), merhamet, Jane Addams tarafından başlatılan “Yerleşim Hareketinden” bugüne sosyal hizmet için temel bir değerini oluşturmuştur (s.120). Aynı zamanda sosyal adaleti

sağlamak için sadece merhamete bağlı kalınmamasına rağmen, merhamet duygusunun bu çabanın tam ortasında önemli bir yeri vardır (Tanner, 2020, s.1701).

Sonuç olarak merhamet kavramını kavramsallaştırmak sosyal hizmet mesleği için önem arz etmektedir çünkü merhamet, sosyal hizmet açısından önemli bir kavram olmasının yanı sıra merhamet yorgunluğu gibi bazı riskleri de beraberinde getirmektedir (Başer ve Mavili, 2017, s.42).

Bir sonraki ana başlıkta bu araştırmanın fenomeni olan “Merhamet Yorgunluğu” konusu hakkında detaylı bilgilere yer verilmiştir.

2.3. MERHAMET YORGUNLUĞU

Merhamet yorgunluğu, formel ya da enformel bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları güçlükleri ve zorlukları ifade etmek için kullanılan kavramlardan biridir. Bu bağlamda merhamet yorgunluğunun, bir aile üyesinin hastalık tanısı almış veya yaşlı bir bireye enformel bakım sunuyor olmasının; hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerin bir hastaya formel bakım sunması ve ruh sağlığı çalışanları tarafından (sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatrist, hemşire) travmatik öyküye sahip bireylere psikososyal destek hizmeti vermesi sonucunda ortaya çıktığı varsayılmaktadır.

Merhamet yorgunluğu geçmişten beri bakım sürecinde karşılaşılan bir sorun olarak bilinmesine rağmen literatüre ilk olarak 1992 yılında Carl Joinson tarafından hemşirelerle gerçekleştirilen bir araştırma makalesinde kullanılmıştır (Joinson, 1992). Kavramın sadece hemşireler için geçerli olmadığı farklı meslek gruplarında ve enformel bakım verenlerde de görüldüğünün düşünülmesi ve geliştirilmesi ise 1995 yılı ve sonrasında Charles R. Figley tarafından yapılmıştır (Figley, 1995; Figley ve Abendroth, 2010). Figley (1995), merhamet yorgunluğunu “bakım vermenin maliyeti” (cost of care) olarak açıklamıştır. Profesyonel meslek elamanları, örselenmiş birey ve gruplara yönelik sunulan faaliyetlerde yardım etme ve acıyı dindirme isteğine sahiptirler ve aynı zamanda onların acılarını üstlenmeye meyillidirler fakat bu durum meslek elemanlarında doğal bir

strese ve duygusal travmaya neden olabilmektedir (Adams ve diğçerleri, 2006; Figley, 1995).

Merhamet yorgunluğu, hastanın veya danışanın travmatik hikayesini maruz kalmanın ve empatik tepki vermenin ardından ikincil travmatik stresin ve duygusal tepkimeden geriye kalan enerjinin günden güne birikmesinin sonucunda meslek elemanının çalışma kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır ve meslek elemanına zarar vermektedir (Figley, 2002a; Figley C.R., ve Figley, K.R.,2017). Merhamet yorgunluğuna maruz kalma sadece meslek elemanını etkilemez aynı zamanda hizmet sunduğu bireylerin aldığı hizmetin kalitesini dūřürürken; sosyal çevresi ile olan iletişiminde de bozulmalara neden olabilir (Ray ve diğçerleri, 2013, s.255).

McHolm (2006), merhamet yorgunluğunu, bireyin yardım etmek için sahip olduğu enerji ve yeteneğinde bir dūřüře neden olan fiziksel, sosyal ve ruhsal yorgunluk olarak tanımlamıştır. Merhamet yorgunluğunun tanımına ‐ruhsal‐ kavramını eklemiştir (s.14). Öte yandan Coetzee ve Klopper (2010), merhamet yorgunluğunun, müracaatçılara uzun süreli, sürekli ve yoğun bir şekilde maruz kalma sonucunda yani kümülatif bir sürecin nihai sonucu olarak olduğunu söylemiştir (s.237). Merhamet yorgunluğu ayrıca, konsantrasyon eksikliği, öz saygıda azalma, ilgisizlik, travmayla kafayı meşgul etme, mükemmeliyetçilik ve hatta aşırı durumlarda kendine ya da başkasına zarar vermek olarak da karşımıza çıkmaktadır (Harr ve Moore, 2011, s.352). Nolte ve diğçerleri (2017)’e göre merhamet yorgunluğu, büyük ölçüde yoğun ve uzun süreli maruz kalınan bir dizi olayın sonucu olarak meydana gelen geçici süre var olan bir durumdur ve merhametli ilişkilere bağlanma yeteneğini sınırlayan bir tükenmişlik durumudur (s.4365-4366).

Sosyal hizmet uzmanları mesleklerinin doğası gereği olumsuz duygu ve dūřüncelere maruz kalabilirler ve merhamet yorgunluğu da müracaatçılarının stresli yaşantılarını dinlenmenin sonucunda bir belirti olarak meydana gelebilir (Cuartero ve Campos-Vidal, 2019, s.274). Sosyal hizmet uzmanları ya da diğçer yardım meslek grupları, merhamet yorgunluğunu deneyimledikleri anda kendi duygularına karşı duyarsız hale gelebilirler ve

mesleklerine devam edemeyecek kadar bunalmış hissedebilirler (Kranke ve diğçerleri, 2020, s.189).

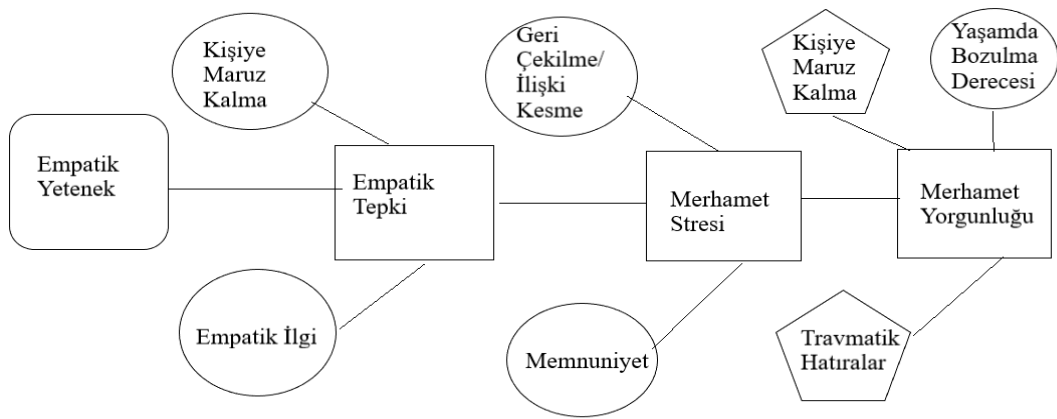
Sosyal hizmet uzmanları farklı sorunları içeren farklı yaş grubundan, farklı hastalıkları olan, travma sahibi müracaatçı gruplarıyla çalışmaktadır. Ayrıca bu müracaatçı gruplarının yakın sosyal çevresinde bulunan aile üyeleri ve arkadaşlarıyla da çalışmalar yürütmektedirler. Bu durumda sosyal hizmet uzmanları her gruba özgü müdahale yöntemlerini bilmesi gerekmektedir ki bu durumda sosyal hizmet uzmanlarının iş yükünü ve stres düzeylerini arttırabilmektedir. Bunlara ek olarak yürütölen vaka çalışmalarına empatik bir şekilde dinlenmesi ve müracaatçıya empatik bir şekilde yansıtılması sosyal hizmet uzmanında merhamet yorgunluğuna maruz kalmasına neden olabilmektedir.

Ulusal literatür incelendiğinde “Compassion Fatigue” kavramına karşılık olarak şefkat yorgunluğu (Hablemitoğlu ve Özmete, 2012; Uslu ve Buldukoğlu, 2017); eşduyum yorgunluğu (Hiçdurmaz ve Arı, 2015; Zara ve İçöz, 2015) ve merhamet yorgunluğu (Gök, 2015; Orbay, 2019; Pehlivan ve Güner, 2018; Polat ve Erdem, 2017) kavramlarının kullanıldığı görölmüştür. Bu araştırmada da compassion fatigue karşılık olarak “merhamet yorgunluğu” kavramının kullanılmasına karar verilmiştir.

2.3.1. Merhamet Yorgunluğunun Bileşenleri

Figley (1995; akt: Figley, 2002b), merhamet yorgunluğu kavramından söz ederken travmatik yaşantıya sahip olma ve empati kavramının altını çizmektedir ve bu bağlamda merhamet yorgunluğu gelişim sürecini öngören bir model oluşturmuştur. Figley (2002b), sunduğu bu modelin merhamet yorgunluğunun önlenmesi için de yardımcı olabileceğini düşünmektedir.

Bu modeldeki 10 farklı değişken merhamet yorgunluğunun bileşenleri ve nedenleridir.



Şekil 1. Merhamet Yorgunluğu Modeli (Figley, 1995; akt: Figley, 2002b)

Empatik Yetenek (Empathic Ability):

Bir başka insanın acısını fark etme yeteneğidir. Bir başkasının acısına karşılık empatik tepki verilmezse kişi merhamet yorgunluğuna maruz kalmayacaktır fakat öte yandan yardım isteyen kişiye yönelik hizmet sunumunun kalitesi düşecektir. Empatik yetenek, bir başkasına yardımda ve bakım sürecinde kilit bir role sahiptir (Figley, 2002b, s.1437).

Bu bileşen sosyal hizmet müdahale sürecin de temelini oluşturmaktadır ve sosyal hizmet uzmanının sahip olması gereken en temel sorumluluklardan birisidir. Sosyal hizmet uzmanı vaka yönetim süreci boyunca müracaatçı ve müracaatçı yakınlarına empatik tepki vermesi, müdahale sürecinin başarılı bir şekilde tamamlanmasını sağlamak için önemli bir role sahiptir. Fakat bu empati gösterme kapasitesi meslek elemanın kişisel yaşamına karşı tehditler oluşturmasına ek olarak travmatik anlatılara maruz kalmasına neden olmaktadır ki bu durum sonucunda meslek elemanın duygusal esenliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015, s.98).

Hansen ve diğerleri (2018), merhamet yorgunluğu ve empati arasındaki ilişkiyi anlamak üzere iki çalışmadan oluşan bir araştırma yürütmüştür. İlk çalışmaya göre üniversite

öğrencilerinin kısa dönemde empatik yeteneğe sahip olmasının negatif sonuçlar doğurduğu fakat uzun dönemde pozitif sonuçlar ortaya çıkardığı ve merhamet tatminin arttırdığı görülmüştür. İkinci çalışma ise özel sektör alanında çalışanlar ile yürütülmüş olup birinci çalışmanın aksine uzun süreli empatik yaklaşımın negatif sonuçlar ortaya çıkardığı saptanmıştır.

Empatik İlgı (Empathic Concern):

Yardıma ihtiyacı olan bireye yardım etme esnasında tanık olunan merhamet ve ilginin duygusal tepkisi olarak tanımlanır. Empatik olma yeteneği, empatik ilgi olmaksızın yetersiz olacaktır. Meslek elemanının yetenek, eğitim ve bilgisine ek olarak empatik ilgiye sahip olması sunduğu hizmetin niteliğini arttıracaktır. Empatik ilgi klinik uygulamalar esnasında sağlık çalışanlarının etik bir şekilde müdahale etmeleri için sahip olması gereken önemli bir özelliktir (Everson ve diğerleri, 2018, s.104-105; Figley, 2002b, s.1437).

Empati, başkalarının iyiliğini geliştirme ya da acılarını hafifletme arzusuyla merhamet veya empatik ilgi olarak bilinen motivasyonel bileşeni içerir. Empatik ilgi, insanların tükenmişlik seviyesini azaltır ve sosyal ilişkilerinin güçlenmesini sağlar. Empatik ilgi yardım etme isteğinin güvenli bir göstergesidir (Weisz ve Cıkara, 2021).

Worly ve diğerleri (2018), tıp öğrencilerinde tükenmişlik, algılanan stres ve empatik ilgi ile cinsiyetler arası farklılığı belirlemek amacıyla bir araştırma yürütmüştür. 654 öğrencinin katıldığı çalışmanın sonunda kadın öğrencilerin, erkek öğrencilerden daha fazla empatik ilgiye sahip oldukları görülmüştür. Yine kadın öğrencilerin tükenmişlik, duygusal yorgunluk ve algılanan stres seviyeleri de erkek öğrencilere göre fazladır.

Müraccatçıya Maruz Kalma (Exposure to Client):

Örselenmiş bireyin deneyimlediği acı verici duygulara doğrudan maruz kalmaktır. Ruh sağlığı çalışanları, öğretmenler kısacası insana yardım eden meslek elemanları doğrudan

acıya maruz kalmaları sonucunda merhamet yorgunluğu kaçınılmaz olmaktadır (Figley, 2002b, s.1437).

Lee ve diğerleri (2018), klinik sosyal hizmet uzmanları ile müracaatçının travmasına maruz kalma ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi incelemek için bir araştırma yürütmüştür. Sonuç olarak travma mağduru bireyle çalışma sonucunda sosyal hizmet uzmanı ikincil travmatik strese maruz kalmaktadır ve bu durum onun genel sağlığı üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır. Ayrıca travmaya birden fazla defa maruz kalma durumu ikincil travmatik stres düzeyin artmasına neden olurken; bu durum sağlık seviyesinin düşmesine de yol açmaktadır.

Sonuç olarak sosyal hizmet mesleği doğası gereği doğrudan dezavantajlı grupta yer alan insanlarla çalışan profesyonel meslek grubudur bu nedenle kişilerin travmatik öyküsüne maruz kalmaları kaçınılmaz bir durumdur.

Empatik Tepki (Empathic Response):

Acı çeken birey ile gerçekleştirilen görüşme esnasında meslek elemanı empatik anlayış ile cevap vererek var olan acıyı azaltmayı hedefler. Acı çeken bireyin düşüncesi, hisleri ve davranışları meslek elemanı tarafından yansıtılır ve bireyin kendisi hakkında bir iç görü ve bakış açısı kazanması beklenir. Meslek elemanının, bireyi ve yaşadığı olayları anladığına dair verdiği yanıtlar bireyin yaşamını olumlu yönde etkilerken meslek elemanı, empatik yanıtın dolaylı bireyin acı, öfke ve diğer olumsuz duygularından negatif yönde etkilenebilir. Bu durum ise uzun zaman sonra meslek elemanının yaşantısının olumsuz yönde etkileyebilir. Bu olumsuz etkiler kişinin kendini görmezden gelmesi ile artmaktadır (Figley, 2002b, s.1437).

Merhamet yorgunluğu, acı çeken birine yardım eden meslek elemanın deneyimlediği duygusal ve davranışsal tepki olarak tanımlanmaktadır. Bir insanı empatik tepki ile dinlemenin ve anlamın sonucunda ise merhamet yorgunluğu kaçınılmaz olmaktadır (Kagan ve Itzick, 2019, s.33). Coetzee ve Laschinger (2018), empatik tepkinin merhamet

yorgunluğunu önlemek için de önemli olduğunu vurgulamıştır fakat aynı zamanda empatik cevabın meslek elemanını merhamet yorgunluğuna karşı savunmasız hale de getirebileceğini ifade etmiştir (s.5).

Merhamet Stresi (Compassion Stress):

Acı çeken birey ile yapılan görüşme boyunca gerçekleştirilen empatik tepkiden geriye kalan duygusal enerjidir. Diğer stres türleri gibi bireyin bağışıklık sisteminin olumsuz olarak etkilemektedir. Meslek elemanı merhamet stresini kontrol altına alamazsa merhamet stresinin yerini merhamet yorgunluğuna bırakması kaçınılmaz olacaktır (Figley, 2002b). Merhamet yorgunluğu, müracaatçıya karşı dinmeyen bir merhamet duygusundan sonra merhamet stresinden gelişen kümülatif bir sürecin nihai sonucudur (Coetzee ve Klopper, 2010, s.239)

Merhamet stresini minimize etmek için meslek elemanı ya tatmin duygusunu kullanabilir ya da geri çekilebilir. Meslek elemanı kendini müracaatçı grubundan izole ederek merhamet stresiyle baş etmeye çalışır fakat profesyonel ve müracaatçı arasındaki bağın kaybolması da merhamet yorgunluğuna neden olabilmektedir (Coetzee ve Laschinger, 2018).

Başarma Hissi (Sense of Achievement):

Merhamet stresini ve uzun vadede merhamet yorgunluğunu önlemek ve azaltmak için önemli bir faktördür. Meslek elemanının, acı çeken bireye yönelik sunduğu hizmetlerden ve emeklerden tatmin olması ile yakından ilişkilidir (Figley, 2002b). Başarma hissi merhamet tatmini ile yakından ilişkilidir (Yu ve diğerleri, 2021, s.2).

Geri Çekilme, İlişki Kesme (Disengagement):

Meslek elemanının, kendi yaşamına devam edebilmesi için travmatik öykü sahibi bireylerin duygularından ve düşüncelerinden uzaklaşmasıdır. Meslek elemanının

merhamet yorgunluğundan kendisinin koruması için danışanından uzaklaşması önemlidir (Figley, 2002b). Meslek elemanın kendisini koruması ve öz bakımı için geri çekilmesi önemli bir koruma mekanizmasıdır (Yu ve diğerleri, 2021, s.2).

Uzun Süreli Maruz Kalma (Prolonged Exposure):

Örselenmiş birey ile uzun zamanlı ve ara vermeden çalışmak meslek elemanının merhamet yorgunluğuna maruz kalmasına sebep olabilmektedir. Merhamet yorgunluğunun önüne geçebilmek için vaka çözümlenmesi esnasında ara vermekte fayda vardır (Figley, 2002b).

Coetzee ve Klopper (2010), merhamet yorgunluğu tanımını kavramsallaştırmak adına model vaka çalışmaları yürütmüştür. Bir hastanede çalışan hemşirenin iş yerinde uzun zaman geçirmesi ve benzer türde hastaları tedavi etmesi sonucunda hemşire mesleğinden doyum duymayı bırakır ve bu noktada hemşirenin stresi birikmeye başlar. Bunun sonunda merhamet yorgunluğunun meydana geldiği görülmüştür. Uzun süreli maruz kalma durumu merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stresi de ayıran bir noktadır. İkincil travmatik stres çoğunlukla travmatik hikâye dinlemesinden sonra meydana gelebilirken, merhamet yorgunluğu, uzun süreli ve yoğun bir şekilde strese maruz kalma sonucunda meydana gelmektedir.

Travmatik Hatıralar (Traumatic Recollections):

Travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ve anksiyete, depresyon gibi deneyimlerin meslek elemanın yaşantısında yeniden ortaya çıkmasıdır. Profesyonel kişi, geçmişte deneyimlediği olumsuz olayları örselenmiş birey ile çalışırken yeniden deneyimleyebilir ve bu durum merhamet yorgunluğuna maruz kalma olasılığını artırır (Figley, 2002b).

Merhamet yorgunluğu belirtilerinin çoğunlukla travmatik hatıralar ile ilişkili olması, travma sonrası stres bozukluğu özelliği ile benzerlik göstermektedir (Pehlivan ve Güner, 2018, s.131).

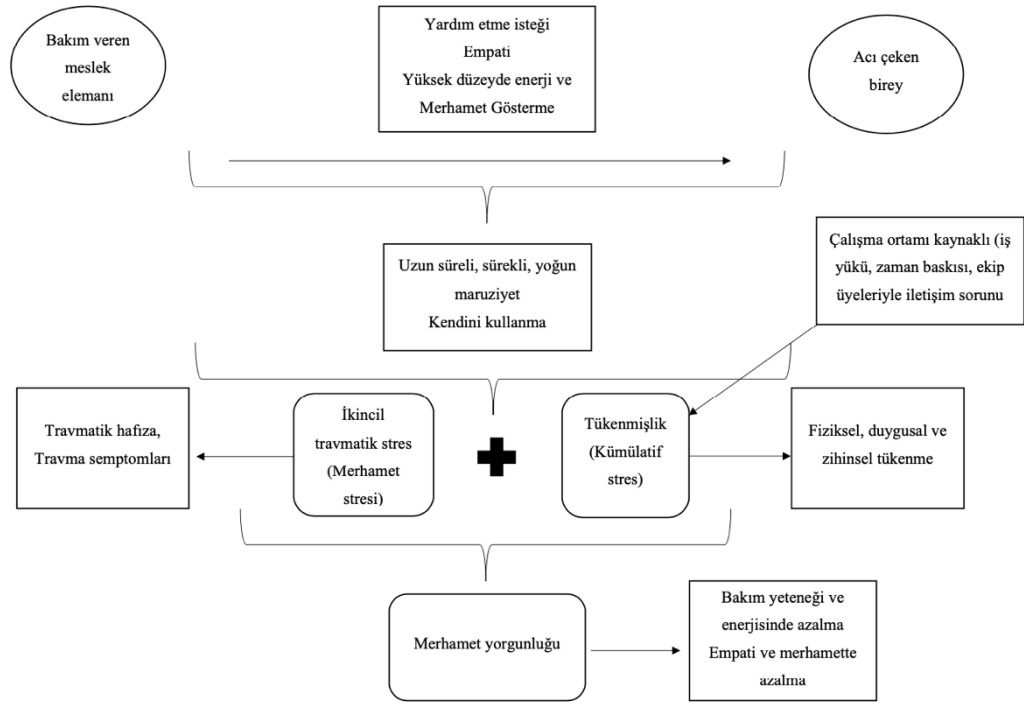
Yaşamda Bozulma (Life Disruption):

Gündelik yaşamda meydana gelen beklenmedik değişimler yaşamın aksaması ile doğrudan ilişkilidir. Kişinin hayatında hastalık, sosyal ve mesleki yaşamındaki değişimler gibi kriz durumlarının oluşması kişinin hayatına yeni bir stres ekler ve bu strese ek travmatik birey ile çalışmak merhamet yorgunluğu seviyeni arttırabilir (Figley, 2002b).

İkincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğu kümülatif bir sürecin sonucunda meydana gelse de ikincil travmatik stresin oluşumunu yaşamda gerçekleşen bir bozulma pekiştirebilmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010, s.239).

2.3.2. Merhamet Yorgunluğunun Oluşum Süreci

Pehlivan ve Güner (2018), Figley (2002), Stamm (2002) ve Circenis ve Millere'nin (2011) merhamet yorgunluğunun oluşum süreçleriyle ilgili olan modellerini birbirine uyarlayarak Şekil 2'de yer alan modeli geliştirmiştir.



Şekil 2. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci (Pehlivan ve Güner, 2018)

Bu modele göre merhamet yorgunluğunun temelinde acı çeken bireye meslek elemanı tarafından yardım etme isteği, empati ve yüksek düzeyde enerji ve merhamet gösterme eğilimi yatmaktadır. Meslek elemanının uzun süreli ve yoğun bir şekilde travma mağduru bireye yardım etmesinin sonucunda ikincil travmatik stresin ve tükenmişliğin meydana gelmesi kaçınılmaz olmaktadır. Tükenmişliğin oluşumuna çalışma yaşamından kaynaklı stresler de olumsuz yönlü etkide bulunmaktadır. İkincil travmatik stresin sonucunda meslek elemanı geçmişte deneyimlediği travmatik hatıraları yeniden hatırlarken; tükenmişliğin sonucunda fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan olumsuz yönlü etkilenir. Sonuç olarak merhamet yorgunluğunun oluşumu kaçınılmaz olmaktadır. Merhamet yorgunluğuna maruz kalan meslek elemanı empati becerisini ve merhamet duygusunda azalma yaşar (Pehlivan ve Güner, 2018, s.132-134).

2.3.3. Merhamet Yorgunluğuna Etkide Bulunan Faktörler

Merhamet yorgunluğunun oluşumuna neden olan çok çeşitli faktörler bulunmaktadır. Alanyazın incelendiğinde sosyo-demografik özelliklerin, travma geçmişinin varlığının, çalışma ortamının, sosyal destek ilişkilerinin ve örgütsel iklimin merhamet yorgunluğunun yordayıcıları olduğu görülmüştür (Kırlıoğlu ve Başer, 2020, s.2570; Voth-Schrag ve diğerleri, 2022, s.279). Ancak yakın partner şiddeti ve cinsel saldırıya maruz kalan bireylerle çalışan meslek elemanlarının kişisel ve mesleki travmalarının merhamet yorgunluğuna neden olduğuna dair sınırlı bir anlayış bulunmaktadır (Voth-Schrag ve diğerleri, 2022, s.278).

Bu bağlamda bu başlık altında sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğunu deneyimleme riski taşımalarına ya da merhamet yorgunluğuna maruz kalmalarını etkileyen faktörler incelenecektir.

2.3.3.1. Kişisel Faktörler

Figley (1995), merhamet yorgunluğuna katkıda bulunan 4 ana faktör bulunmaktadır. Bunlar: 1) yetersiz öz bakım; 2) çözüme kavuşmamış travmatik öyküler; 3) iş stresiyle baş edememe ve reddetme ve 4) mesleki tatmine ulaşamama olarak sıralamıştır.

Merhamet yorgunluğuna maruz kalmada cinsiyetler arası farklar incelendiğinde; Sprang ve diğerleri (2007), tarafından sosyal hizmet uzmanlarının dahil olduğu 121 ruh sağlığı çalışanı yürütölen araştırmaya göre kadın meslek elemanları, erkek meslek elemanlarına göre merhamet yorgunluğuna daha fazla maruz kalmaktadır. Yine aynı araştırmada travma konusunda spesifik eğitim alan meslek elemanlarının herhangi bir spesifik eğitim almayan meslek elemanlarına göre kendilerini merhamet yorgunluğundan koruyabildikleri görülmüştür.

Sosyal hizmet uzmanlarında ve ruh sağlığı çalışanlarında merhamet yorgunluğu çalışma saatlerinin çok uzun olması ve çok fazla sayıda travma sahibi müracaatçı grubuyla

çalışılması sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (Boscarino ve diğerleri, 2004; Sprang ve diğerleri, 2007). Rossi ve diğerleri (2012), geçmiş yaşantıda travmatik deneyim ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasında ilişki olduğunu saptamıştır.

Bireyin uygun bir öz bakım stratejisi ve sosyal destek bağları olmadığı sürece merhamet yorgunluğuna yakalanma olasılığı artmaktadır (Tarshis ve Baird, 2019, s.92). Lewis ve King (2019), lisans son sınıf sosyal hizmet öğrenceleri ile merhamet yorgunluğunu, tükenmişliği ve dolaylı travmaları önlemek için öz bakımı öğrenmek üzerine bir eğitim programı düzenlemiştir. Öğrencilerin okul, ev ve saha uygulamaları arasında kurmaya çalıştıkları dengenin yetersiz olmasından dolayı kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve yine ekonomik sorunlardan dolayı stresli bir yaşamlarının olduğu bilinmektedir. Bu stresli yaşam içerisinde herhangi bir başka stresli durum ile karşılaşmak ise öğrencilerin duygusal olarak düşüşü geçmesine ve merhamet yorgunluğuna maruz kalmalarına neden olmaktadır. Bu durumun öğrencilerinin alan çalışmasında müracaatçıları ile görüşmelerine de yansıdığı ve verilen hizmetin kalitesinin düşürdüğü görülmüştür. Tüm bunlar göz önüne alındığında öz bakım yeteneğine sahip olmak merhamet yorgunluğu gibi diğer travmatizasyonlardan bireyleri koruyabilmekte ve yaşam ve stresli olayların yönetimi arasında bir denge kurulmasına yardımcı olmaktadır.

Cuartero ve Campos-Vidal (2019), sosyal hizmet uzmanlarında öz-bakım ile merhamet yorgunluğu ve tatminin arasındaki ilişkiyi anlamlandırmak için bir araştırma yürütmüştür. Araştırma sonunda öz bakım ve merhamet yorgunluğu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Sonuç olarak sahip olunan öz bakım düzeyi arttıkça merhamet yorgunluğunun azalacağı düşünülmektedir. Bir diğer sonuç ise çalışma saatlerinin fazla olması merhamet yorgunluğu düzeyinin artmasına neden olmaktadır.

Yi ve diğerleri (2018), onkoloji alanında çalışan 12 sosyal hizmet uzmanı ile araştırma kapsamında derinlemesine görüşme gerçekleştirmiştir ve sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğunun ne zaman arttığını anlamaya çalışmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının verdiği cevaplara göre 4 alt tema belirlenmiştir. Bunlar: 1) müracaatçıyla bağ kurulduğu zaman; 2) müracaatçının ölümü ile karşılaşıldığında; 3) profesyonelin

kendisini yetersiz hissettiğinde ve 4) örgütsel engeller ile karşılaşıldığında sosyal hizmet uzmanının merhamet yorgunluğuna maruz kalmasının kaçınılmaz olduğunu vurgulamıştır. Son alt tema haricinde ilk 3 temanın kişisel faktörler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kranke ve diğerleri (2020), 2017 yılında ABD’de gerçekleşen kasırga felaketlerinde rol almış Gazi İşleri Departmanında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları ile bir araştırma yürütmüştür. Araştırma kapsamında 4 farklı kasırgada rol olan sosyal hizmet uzmanı yöneticiler ile görüşülmüştür. Yöneticiler, kasırgaya hazırlıklı olma sürecinin ve kasırga hakkındaki tahminlerin, beklenmedik durumlara karşı son dakika çözüm üretme sorumluluğu olmasının ve aynı kasırgadan kendilerini ve ailelerine korumak zorunda olmalarından kaynaklı iş, ev ve aile sorumlulukları arasında denge kuramadıklarını tüm bu durumların kendilerinde yorgunluğa ve hatta merhamet yorgunluğuna neden olduğunu söylemişlerdir. Sosyal hizmet uzmanının sosyal ve iş hayatında denge kuramaması merhamet yorgunluğunu tetikleyen bir kişisel faktör olarak karşımıza çıkabilmektedir.

2.3.3.2. Örgütsel Faktörler

Sosyal hizmet uzmanlarında, merhamet yorgunluğuna ve tükenmişliğe neden olan örgütsel faktörlerin uzun çalışma saatleri, zaman yönetiminde başarısız olma, çalışma ortamında yaşanan krizler, etik ikilemler, iş doyumu eksikliği ve kurumsal yaşamdaki çelişkiler olduğu düşünülmektedir (Diaconescu, 2015, s.62).

Caringi ve diğerleri (2017), 256 sosyal hizmet uzmanında ikincil travmatik stres, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet tatmini düzeyini araştırmıştır. 15 sosyal hizmet uzmanı ile de bu fenomenlerin bireyler üzerindeki etkilerinin azaltılması için organizasyonel veya akran desteğinin önemini derinlemesine araştırmıştır. Araştırma sonunda yaşın ve çalışma süresinin merhamet yorgunluğu üzerinde bir etkisi bulunmazken mesleki tatminin az olması ve başka bir işte çalışma isteğinin olması durumunun merhamet yorgunluğu seviyesinde artışa neden olduğu görülmüştür.

Yi ve diğerkleri (2018), pediatrik onkoloji servisinde çalışan 27 sosyal hizmet uzmanı ile deneyimledikleri merhamet yorgunluğunu anlayabilmek adına nitel bir araştırma yürütmüştür. Araştırma sonunda 4 tema çıkmış olup bu temalardan biri merhamet yorgunluğunun oluşumuna katkıda bulunan koşullardır. Görüşmecilere göre merhamet yorgunluğuna çalışma ortamındaki bağlamsal ve yapısal koşullar neden olmaktadır. Bağlamsal koşulları yapılan çalışmalara karşı başkalarının desteğini ve takdirini almama durumunu içermekte iken yapısal koşullar aşırı iş yükü ve mesleğin devalasyonundan oluşmaktadır.

Kreitzer ve diğerkleri (2020), sosyal hizmet uzmanlarının kurumsal engeller nedeniyle deneyimledikleri merhamet yorgunluğunu nitel araştırma yöntemi ile derinlemesine incelemiştir. Bu bağlamda 6 tema belirlemişlerdir. Bunlar: 1) zaman kısıtlamaları ve politik iklimler dahilince uygun maliyetli hizmet sunumları; 2) kurulan ilişkilerin yıkımı; 3) yöneticiler ve çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği; 4) hizmetlerde yaşanan kesintiler; 5) korku iklimi ve 6) çıktıları ölçüm gereksinimidir. Araştırma bulgularına göre örgütsel faktörlerin sosyal hizmet uzmanları tarafından deneyimlenen merhamet yorgunluğuna katkıda bulunduğu saptanmıştır.

2.3.4. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Merhamet yorgunluğunun semptomları ilk olarak Figley tarafından 1995 yılında belirlenmiştir. İlerleyen yıllarda bu semptomları Lombardo ve Eyre (2011), iş yaşamındaki, fiziksel ve duygusal belirtiler olarak kategorize etmiş ve tablo haline getirmiştir.

Mathieu (2012) ise başlıkları fiziksel, psikolojik ve davranışsal olarak adlandırmıştır ve belirtilerin büyük bir çoğunluğu Lombardo ve Eyre'ni tablosuyla benzerlik göstermektedir. Fakat bunlara ek olarak Baranowsky (2002) tarafından ortaya atılan "Susturma Tepkisinin" (The Silencing Response) altını çizmiştir. Susturma tepkisi, meslek elemanlarının daha fazla travmatik hikâyeye maruz kalmamak için mracaatılarını ya da hastalarını susturdıkları süreci ifade etmektedir. Merhamet

yorgunluğu düzeyi arttıkça, profesyonellerde susturma tepkisinin de artacağı öngörülmektedir (Baranowsky, 2002; Lombardo ve Eyre, 2011; Matieu, 2012).

Tablo 1. Merhamet Yorgunluğu'nun Belirtileri (Lombardo ve Eyre, 2011)

İş Yaşamındaki Belirtileri	Fiziksel Belirtileri	Duygusal Belirtileri
<ul style="list-style-type: none"> ● Belirli hastalarla çalışmaktan kaçınma ya da korkma, ● Hasta ve hasta yakınlarına empatik yaklaşım yeteneğinde azalma, ● İzin kullanma sıklığının artması, ● Yapılan işten zevk alamama. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baş ağrıları, ● Mide ağrısı gibi sindirim problemleri, ● Kaslarda meydana gelen gerilemeler, ● Uyku problemleri (uykusuzluk ya da fazla uyuma isteği), ● Yorgunluk, ● Kalp çarpıntısı ve göğüs ağrısı gibi kardiyak semptomlar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ani ruh hali değişimleri, ● Memnuniyetsizlik, ● Agresiflik, ● Aşırı duyarlılık, ● Anksiyete, ● Bağımlılık yapan maddelere yönelim ya da aşırı kullanım, ● Depresyon, ● Öfke ve kızgınlık, ● Gerçeklik algısının kaybolması, ● Hafıza sorunları, ● Odaklanma ve değerlendirmede zorlanma.

Tablo 1'de yer alan semptomlardan sadece birinin veya birkaçının meslek elemanında ya da bakım verende görülmesi merhamet yorgunluğunun varlığı hakkında kesin bir kanıt oluşturmamaktadır (Lombardo ve Eyre, 2011).

Yukarıda bahsi geçen belirtilere ek olarak manevi-spiritüel belirtiler de meslek elemanlarında görülebilir. Bu belirtiler psikolojik-duygusal belirtilere benzemekle birlikte doğru ve yanlış ayırmada eksiklik, doğru yargılayamama ya da manevi farkındalığın yokluğu gibi semptomların da merhamet yorgunluğu düzeyinin artması ile ortaya çıkacağı düşünülmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010).

Powell (2020)'ye göre merhamet yorgunluğunun belirtilerini ve semptomları ise:

- Yorgunluk,
- Empatik ve sempatik hissinin kaybı,
- Çabuk öfkelenmek,
- İlaç ve alkol gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında artış,
- Zorlayıcı müracaatçı grubuyla çalışmaktan kaçınma,
- Mesleki tatminde azalma,
- Dünya görüşünde bozulma,
- Kaygının ve korkunun artması,
- Beklenmedik bir anda anıların canlanması,
- Duygulara karşı aşırı duyarlılık ya da aşırı duyarsızlık,
- İş ve kişisel yaşamın ayrılmasında zorlanma,
- İşe gitmekten kaçınma,
- Müracaatçıların bakımı için karar vermede zorlanma,
- Sosyal çevre ile problem yaşama ve ilişkilerin bozulmasıdır (s.54).

Powell (2020) tarafından sıralanan belirti ve semptomların Lombardo ve Eyre (2011), belirttiği semptomlar ve belirtiler ile örtüştüğü görülmektedir.

Travmatik bireyler ile çalışmak ve bakım vermek profesyonellerin gündelik ve mesleki yaşamlarını bahsi geçen belirtilerin meydana gelmesi sonucunda olumsuz olarak etkilemektedir. Profesyonelleri psikolojik açıdan başta olmak üzere biyolojik ve sosyal yönden derinden etkileyen bu belirtiler sadece merhamet yorgunluğu sonucunda değil ikincil travmatik stres, üstlenilmiş travma ve tükenmişlik sonucunda da meydana gelebilmektedir.

2.3.5. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar

Merhamet yorgunluğu travma mağduru kimselere hizmet sunan profesyonellerde ortaya çıkan bir kavramdır. Üstlenilmiş travma, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres kavramları

da örselenmiş bireylerle çalışan meslek elemanlarında sundukları hizmet sürecinde veya sonrasında görülebilmektedir. Bu nedenle bu kavramlar birbiriyle karıştırılabilmektedir. Kavramların oluşma şartları, belirtileri ve nedenleri birbirinden tamamen ayrılamazken kendi içlerinde farklılaşmalar görülmektedir.

Bu başlık altında tükenmişlik, üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stres kavramlarının merhamet yorgunluğu kavramıyla olan benzerlikleri ve farklılaştığı noktalara detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

2.3.5.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik, iş yaşamında karşılaşılan stres faktörlerine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Mesleki tükenmişlikten mağdur olan meslek elemanları genellikle kronik yorgunluktan şikâyet ederler ki bu durum en yaygın tükenmişlik belirtisidir. Öte yandan işten ayrılma ve etkisiz veya başarısız hissetmek de tükenmişliğin diğer iki boyutudur (Leiter ve diğerleri., 2015; Maslach ve Leiter, 2016).

Tükenmişlik, kronik fiziksel ve duygusal yorgunluk, empatik kaynakların ve merhametin tükenmesi, mesleki alanda çalışma isteğinin azalması, geçici stres ve depresyon ile kendini gösterebilir (Diaconescu, 2015, s.57). Bu olumsuz tepkiler ise profesyonellerin hizmet ettikleri insanlara karşı olumsuz tutum takınmalarına ve mesleki başarısızlıkları deneyimlemelerine yol açabilmektedir (Bae ve diğerleri, 2020, s.320).

Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik zaman zaman çok ilişkili görünmesine rağmen, merhamet yorgunluğunun aksine tükenmişlik özellikle iş ortamından kaynaklı sorunlarla başa çıkma yeteneğinin kaybolması, fiziksel, duygusal ve mental yorgunluk ve uzun süre stresli bir yaşama maruz kalma sonucunda çıkmaktadır. Tükenmişlik genellikle çevresel stresörlerden etkilenirken, merhamet yorgunluğu durumun ilişkisel doğasını ele almaktadır (Potter ve diğerleri, 2010). Figley (2002a), merhamet yorgunluğunu tükenmişliğin bir formu olarak tanımlamıştır.

Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik ciddi benzerlikleri kapsamına rağmen, aralarında önemli farklılıklar da bulunmaktadır. Tükenmişlik her meslek grubunda meydana gelebilir bakım verme ilişkisine bakılmaksızın; fakat merhamet yorgunluğu, bakım verilen meslek gruplarında, danışanın travmatik öyküsüne duygusal bir tepkime verme sonucunda oluşabilmektedir (Pelon, 2017, s.135).

Hunsaker ve diğerleri (2015), empati, merhamet yorgunluğuna neden olurken; tükenmişliğe, mesleki müdahaleler esnasında karşılaşılan çevresel sorunlar neden olmaktadır ve tükenmişlik genellikle yaşam döngüsü içinde umutsuzluk ve mesleki görevleri etkin bir şekilde yerine getirilmemesi ile ilişkilidir. Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik arasındaki temel fark ise tükenmişlik aşamalı olarak meydana gelirken merhamet yorgunluğu bir anda ortaya çıkabilmektedir. Ancak merhamet yorgunluğu semptomlarından hemen kurtulmak mümkünken, yüksek düzeyde deneyimlenen tükenmişlik için benzer bir durumdan bahsedilemez (Figley, 2002b).

Figley (2002b), İnsanlar iş değiştirdikten veya kariyerlerini yeniden planladıktan sonra tükenmişlikten hızlı bir şekilde kurtulabilirken; merhamet yorgunluğu tükenmişliğin aksine çaresizliğin ve izolasyonun daha fazla deneyimlemesinden dolayı koşullar değişse bile ortadan kalkmayabilir.

Sosyal hizmet profesyonelleri için tükenmişlik günlük kullanılan bir kelime haline gelmiştir çünkü tükenmişlik aşırı iş yükünden kaynaklı stres ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Dolayısıyla meslek elemanın mesleki tatmini ve bireysel iyilik halini negatif etkilemektedir. Ağır dosya yükleri, düşük maaş, sınırlı kaynak, zaman kısıtlaması, çatışma ortamındaki çatışmalar, etik çıkmazlar, örgütsel yapılar meslek elemanında tükenmişliğin artmasına neden olmaktadır (Peinado ve Anderson, 2020, s.757).

Rossi ve diğerleri (2012), sosyal hizmet uzmanlarının da dahil olduğu ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının tükenmişlik düzeylerini araştırmıştır. Birden fazla travmatik deneyim sahibi meslek elemanlarının tükenmişlik düzeylerini hiç travmatik öyküsü sahip olmayan meslek elemanlarından fazla olduğunu görmüştür.

Sosyal hizmet uzmanları, insani yardım hizmeti sunmaktadır ve sosyal hizmet müdahaleleri boyunca duygularını bastırmak zorundadırlar. Bunun yanı sıra kronik empatik yaklaşımın kaçınılmaz sonucu olarak profesyoneller tükenmişliği deneyimlemeye açık hale gelebilmektedir. Ancak tükenmişlik tüm meslek grupları için geçerli daha genel bir kavram iken; merhamet yorgunluğu genellikle travma mağduru insanlarla çalışılması ile ilişkilidir (Newell ve MacNeil, 2010). Sonuç olarak, tükenmişlik merhamet yorgunluğunu deneyimleme ihtimalini arttırmaktadır.

Gökler (2021), Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni kullanarak tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının tükenmişlik düzeylerini ölmüştür. Araştırmaya 467 sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Benzer bir çalışma İçağasıoğlu-Çoban ve Özbesler (2016) tarafından 77 tıbbi sosyal hizmet uzmanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları karşılaştırıldığında her iki araştırmada da tükenmişlik düzeyi ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmazken; tükenmişlik ve medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gökler (2021), yaş ve tükenmişlik arasında anlamlı bir fark bulamazken; İçağasıoğlu-Çoban ve Özbesler (2016), yaş ve tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir fark saptamıştır.

2.3.5.2. Üstlenilmiş Travma

Ruh sağlığı alanında meslek elemanları doğrudan travma deneyimi olan bireylerle çalışmaktadır ki bu durum sonucunda meslek elemanları düzenli olarak dolaylı yoldan travmaya maruz kalmaktadır. Bunun sonucunda meslek elemanlarının kendine ve dünyaya bakışlarında gerçekleşen köklü ve negatif yönlü değişimler üstlenilmiş travma olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan üstlenilmiş travma meslek elemanın ya da bakım verenin kendisine, ilişkilerine ve dünyaya ilişkin bozulan düşüncelerinden kaynaklanan içsel deneyimlerinin daha uzun süreli ve kalıcı olarak değişmesi olarak da tanımlanır. Bu yönüyle ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğundan farklılaşır. Üstlenilmiş travmaya maruz kalmış profesyoneller yıllar boyu sürebilecek psikolojik rahatsızlıklara sahip olabilir (McCann ve Pearlman, 1990; Rauvola ve diğerleri, 2019).

Üstlenilmiş travma, travma deneyimlenen bireylerle empatik ilişki kurulmasının sonucunda onlara yardım etme sorumluluğu ve taahhüdünün birleşmesi ile meslek elemanının yaşamındaki olumsuz dönüşümdür (Pearlman ve Caringi, 2009, s.202-203). Literatürde yer alan bilgilere göre profesyonel meslek elemanlarının daha önceden maruz kaldığı en az bir travma öyküsünün olması, sosyal destek bağlarının güçlü olmaması, mesleki deneyim süresinin fazla olması üstlenilmiş travmanın oluşmasını pekiştirmektedir (Cummings ve diğerleri, 2021, s.NP305).

Tuncal ve Oral (2012), üstlenilmiş travma, herhangi bir travmatik öz geçmişe sahip olan bireyle psikososyal yönden çalışmanın ve bu çalışma sürecinde meslek elemanlarının kurduğu empatik iletişimin sonucunda kişilerin mesleki ve özel yaşantılarında deneyimledikleri olumsuz bir süreçtir. Üstlenilmiş travma yardım çalışmasının sadece bir travma mağdurunu dinlemesi ile ortaya çıkmaz, binlerce travma mağduru kişi ile çalışılması ve ikincil travmatik stres sonucunda aşamalı olarak meydana gelir; merhamet yorgunluğu ise meslek elemanının iyileşemediğinde ve kendilerini yenileyemediği zamanlarda meydana gelen derin bir şekilde deneyimlenen psikolojik ve fiziksel yıkımdır (Mathiue, 2012). Merhamet yorgunluğu zaman içerisinde hem fiziksel hem de duygusal tükenmişlik olarak ortaya çıkarken, üstlenilmiş travma farklı bir kişinin hikayesini duymak ile ortaya çıkabilmektedir (Fox, 2019, s.1).

Üstlenilmiş travmanın, bireyler ve kurumlar üzerinde çeşitli etkisinin olduğuna dair kanıtlar gün geçerek artmaktadır. Bu nedenle üstlenilmiş travma sosyal hizmet uygulamalarının öngörülebilir bir yan etkisi haline gelmektedir (Ashley-Binge ve Cousins, 2020, s.191).

Joubert ve diğerleri (2013), onkoloji hastanesinde çalışan 16 sosyal hizmet uzmanının üstlenilmiş travma düzeyini öğrenmek amacıyla bir araştırma yürütmüştür. Araştırma sonunda sosyal hizmet uzmanlarının çalışma hayatına bağlı stres oranları yüksek çıkmıştır. Buna bağlı olarak sosyal hizmet uzmanlarında kaçınma, geçmiş travmalarını hatırlama, hissizleşme gibi negatif alışkanlıklarının meydana geldiği görülmüştür.

Michalopoulos ve Aparicio (2012), 160 sosyal hizmet uzmanı ile üstlenilmiş travma ve travma öyküsüne sahip olma, sosyal destek ilişkileri ve deneyim süresi arasındaki ilişkiyi anlamak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Sonuç olarak, deneyim süresi ve sosyal destek ağları genişledikçe üstlenilmiş travma düzeyi düşerken; travmatik bir öyküye sahip olan meslek elemanlarının üstlenilmiş travma düzeyi ortalama çıkmıştır.

2.3.5.3. İkincil Travmatik Stres

Travmatik yaşantılar, Amerikan Psikoloji Derneği (APA) (2013), ruhsal Bozukluların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)'e göre bir kişinin hayatının tehlikede olduğu bir olay deneyimlemesi, yaralanması, cinsel saldırıya maruz kalması gibi olayları deneyimlemesi ya da bu olaylara yakın bir şekilde tanık olması durumudur. Ayrıca DSM-5'e göre travma mağdurları ile görüşmek, onların öykülerine maruz kalmak da travmaya neden olabilmektedir.

Bireyler bir travmatik olayı doğrudan deneyimleyebilir fakat eğer şanslılarsa bu olayı deneyimlemekten kaçınabilirler; ancak bir travma mağdurun öyküsünü dinlemekten kaçınmak zor olabilir. Bu durum ikincil travmatik stresin meydana gelmesine neden olur. Dahası sadece bir müracaatçının dinlenmesi ya da gözlenmesi bile ikincil travmatik stresin meydana gelmesine neden olabilmektedir (Çetinkaya-Büyükbodur, 2018).

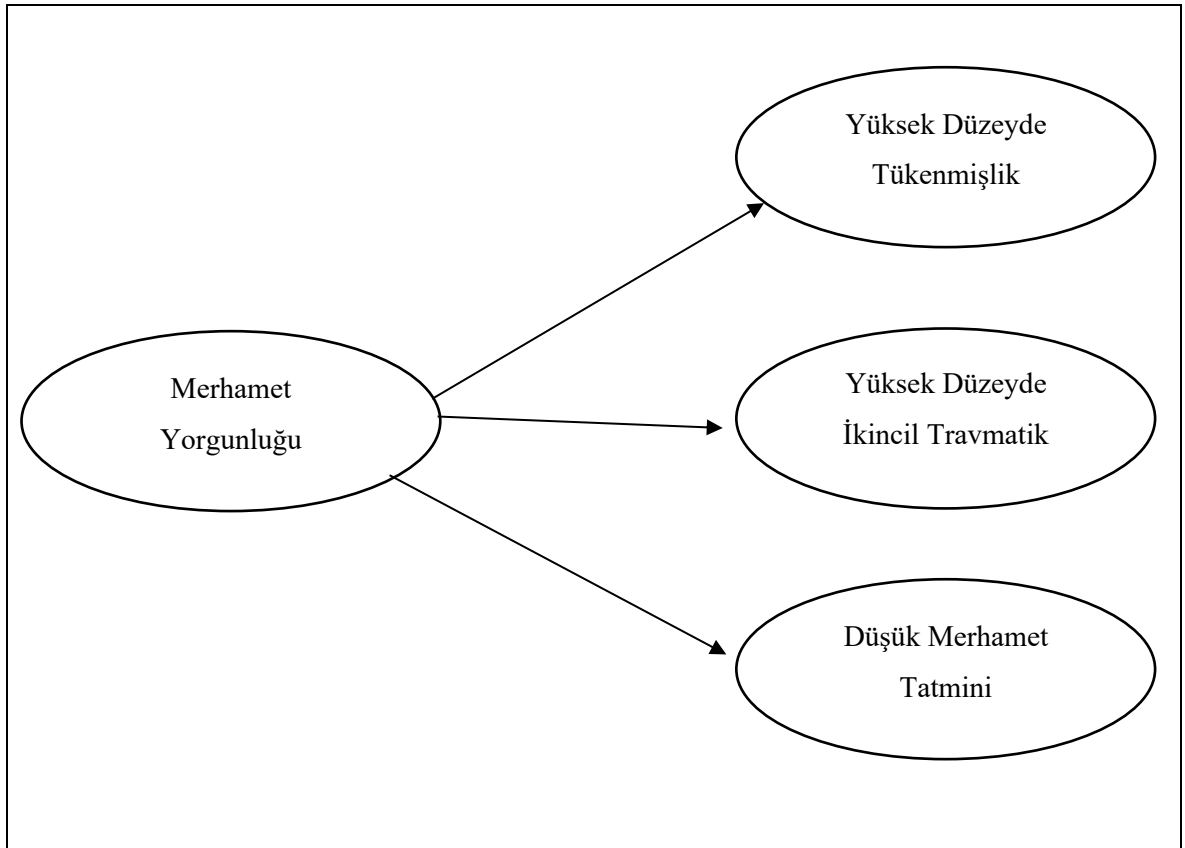
Sosyal hizmet uzmanları mesleğinin gereği olarak travmatik yaşantısı olan bireylerle çalışmaktadır. Fakat uzun süre başkalarının olumsuz öykülerine maruz kalmak meslek elemanın güçsüzleşmesine ve stresinin artmasına neden olmaktadır. Müracaatçı ile sempatik bir ilişki kurmak ikincil travmatik stresin oluşumuna katkı sunmaktadır (Kaya ve diğerleri, 2020, s.1062).

Hem merhamet yorgunluğu hem de ikincil travmatik stresin semptomlarını birbirinden tamamen ayırmak imkansızdır ve her iki kavramın temelinde de empati önemli bir role sahiptir. Fakat temel farklılıklarından biri ikincil travmatik stres, travma mağduru kişilere yardım etme arzusu gerektirmezken; merhamet yorgunluğu kavramı içerisinde

bulundurdu merhamet kavramının gerekliliği ile yardım etme isteğini kapsar. Bu nedenle meslek elemanlarının merhamet yorgunluğuna maruz kalmadan sadece travmatik bir olayı duyarak ya da bilerek ikincil travmatik strese maruz kalması mümkün değildir (Figley, 2002b; Meadors ve diğerleri, 2010).

Figley ve Ludick (2017)'e gore merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stresin temel farkı merhamet yorgunluğunun ikincil travmatik stresin bir sonucu olarak meydana gelmesidir. Fakat bazı bilim insanları bu iki fenomenin birbirinin yerine kullanılmasının da uygun olabileceği goruşunu ileri surmektedir. Her iki kavram da başkalarının travmasıyla çalışılması sonucunda benzer belirtiler ile ortaya çıkarmaktadır.

O'Mahony ve diğerleri (2018), palyatif bakım klinisyenleri ile yaptığı araştırma sonucunda yuksek seviyede tukenmişliğin ve ikincil travmatik stresin ve duşuk seviyedeki merhamet tatminin, merhamet yorgunluğunu tetikleyici olabileceğini savunmuştur.



Şekil 3. Merhamet Yorgunluğunun Kavramsal Modeli (O'Mahony ve diğerleri, 2018)

Merhamet yorgunluğu tükenmişlik ve ikincil travmatik stresi kapsamaktadır (Stamm, 2010, s.12).

Sinclair ve diğerleri (2017), meta-anlatı inceleme araştırmasıyla merhamet yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik arasındaki anlamsal farklılıkları belirlemek üzere bir çalışma yürütmüştür. Tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin stres ve karşı aktarım gibi çeşitli kavramlarla olan karşılıklı ilişkilerinden dolayı merhamet yorgunluğunun tanımlanmasının zor olacağını düşünmektedirler. Ancak, Okoli ve diğerleri (2020), yürüttükleri araştırmada ikincil travmatik stresin, merhamet yorgunluğu ile negatif ilişkisinin olduğunu fakat tükenmişlik ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişkisinin olduğunu saptamıştır. Yi ve diğerleri (2018)'e göre yıllardır merhamet yorgunluğunun karakteristik özellikleri ve semptomları için ikincil travmatik stres, üstlenilmiş travma ve tükenmişlik birbiri yerine kullanılmaktadır fakat hiçbir kavram merhamet yorgunluğunu tam olarak açıklayamamaktadır (s.668).

Pehlivan ve Güner (2018) dolaylı travma türlerini açıklayan kavramlar arasındaki anlam karmaşasının giderilmesi için daha fazla araştırmaya gerek duyulduğunu vurgulamıştır. Özetle birbiri yerine kullanılan bu kavramlar ile yürütülecek spesifik çalışmalar aracılığıyla literatürde ortaya çıkan karmaşanın engellenebileceği düşünülmektedir.

2.4. MERHAMET YORGUNLUĞU VE SOSYAL HİZMET

Sosyal hizmet uzmanları toplumda dezavantajlı konumda bulunana birey ve gruplar ile çalışma yürütmektedir. Müracaatçı grubunun travma mağduru olması ise meslek elemanlarının dolaylı travmaya maruz kalmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla travmatik vakalarla yürütülen sosyal hizmet müdahaleleri sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğuna maruz kalma riskini beraberinde getirebilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları gibi yardım çalışanları aile içi şiddet ve çocuk istismarı dahil olmak üzere travma mağduru kimselere psikososyal destek sunmaktadır. Dolayısıyla çalışma ortamının yoğun bir şekilde duygusal tepkime talep etmesinin sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının stres düzeyi artabilmektedir. Dahası sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları vakalar ile sıklıkla derin bir bağ kurabilmektedir. Örneğin sosyal hizmet uzmanlarına mesleki açıdan ne yaptıkları sorulduğunda yaygın olarak verilen iki cevap “başkasına yardım etmek” ve “farklılık yaratmak”tır. İki cevabın temelinde de sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ile empatik bir ilişki kurdukları ve müracaatçıya karşı merhamet hissettikleri anlaşılmaktadır. Dolayısıyla meslek elemanlarının yoğun duygusal ve empatik bir ilişki kurmasının sonucunda merhamet yorgunluğuna maruz kalma olasılıkları artmaktadır (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015, s.87; Radey ve Figley, 2007, s.207).

Ekolojik kuramın odağında “çevresi içinde birey” yaklaşımı bulunmaktadır ve bireyin çevresinde bulunan sistemler ile karşılıklı dinamik bir ilişkisinin olduğunu varsaymaktadır. Çalışılan iş ortamında ise meslek elemanları ile çalıştıkları ortamın fiziksel ve sosyal açıları, ilişki kurulan insanlar arasında doğrudan bir etkileşim bulunduğu düşünülmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin etkileşimde bulunduğu sistem ise sosyal sorunlardır (Çetinkaya-Büyükbodur, 2018). Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanının çalışma ortamında karşılaştığı örgütsel sorunlar ya da müracaatçı grubunun travmatik öyküsünden dolayı açısından etkilenmesi kaçınılmaz olabilmektedir. Sonuç olarak sosyal hizmet uzmanlarının biyopsikososyal açıdan iyilik hallerinin olumsuz yönde etkilenmesi meydana gelirken; Denne ve diğerleri (2019), merhamet yorgunluğu sosyal hizmet uzmanlarının vaka yönetim sürecini ve değerlendirmesini muhtemelen etkileyecektir ki bu durum müracaatçının doğrudan etkilenmesine yol açacaktır. Bu nedenle merhamet yorgunluğundan etkilenen sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına yeterli ve kaliteli bir hizmet sunamayacaktır.

Bae ve diğerleri (2020), sosyal hizmet uygulamaları kaynakların sınırlı olduğu fakat talebin fazla olduğu stresli bir iş ortamında yürütülmektedir ki bu durum iş ile ilişkili psikolojik stresin ve merhamet yorgunluğunu deneyimleme riskini arttırabilmektedir.

Sosyal hizmet uygulamalarında travma mağduru müracaatçı ile çalışmanın kaçınılmaz sonucu olarak sosyal hizmet uzmanları yoğun bir duygusal deneyime maruz kalmaktadırlar ki bu durum merhamet yorgunluğunu meydana getirebilmektedir (Decker ve diğerleri, 2015; Lewis ve King, 2019). Merhamet yorgunluğu stresli bir ortamda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sıklıkla karşılaştığı bir durumdur. Dahası merhamet yorgunluğu “müracaatçıyı dinleme” ve “travmatik olaylara karşı duygusal tepki verme” kapasitesinin azalması olarak da tanımlanmaktadır. Merhamet yorgunluğuna maruz kalma sonucunda sosyal hizmet uzmanı müracaatçısının acısına karşı duyarsızlaşabilmektedir (Kinman ve Grant, 2020; Kranke ve diğerleri, 2020).

Sosyal hizmet mesleğinin doğası gereği sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarını aktif ve empatik dinlediği için yapılan araştırmalar göstermiştir ki meslek elemanlarının tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna maruz kalması yüksek olasılıktadır (Bride, 2007; Cuartero ve Campos-Vidal, 2018; Slattery ve Goodman, 2009).

2.4.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Merhamet Yorgunluğu

Sosyal hizmet uzmanları birçok dezavantajlı müracaatçı grubu ile çalışmaktadır fakat özellikle travmatik öyküye sahip bireyler ile çalışmaları merhamet yorgunluğunun meydana gelmesini etkileyebilmektedir. Bu durum sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel yaşamlarındaki iş doyumları başta olmak üzere özel yaşam doyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamaları da meslek elemanlarının sosyal ve mesleki yaşantılarını etkilemektedir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının yaşam ve mesleki doyumlarının artması için merhamet yorgunluğuna etkide bulunan faktörlerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

Yi ve diğerleri (2019), sağlık sistemi içerisinde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları hastalara ve ailelerine psikolojik iyilik halini sağlamaktan; fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya dek çeşitli alanlarda psikososyal destek hizmeti sunmada kilit bir role sahiptir. Dahası sosyal hizmet uzmanları daha çok kırılabilir ve çoklu dezavantaja sahip

bireylerle çalışmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının geniş bir alanda çalışıyor olmaları ve çalıştıkları grubun dezavantajlı olmasından kaynaklı meslek elemanları profesyonel yaşantısı içerisinde merhamet yorgunluğu dahil pek çok dolaylı travmaya maruz kalabilmektedirler (s.970-971).

Stresli hastane ortamlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları, genellikle çok fazla vaka yüküne sahip ve müracaatçılara hızlı bir şekilde geri dönme gerekliliği (müdahale ve planlama için kısa zaman) olmasından; tıbbi model içinde sosyal hizmet mesleğinin devalüasyonu ve profesyonel alan ve anlaşmazlıklardan dolayı merhamet yorgunluğu gibi diğer dolaylı travmatizasyonlara maruz kalmaya açık hale gelirler. Tüm bu bilgiler ışığında dolaylı travmaya maruz kalmak sosyal hizmetin doğasında vardır. Merhamet yorgunluğuna maruz kalınması sosyal hizmet uzmanlarının mesleki tatminleri düşmesine ve dolayısıyla meslek elemanlarının sağlık ve iyilik hallerinin negatif olarak etkilenmesine neden olabilmektedir (Badger ve diğerleri, 2008, s.63; Kreitzer ve diğerleri, 2020, s.1942).

İş yükünün fazla olması, iş yerinde terfi almanın kısıtlı olması, çalışılan kurum içinde sosyal hizmet uzmanlarının değerli görülmemesi, yönetiminin yetersiz oluşu, fiziksel, kültürel ve sistematik açıdan çalışma ortamı, süpervizör, iş arkadaşları ve müracaatçı grubuyla doğru iletişim kuramama meslek elemanının iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında merhamet yorgunluğunun meslek elemanı tarafından deneyimlenmesi kaçınılmaz olabilmektedir ve bu durum meslek elemanın işten ayrılması ile sonuçlanabilmektedir (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015, s.87; Rakoczy, 2009, s.17; Shier ve Graham, 2011, s.402).

Klinik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları psikososyal sağaltım süreci boyunca müracaatçılarının duygusal yüklerini paylaşırlar. Bunu yaparken de geçmişte yaşadıkları travmatik olaylarla ve dünyada yer alan travmatik gerçeklerle baş başa kalmak zorunda kalırlar. Kısacası klinik sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarının travmatik öykülerine düzenli olarak maruz kalmaktadırlar. Bu tür gerçeklerle yüzleşmenin sonucu olarak sosyal hizmet uzmanları kendilik algılarını ve dünyanın anlamlı bir yer olduğu

gerçekliğinin yıkımı ile yüzleşirler. Tüm bunların sonucunda merhamet yorgunluğu gibi bir dizi sorunun ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır (Bride ve diğerleri, 2007, s.155; Miller ve diğerleri, 2019, s.322).

Çocuk onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları kanser hastalarını ve ailelerini desteklemek için oldukça önemli bir role sahiptir çünkü kanserin fiziksel, ekonomik ve psikolojik etkileri ile nasıl baş edilmesi gerektiği yönünde hasta ve ailesiyle doğrudan iletişim içerisindedirler. Sosyal hizmet uzmanları hastalığın teşhisinden yaşam sonu bakıma kadar çocuk ve ailesine terapötik müdahale uygulamaktadır. Bu uzun ve yoğun süreç onkolojik sosyal hizmet uzmanlarının hayatları ile baş etmelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Tüm bunların sonucunda merhamet yorgunluğu kaçınılmaz bir son olarak ortaya çıkabilmektedir. Meslek elemanının merhamet yorgunluğuna maruz kalması ise profesyonel nitelik ve başkasının acının yükünü kaldırma kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır ki bu durum sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı grubu arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir (Yi ve diğerleri, 2018, s.667-668).

Sosyal hizmet uzmanları kendi geçmişinde hiçbir travmatik öyküye ya da müracaatçısıyla benzer travmaya sahip olmamasına rağmen müracaatçının deneyimlediği benzer olumsuz duyguları merhamet yorgunluğuna maruz kalmasının sonucunda deneyimleyebilir (Holmes ve diğerleri, 2021, s.496).

Merhamet yorgunluğuna maruz kalma sonucunda sosyal hizmet uzmanları danışanlarından kaçınmaya başladıklarını, kişisel ilişkilerinin ve iş yaşantısının olumsuz yönde etkilediğini raporlamıştır. Meslek elemanları toplumdan kendini soyutlar ve yalnızlaşır ve meslek elemanlarının başkalarına güveni azalmaktadır. Bu durum kişiler arası çatışmaya neden olabilirken; meslek elemanının tutumu çevresindeki insanlara karşı olumsuz açıdan değişebilmektedir. Merhamet yorgunluğu, verimliliğin azalması ve müracaatçıya verilen hizmet kalitesinin düşmesiyle de yakından ilişkilidir (Harr ve Moore, 2011, s.353; Pelon, 2017, s.136).

2.4.2. Merhamet Yorgunluğu Hakkında Yapılan Araştırmalar

2.4.2.1. Türkiye’de Yürütülen Araştırmalar

Türkiye’deki varolan alanyazın incelendiğinde merhamet yorgunluğu ile ilgili araştırmaların sağlık çalışanları ile özellikle de hemşireler ile yürütüldüğü görülmüştür. Bu konuda yürütülen araştırmaların uluslararası literatüre göre sınırlı kaldığı düşünülmektedir.

Yurt içinde sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu düzeyini belirleyen sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Bu nedenle sosyal hizmet ve merhamet kavramı üzerinden yürütülen araştırmalara ve tıbbi sosyal hizmet uzmanları ile yürütülen araştırmalara da bu başlık altında yer verilecektir.

Hablemitoğlu ve Özmete (2012), sosyal çalışmacıların merhamet yorgunluğu düzeyi, iş yaşamı kalitesi, tükenmişlik düzeyleri, stres kaynakları, iş tatmini ve kariyer olanakları arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedeflenmiştir. Bu bağlamda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’ne bağlı kuruluşlarda görev yapan 213 sosyal hizmet uzmanının katılımı ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonunda, sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ile yürüttükleri çalışmalarda sorun yaşamadıkları yani onların problemlerine sempatik açıdan yaklaşmadıkları; fakat mesleğin bazı sorumluluklarından dolayı yorgun, değersiz, hayal kırıklığı yaşadıkları tespit edilmiştir. Özetle deneyimlenen merhamet yorgunluğunun temel nedeninin müracaatçılar değil mesleğin niteliğinden kaynaklı olduğu görülmüştür. Cinsiyetler arası farklılıklar incelendiğinde kadınların erkeklere oranla merhamet yorgunluğu düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Son olarak yaş açısından incelendiğinde 35 yaş ve daha az yaşlarda merhamet yorgunluğu düzeyi; 36 ve daha yüksek yaşlara kıyasla yüksek çıkmıştır.

Yıldırım ve Cavcav (2021), Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmak üzere sağlık çalışanları ile bir araştırma yürütmüştür. Araştırmaya 132 sağlık çalışanı katılım göstermiş olup bu sağlık çalışanından 7’si sosyal

hizmet uzmanıdır. Araştırma sonucunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla, Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeğinin sağlık çalışanlarının maruz kaldığı merhamet yorgunluğunu ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür.

Başer ve Mavili (2017), sosyal hizmet mesleği içinde merhamet kavramının önemini anlamak ve kavramsallaştırmak amacıyla nitel bir araştırma yürütmüştür. Bu bağlamda 12 sosyal hizmet öğrencisi, 10 sosyal hizmet uzmanı ve 12 sosyal hizmet akademisyeni ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. “Sosyal hizmette merhamet ne ifade ediyor?” sorusuna verilen yanıtlar analiz edilip temalara ayrılmıştır. Sosyal hizmet öğrencileri 55 ifadeyle; sosyal hizmet uzmanları 20 ifadeyle ve sosyal hizmet akademisyenleri 37 ifadeyle bu soruyu yanıtlamıştır. Ortak çıkan ifadeler profesyonellik, olmazsa olmaz, kişilik özelliği ve dengedir. Profesyonellik ve denge temaları ile sosyal hizmet uzmanı, merhamet ve mesleki kimliği arasındaki ayrımın farkına varırken kendini tükenmişlik ve merhamet yorgunluğundan koruyabilmektedir. Kişilik özelliği teması ile de merhametin insanlar için doğuştan kazanılan bir özellik olduğu vurgulanmıştır.

Özkan-Ulucan ve diğerleri (2019), sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları iş yerlerindeki sosyal destek algısı, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi anlamlandırmak adına bir araştırma yürütmüştür. Araştırmaya toplam 203 tıbbi sosyal hizmet uzmanı katılım göstermiştir. Araştırmanın sonunda yaşam doyumu ve cinsiyet; yaşanılan il; katılımcının yaşı ve mesleki deneyim süresi; çalışılan kurum ve bu kurumda üstlenilen görev; verilen görevlerin sosyal hizmet ile bağlantılı olma durumu; görevlendirilen birimde çalışma isteği; ve hizmet içi eğitim alma ve mesleki eğitim alma ihtiyaçları arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Ancak, medeni durum ve yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Evli olan katılımcıların, bekar olan katılımcılara göre yaşam doyumu daha yüksektir. Yaşam doyumu ve mesleki benlik saygısı arasında pozitif yönlü bir anlamlı ilişki bulunduğu görülmüştür. Benzer şekilde yaşam doyumu ve kurum içi sosyal destek arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tekin ve Uludağ (2020), tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarını incelemek üzere bir araştırma yürütmüştür. Araştırmaya 150 tıbbi sosyal hizmet uzmanı gönüllü katılım göstermiştir. Mesleki benlik saygısı ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamazken; eğitim düzeyi ve mesleki benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça mesleki benlik saygısının da arttığı görülmüştür. Benzer şekilde mesleki deneyim süresi ve mesleki benlik saygısı arasında da anlamlı bir farklılaşmanın olduğu tespit edilmiştir. Deneyimli meslek elemanlarının mesleki benlik saygısı yeni çalışmaya başlamış (1-5 yıl) meslek elemanlarına göre yüksektir.

2.4.2.2. Uluslararası Alanda Yürütülen Araştırmalar

Adams ve diğerleri (2006), 11 Eylül 2001 terör saldırı sonrasında sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu düzeyini belirlemek için bir araştırma yürütmüştür. Bu araştırmanın 2 temel amacı vardır. Bunlar: 1) merhamet yorgunluğu ölçeğinin psikometrik özelliklerini incelemek ve 2) ölçeğin geçerliliğini çok değişkenli bir modelde açıklamaktır. Bu araştırma sonunda Figley (1995) tarafından geliştirilen Merhamet Yorgunluğu Ölçeği içerinden tükenmişlik ve ikincil travmatik strese bağlı olan sorunların seçilmesiyle geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmasının ardından Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Thomas (2013), klinik sosyal hizmet uzmanlarında, kişisel sıkıntıları ile ilişkili tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve merhamet tatminini araştırmıştır. Bu çalışmada kişisel sıkıntı, merhamet yorgunluğunu, tükenmişliği ve merhamet tatminini yordayan tek bileşen olarak kabul edilmiştir. Yetişkin travmasının kontrol değişkeni ile analizler esnasında ne tükenmişlik ne de merhamet tatminiyle bir ilişkisi olmamasına rağmen, merhamet yorgunluğu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, kişisel sıkıntı düzeyi yüksek çıktıkça merhamet yorgunluğu düzeyi de yüksek çıkmıştır; fakat merhamet tatmini düzeyi düşüktür. Bir diğer sonuç ise travmatik hikâyeye sahip meslek elemanlarının merhamet yorgunluğu düzeyi yüksek çıkmıştır.

Pelon (2017), tedavisi olmayan hastalara hizmet sunan sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu ve merhamet tatmini düzeylerini araştırmıştır. Bu alanda çalışan

meslek elemanları hem ölmek üzere olan danışanlara hem de danışanların aileleri ile görüştikleri için ve bu sağlık sektörü içerisindeki koşulların hızlı bir şekilde değişmesinden kaynaklı çoklu strese maruz kalmaktadır. Bu araştırmanın amacı bu kuruluşlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları arasında merhamet yorgunluğunun yaygınlığını belirleme ve merhamet yorgunluğu ve tatmini arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Araştırmanın sonucunda, 55 katılımcıdan yarısından fazlasında merhamet yorgunluğu düzeyi yüksek çıkmıştır ve aynı zamanda yaklaşık yarısının merhamet yorgunluğu tatminine sahip olduğu anlaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları yıl ve çalışma zamanı (tam zamanlı ve yarı zamanlı) arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe merhamet yorgunluğu düzeyinin arttırdığı görülmüştür. Merhamet yorgunluğu ve tatmini arasında negatif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak meslek elemanları arasında merhamet yorgunluğunun yaygın olmasını azaltmak için merhamet tatmini düzeyinin artırılması gerekliliğinin altı çizilmiştir.

Yi ve diğerleri (2019), Güney Kore’de hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu ve merhamet tatminin boyutunu içeren Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile empati rolünün önemini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda kadın sosyal hizmet uzmanlarının, erkek sosyal hizmet uzmanlarına kıyasla tükenmişliğe yakalanma ihtimalinin daha yüksek olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Araştırmacılar diğer araştırmalara bakarak ilginç bir sonucu daha ulaşılmıştır. Meslekte uzun yıllardır çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğunu daha fazla deneyimledikleri görülmüştür. Literatürde yer alan diğer araştırmalarda ise meslekteki deneyim süreci azaldıkça merhamet yorgunluğu seviyesinin arttığı vurgulanmıştır. Araştırmacılar bu beklenmedik sonucun iki muhtemel nedeni olduğunu düşünmektedir. Bunlar: 1) Kore’de verilen sosyal hizmet eğitiminin yeterli olmaması ve 2) Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının uzun süredir istihdam edilmesi sonucunda daha karmaşık ve ağır vaka yükleri ile karşılaşması ihtimalidir. Araştırma sonunda empatinin ve özellikle de empatik ilginin merhamet yorgunluğunu önlemede ve merhamet tatminini artırmada önemli bir rol üstlendiği görülmüştür.

Kinman ve Grant (2020), 306 sosyal hizmet uzmanıyla yürüttüğü araştırma kapsamında merhamet yorgunluğu ve duygusal taleplerin meslek elemanlarının mental sağlığı

üzerinde nasıl bir etkisinin olduğunu saptamaya çalışmıştır. Araştırma sonunda öz-merhamet ve merhamet tatmini olan sosyal hizmet uzmanlarının psikolojik iyilik hali yüksek çıkarken; merhamet yorgunluğunun yüksek olmasının psikolojik iyilik halinin olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Bir diğer önemli bulgu ise daha genç yaşta olan katılımcıların psikolojik iyilik hallerinin gelen duygusal talepler ve merhamet yorgunluğu nedeniyle daha düşük olduğu görülmüştür.

Holmes ve diğerleri (2021), Covid-19 Pandemi sürecinin sosyal hizmet uzmanlarının duygusal iyilik hallerini hangi düzeyde etkilediğini bulmak için 181 sosyal hizmet uzmanı ile bir araştırma yürütmüştür. Araştırmada post travmatik stres, yas, merhamet yorgunluğu ve tatmini ölçekleri kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıların travmalarına maruz kalmalarının yanı sıra Covid-19 sürecinde kendi hayatlarında da travmaya maruz kalabilecekleri düşünülmektedir ki bu durumun tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğu düzeyini arttıracığına inanılmaktadır. Ancak, araştırma sonuçları sosyal hizmet uzmanlarında ortalama düzeyde ikincil travmatik stres ve tükenmişlik meydana geldiğini gösterirken; hiçbir sosyal hizmet uzmanının yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunu deneyimlemediği bulunmuştur. Fakat merhamet yorgunluğunun kümülatif bir olgu olmasından dolayı zaman içinde artabileceği dolayısıyla süreç içinde sosyal hizmet uzmanlarının izlenmeye devam edilmesi gerekliliği araştırma sonucunda vurgulanmıştır.

Kim ve diğerleri (2021), Kore’de hastanelerin onkoloji biriminde çalışan 12 tıbbi sosyal hizmet uzmanı ile merhamet yorgunluğunun profesyonellerin iyilik halleri üzerindeki etkisini araştırmak üzere derinlemesine görüşme gerçekleştirmiştir. Araştırma sonucunda olumsuz fiziksel belirtiler, karamsarlık hissi, suçluluk ve pişmanlık, müracaatçıların sağlık durumundan dolayı endişe ve üzüntü hissetme belirtilerinin meydana geldiği dolayısıyla merhamet yorgunluğunun kişinin iyilik hali üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Aynı zamanda merhamet yorgunluğuna maruz kalan meslek elemanları müracaatçıdan kaçınma, işe yönelik hedef belirleme becerisinin azalması ve motivasyonunu kaybetmesi gibi belirtilerin arttığını dile getirmiştir. Sonuç olarak, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki hayatlarının da olumsuz etkilendiğine inanılmaktadır.

3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın yöntemi kısmı araştırmanın modeli, araştırmanın öznelere, veri toplama aracı, veri toplama süreci, verilerin analizi, etik hassasiyetler ve süre ve olanaklar olmak üzere toplam 7 ana başlıktan oluşmaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmanın amacı sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlerinden yola çıkarak merhamet yorgunluğuna katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi; travmatik bireylerle çalışmanın yarattığı güçlükler ve bu durum ile nasıl başa çıktıklarını belirlemektedir. Bu bağlamda tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının kendi gerçeklikleri içinde analiz etmek amacıyla nitel araştırma yönteminin kullanılmıştır.

Nitel araştırma, nitel veri toplama yöntemleri (gözlem, görüşme ve doküman analizi) kullanılarak, düşüncelerin ve olayların gerçekleşen doğal ortamında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konması olarak tanımlanır. Yani sosyal bilimlere konu olmuş olguları çevresi içinde değerlendirerek ve araştırarak kuram oluşturmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Kuram oluşturabilmek için araştırmacının esnek olması önemlidir ve tümevarıma dayalı bir yaklaşım benimsemesi gerekmektedir. Araştırmacı, nitel araştırma yürütürken; insanlarla konuşarak, onları gözlemleyerek, fotoğraf ve günlükleri bir araya getirerek araştırmanın problemine bütüncül bir bakış açısı kazandırmayı amaçlamaktadır (Kümbetoğlu, 2021, s.47; Yıldırım ve Şimşek, 2021, s.37).

Creswell (2014), nitel araştırmada, araştırmacı araştırmanın sorunu ile ilgili veriyi katılımcıların bulunduğu doğal ortamda toplamaya meyillidir. Nitel araştırmanın temelinde verilerin toplanmasında insanlarla konuşmak ve onları fiziksel ortamlarında gözlemlemek vardır. Dahası nitel araştırmada araştırmanın problemine yönelik literatürde yer alanlar ya da araştırmacının konu hakkındaki fikrinden ziyade, katılımcıların soruna attıkları anlam ön plandadır (s.185-186). Nitel araştırma yorumsamacı ya da anlatıcı temelden gelir ve insanların deneyimlerini derinden anlamayı hedefler (Krysiak, 2018,

s.135). Sosyal bilimlerde nitel araştırmanın amacı sosyal dünyayı ve onu oluşturan bireyleri anlamak ve araştırma sonucunda meydana gelen bulguları olduğu gibi aktarmaktır. Araştırmacı, nitel araştırma süresince sadece araştırmanın yürütücüsü olmaz aynı zamanda araştırma boyunca aktif bir katılım göstermektedir (Kümbetoğlu, 2021).

Bu çalışmada tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlerine odaklanmak hedeflendiği için fenomenolojik (olgubilim) nitel araştırma yaklaşımının kullanılmasına karar verilmiştir. Yıldırım ve Şimşek (2021), olgubilim (fenomenoloji) yaklaşımını, araştırmacının yabancı olmadığı ya da farkında olduğu bir olguyu derinlemesine ve ayrıntılı araştırma yapması için uygun olan bir desen olarak tanımlamıştır (s.66).

Creswell (2012), fenomenolojinin temel amacı bireysel düzeyde deneyimlenen olaylara evrensel düzeyde bir anlam kazandırmaktır. Araştırmacı, fenomenoloji deseni ile bir ya da daha fazla kişi tarafından deneyimlenen öyküleri rapor etmek amacıyla veri toplar ve toplanan bu deneyimlerin özünü anlatan bütüncül bir betimleme ile aktarır. Fenomenoloji sadece deneyimlerin araştırmacı tarafından betimlenmesi değil aynı zamanda yaşanan bu deneyimlerin yorumladığı bir süreçtir.

Patton (2001), fenomenoloji, günlük yaşam deneyimlerine ya da doğasına derin bir anlam kazandırmayı hedeflemektedir. Fenomenolojik desen sayesinde insanların araştırmanın konusu olmuş olguyu nasıl deneyimledikleri, nasıl algıladıkları ve nasıl betimlediklerine odaklanılmaktadır. Bu nedenle araştırmanın öznelere doğrudan bu olguyu deneyimleyen bireyler olmalıdır. Kısacası fenomenolojik bakış açısıyla araştırma yürütmek insanların deneyimlerine odaklanmaktır. Krysik (2018)'e göre fenomenoloji, insanların yaşam tecrübelerinin anlamını, özünü ya da bireylerin dünyadaki varlığına ilişkin algılarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Fenomenolojik desene göre insan davranışlarının şeyler, insanlar, olaylar ve durumlarla ilişkili olduğu düşünülür (s.151).

Bu araştırmanın fenomenini merhamet yorgunluğudur. Araştırmanın öznelere merhamet yorgunluğunu nasıl deneyimledikleri derinlemesine araştırılmıştır. Yine bahsi geçen fenomenin katılımcılar tarafından nasıl betimlendiği katılımcıların anlatımları

aracılığıyla belirlenmiş olup bulgular başlığı altında araştırmacının yorumu ile sunulmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖZNELERİ

Bu araştırmanın öznelere, Ankara ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında doğrudan müracaatçı grubuna sosyal hizmet müdahalesi sunan; en az bir yıllık deneyime sahip ve herhangi psikolojik ve fiziksel rahatsızlığı bulunmayan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarından gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyenler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme için amaçsal (maksimum çeşitlilik) örnekleme yönteminden fenomenolojik yaklaşıma da uygun olabileceği düşünüldüğü için kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kartopu örnekleme yöntemine göre araştırmacının problemine göre bu sorun hakkında en çok bilgi sahibi olan bireye ulaşması ile süreç başlar (Yıldırım ve Şahin, 2021). Krysik (2018), kartopu örnekleminde, araştırmacı veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar ilk araştırma öznelerinden potansiyel katılımcıları belirlemelerini ister. Katılımcı sayısı arttıkça toplanan yeni bilgi sayısı artar ve araştırma verileri zenginleşir. Kartopu örnekleme yöntemi örnekleme oluşturmak için etkili ve verimli bir yöntemdir (s.145; Patton, 2001, s.237).

Kümbetoğlu (2021), nicel araştırmanın aksine nitel araştırmada; araştırmaya başlamadan önce örnekleme sayısı kesin bir şekilde belirtilmemektedir çünkü nitel araştırmanın temsil edici olma özelliği bulunmamaktadır (s.46). Krysik (2018), nitel araştırma genellenebilir olmaktan ziyade insanların deneyimlerinin bazı açılardan derinlemesine anlaşılmasıdır bu nedenle araştırma öznelerine yeni bir bilgi ortaya çıkmayana dek ulaşılmaya devam edilir. Bilgilerin tekrar etmeye başlaması ile araştırma doygunluğuna ulaşılır ve veri toplama süreci sonlandırılır (s.138-139).

Araştırmanın öznelerinin belirlenmesi için araştırmanın problemi ve amacının yanı sıra etik hassasiyetler gözetilerek araştırmanın dışlanma faktörleri belirlenmiştir ve araştırma öznelerine bu faktörler göz önünde bulundurularak ulaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmaya

katılım tamamen gönüllük esasına dayanmıştır. Araştırmanın olgusunun merhamet yorgunluğu olması ve bu durumun kümülatif bir süreç sonucunda olduğu göz önünde alındığında katılımcıların en az bir yıllık sosyal hizmet alanında mesleki deneyimlerinin bulunması gerektiği kanaatine varılmıştır ve araştırma öznelerini en az bir yıllık deneyime sahip SHU'lar oluşturmaktadır. Ayrıca araştırma öznesinin psikolojik açıdan bir soruna geçmişte sahip olması yani psikiyatrik bir tedavi varlığında; yine katılımcının araştırma sürecine engel oluşturabilecek kronik bir hastalığa (kalp ve tansiyon rahatsızlığı, depresyon vb.) sahip olması durumunda araştırmadan dışlanmış. Öte yandan merhamet yorgunluğunun oluşumunda SHU'larının müracaatçıya ve travmatik öyküye maruz kalınması gerekmektedir bu nedenle doğrudan müracaatçı bireyler ile çalışmayan SHU'ları araştırmaya katılım göstermemiştir.

Bu bağlamda Ankara'da sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan deneyimli, fiziksel ve psikolojik bir rahatsızlığı bulunmayan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına ulaşılması ile araştırma süreci başlamıştır. Daha sonra süreç bir meslek elemanın diğer bir meslek elemanını önermesi ile tıpkı kartopu gibi büyüyerek devam etmiştir ve doyum noktasına ulaşması ile araştırma tamamlanmıştır.

3.2.1. Araştırma Öznelerinin Sosyo-Demografik Bilgileri

Araştırmanın öznelerini Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışmakta olan SHU'lar oluşturmaktadır. Yukarıda bahsi geçen dışlanma faktörleri ve araştırma doyumluğu, veri toplama süresince göz önüne alınmış olup 9 kadın 6 erkek toplam 15 sosyal hizmet uzmanına ulaşılmıştır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılım göstermiş katılımcıların isimleri ve kimlik bilgilerini açığa çıkarabilecek olan bilgiler etik hassasiyet göz önünde bulundurularak gizlenmiştir.

Öznelerin sosyo-demografik bilgilerine tabloda detaylı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Öznelerini Tanıtıcı Bulgular

Katılımcılar	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Bilgileri	Mesleki Deneyim Süreleri	Çalışma Alanları
A1	Kadın	26	Evli	Yüksek Lisans	4 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk • İhmal ve İstismar • Sosyo-ekonomik Destek
A2	Erkek	46	Evli	Lisans	18 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk • İhmal ve İstismar • Sosyo-ekonomik Destek
A3	Erkek	29	Bekar	Lisans	2 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk • İhmal ve İstismar • Sosyo-ekonomik Destek
A4	Kadın	37	Evli	Lisans	15 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Diyaliz Ünitesi • Organ Nakli • Genel Cerrahi Servisi

A5	Kadın	26	Bekar	Yüksek Lisans	1 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Onkoloji • Sosyo-ekonomik Destek
A6	Kadın	28	Bekar	Lisans	5 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Onkoloji • Palyatif
A7	Kadın	35	Bekar	Yüksek Lisans	8 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Yaşlı Birey • Kimsesiz Birey • Engelli Birey • Kronik Hastalar • Sosyo-ekonomik Destek
A8	Kadın	48	Evli	Lisans	17 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Kimsesiz Birey • Onkoloji • Palyatif • Sosyo-ekonomik Destek
A9	Kadın	29	Evli	Doktora	7 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk • İhmal ve İstismar

						<ul style="list-style-type: none"> • Sosyo-ekonomik Destek
A10	Erkek	45	Evli	Lisans	21 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk • İhmal ve İstismar • Sosyo-ekonomik Destek
A11	Kadın	42	Evli	Lisans	20 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Psikiyatrik • Sosyo-ekonomik Destek
A12	Erkek	41	Evli	Lisans	15 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Engelli Birey • Sosyo-ekonomik Destek
A13	Erkek	41	Evli	Lisans	13 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Onkoloji • Geriatri • Palyatif
A14	Erkek	34	Evli	Yüksek Lisans	11 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Refakatçi Desteği • Kurum Bakımına Yerleştirme

						<ul style="list-style-type: none"> • Sosyo-ekonomik Destek
A15	Kadın	49	Bekar	Yüksek Lisans	23 yıl	<ul style="list-style-type: none"> • Erişkin • Gazi ve şehit ailelerine psikososyal destek • Onkoloji • Geriatri • Çocuk

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Creswell (2014), araştırmacılar nitel araştırmada doküman incelemesi, davranışları gözlemleme ya da mülakat yoluyla olmak üzere üç şekilde verileri toplayabilirler (s.185). Fenomenolojik yaklaşımın en önemli veri toplama aracı araştırmacının olgusunu deneyimleyen bireylerle görüşme-mülakat yapmaktır (Creswell, 2014, s.14; Krysik, 2018, s.152; Patton, 2001; Yıldırım ve Şimşek, 2021, s.68).

Bu araştırma kapsamında nitel araştırma yönteminden fenomenolojik desenin benimsenmesi sebebiyle araştırmacının verileri, araştırmacı tarafından araştırmacının sorun alanı ve amacına özgü olarak hazırlanmış sosyo-demografik özellik sorularının dahil edildiği yarı yapılandırılmış görüşme formu eşliğinde SHU'ları ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilerek toplanmıştır.

Araştırmacının sorun alanına ve amacına uygun olarak literatürde yer alan bilgiler taranarak iki bölümden oluşan görüşme formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

- Görüşme formunun ilk bölümünde araştırma öznelerinin sosyo-demografik bilgilerini öğrenmek amacıyla yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi kişisel bilgilerin sorulduğu bölüm yer almaktadır.
- İkinci bölümde ise açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formuna yer verilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ise tıbbi sosyal hizmet alanına ilişkin mesleki bilgilere ve merhamet yorgunluğu deneyimlerine ilişkin soruların yer aldığı 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. Mesleki bilgiler kısmında hastanede çalışılan birim, hizmet süresi, sıklıkla karşılaşılan müracaatçı grubun özellikleri, alınan mesleki eğitimler gibi sorulara yer verilirken; araştırmanın fenomeni olan merhamet yorgunluğuna ilişkin soru bölümünde ise merhamet yorgunluğunun bireysel ve örgütsel nedenleri, karşılaşılan vakalar, travmatik özgeçmişe sahip olma, görüşme esnasında verilen empatik tepki ve baş etme stratejilerinin neler olduğuna dair sorulara yer verilmiştir. Görüşme formuna eklerde yer verilmiştir (EK 4).

3.4.VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Bu araştırma Ekim 2021’ de başlamıştır. Araştırmanın verileri Haziran 2022- Ağustos 2022 tarihleri arasında Ankara’da toplanmıştır. Araştırmada hastanelerde çalışmakta olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının maruz kaldıkları merhamet yorgunluğunun derinlemesine incelenmesi amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu eşliğinde derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Merhamet yorgunluğunun dolaylı açıdan travmaya maruz kalınmasıyla ve empatik bir ilişki sonucunda ortaya çıktığı bilinmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda veri toplama sürecinde hastanelerin tıbbi sosyal hizmet birimlerinde çalışan ve doğrudan müracaatçı grubuna hizmet sunan sosyal hizmet uzmanlarına ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından kartopu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma bulgularının çeşitlenmesi açısından Ankara’da bulunan farklı kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan profesyoneller ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Dahası görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarının farklı müracaatçı gruplarına da hizmet sunuyor olmasına araştırmayı sonuçlarının zenginleşmesi açısından önem verilmiştir.

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır (EK 2). Veri toplama süreci araştırmanın konusu bağlamında hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formunun geliştirilmesi ve anlaşılabilirliğini gözlemlemek adına 1 kadın 2 erkek toplam 3 sosyal hizmet uzmanı ile pilot görüşme gerçekleştirilmesi ile başlamıştır. Öznelerden, araştırma soruları hakkında geri bildirim istenmiş olup; soruların anlaşılabilir, kapsayıcı olduğu ifade edilmiştir. Pilot görüşmeler sonucunda aynı görüşme formunun kullanılmasına karar verilmiştir. Pilot görüşmeler esnasında gerçekleşen görüşmeler araştırma kapsamında kullanılmamış olup; veri toplama sürecinde 2 sosyal hizmet uzmanı ile yeniden görüşülmüştür. Veri toplama süreci doygunluk seviyesine ulaşana kadar devam etmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılım göstermeyi kabul eden SHU'lara araştırma problemi ve amacı hakkında ön bilgilendirme yapılmış ve araştırma öznelerin uygun olduğu gün ve saatte görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürecince görüşmelerin tamamı sosyal hizmet uzmanlarının uygunluk durumuna bağlı olarak hastane ortamında yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Araştırma öznelerinin izni dahilinde ses kayıt cihazı veri toplama süresince kullanılmıştır. Görüşmeler yaklaşık 35 dakika sürmüştür.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Nitel analiz ortaya çıkan verileri bulgulara dönüştürme yoludur ve bu işlemi yapmak için sabit bir formül yoktur yani veri analizi boyunca kullanılacak adımlar belirlenebilir fakat her koşulda geçerli bir reçeteden bahsedilemez. Niteliksel veri analizi çeşitlilik, yaratıcılık ve esneklik özelliklerinin tamamını kapsamaktadır. Nitel verinin analizinin temelinde yeni kavram ve kuramların meydana gelebilme ihtimalinin varlığından dolayı nicel veri analizinin aksine nitel veri analizi standartlaştırılmamalı ve araştırmacıyı sınırlamamalıdır. Nitel araştırmalarda analiz bölümü araştırmanın en önemli safhasıdır çünkü veri analizi karmaşık ve kendini yineleyen bir süreçtir. Nitel veri analizi, verilerin toplanması ile başlar ve analiz süreci ile veri toplama süreci iç içe geçerek verilerin, temalar ile anlamlı bağlantısını kurulması ve kodlanmasını içeren bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Yani tüm bu süreçler bir sarmal gibi örülmektedir ve kodlama

nitel veri yığını içinde araştırmacıya bir pusula görevi üstlenmektedir (Creswell, 2012; Kümbetoğlu, 2021, s.151-152; Patton, 2001 s.432; Ravindran, 2019, s.40-41; Yıldırım ve Şimşek, 2021, s.239-240).

Bu araştırmada elde edilen veriler niteliksel araştırma analiz yöntemlerinden biri olan tematik analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Hastanelerde çalışmakta olan SHU ile yürütülen bu araştırmada, araştırma öznelinin izni dahilinde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Veri analizi 15 kişiden toplanan ses kayıtlarının deşifre edilmesi ile başlamıştır. Ses kayıtlarının deşifresi esnasında araştırmacı gözlemlerine de yer vermiştir. Tüm ses kayıtlarının deşifresinin tamamlanmasının ardından araştırmanın güvenilirliğini arttırmak amacıyla araştırmacı ses kayıtlarının ve ses kayıt deşifrelerin üzerinden bir kez daha geçmiştir. Araştırmada tematik analiz yöntemi benimsenmiş olup; ses kayıt dokümanları defalarca okunmuştur ve araştırmacı tarafından benzerlikler ve farklılık gösteren noktalar belirlenmiştir. Daha sonra MAXQDA kodlama programı ve manuel kodlama yöntemi kullanılarak araştırmanın sorun ve amacına uygun olarak ana ve alt temalar belirlenmiştir. Son aşamada, veriler uygun ana ve alt temalar altında toplanmıştır ve literatürde yer alan diğer araştırmalar ve araştırmacının yorumu da kullanılarak bütünsel bir bakış açısıyla sunulmuştur.

Veri analizi sonucunda 3 ana tema ve bu ana temalar ile ilişkili 10 alt tema ortaya çıkmıştır. Tablo 3'te temalar ile detaylı bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmanın Ana ve Alt Temaları

Ana Temalar	Alt Temalar
Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışmak	Rol ve Sorumluluklar
	Hastanede Karşılaşılan Vakalar
	Mesleki Doyum
Travma Mağduru Bireylerle Çalışmak	Bakım Yüğü (Cost of Care)

	Empatik Yaklaşım
	Kişisel Yaşama Yansımaları
	Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Baş Etme Stratejileri
Psikososyal Destek Hizmetlerine Olan İhtiyaç	Süpervizyon
	Kurumlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon

3.6. ETİK HASSASİYETLER

Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 20.06.2022 tarih ve E-35853172-300-00002244028 sayılı yazı ile araştırmanın yürütülmesi için etik izin alınmıştır (EK 2).

Görüşme yürütülecek SHU'lara araştırma öncesinde Gönüllü Katılım Formu (EK 3) ile araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Araştırma sürecince araştırmadan vazgeçilmesi durumunda herhangi bir yaptırım ile karşılaşılmayacağı ve araştırma süresince ve sonrasında araştırma konusu ile ilgili her türlü sorunun araştırmacı tarafından yanıtlanacağına dair bilgilendirme yapılmıştır. Araştırma süresince etik hassasiyet ve gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılım göstermiş SHU'ların kimlik bilgilerinin ortaya çıkmaması ve mahremiyetlerinin korunması amacıyla araştırma öznelerinin isimleri yerine rumuz kullanılmıştır. Araştırma veri toplama süresince, araştırma öznelerinden alınan onam dahilinde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Sonuç olarak araştırma süreci boyunca etik hassasiyetler araştırmacı tarafından benimsenmiş ve gözetilmiştir.

3.7. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma süreci Ekim 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Ekim 2021-Mayıs 2022 arasında literatür taraması; Haziran 2022-Ağustos 2022 arasında veri toplama; verilerin analizi ve kodlanması Ağustos 2022-Aralık 2022 arasında

gerçekleştirilmiştir. Araştırma süresince ortaya çıkan tüm ekonomik gereksinimler araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır.

4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUMLAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma problemini anlamlandırmak ve araştırmanın amacı doğrultusunda toplanan verilerin, analizi sonucunda elde edilen bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir. Araştırma sonucunda üç ana tema ortaya çıkmıştır. Bu ana temalar:

- a) **Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışmak:** Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmak ile ilgili profesyonellerin görüşleri, sıklıkla karşılaştıkları vakalar ve hastane ortamındaki rol ve sorumlulukları ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişki bu başlık altında değerlendirilmiştir.
- b) **Travma Mağduru Bireylerle Çalışmak ve Muhtemel Sonuçları:** Hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanları travmatik öyküye sahip bireylere de hizmet sunmaktadır. Travmatik yaşam deneyimine sahip bireylerle çalışmanın sonucunda ise meslek elemanları merhamet yorgunluğunu meydana getirebilecek risk faktörlerine karşı açık hale gelebilmektedir. Dolayısıyla bu bireylerle çalışmanın sonucunda meydana gelen durumlar bu ana tema altında ele alınmıştır.
- c) **Psikososyal Destek Hizmetlerine Olan İhtiyaç:** Tıbbi sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları alan gereği merhamet yorgunluğunu meydana getirecek risklere karşı açıktır. Bu başlık altında risk faktörlerinde koruyucu olabilecek süpervizyon desteği ve kurumlar arası koordinasyon faktörlerine detaylı bir şekilde yer verilmiştir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlere giderek önem kazanmaktadır. Dolayısıyla bu konu çalışmanın ana temalarından birini oluşturmuştur.

4.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA ÇALIŞMAK

Bu ana tema altında tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan meslek elemanlarının doğrudan müracaatçı grubu ile çalışmakla ilgili görüşlerine ve anlatılarına yer verilmiştir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları, tıbbi sosyal hizmet alanında karşılaşılan vakalar, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki doyumu konuları öznelerin anlatıları aracılığıyla detaylı bir şekilde alt temalarda açıklanmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmak ile ilgili profesyonellerin görüşleri incelendiğinde, öznel mesleği severek yaptığını ve doğrudan müracaatçı ile iletişime geçmenin pozitif ve negatif yönleri olduğunu dile getirmişlerdir.

“Sevmeden yapılabilecek bir iş değil oldukça yorucu ama son derece insani yönden doyumu yüksek olan maddi kazançlarından çok manevi kazançları olduğunu düşündüğüm bir meslek...diğer taraftan bu hizmetin vericisi konumundayken her daim alıcı konumda olabileceğimiz bir alandayız ondan sonra nasıl söyleyim çocuk alanında çocuk destek merkezlerinde çalışan bir meslek elemanı bu hizmetin alıcısı konumunda olamaz günün birinde başına böyle bir iş gelmez ama bu hepimiz için burada (hastanede) geçerli deneyimlediğimiz de oluyor bunu o sebeple insanı uygulamalarından biraz da zorlayan bir süreç aslında geçmiş deneyimlerimiz göz önünde bulundurulduğunda maalesef böyle bir şeyi var.” (A4, K, 34).

Özne A4, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmanın endişe verici bir yanı olarak her an bir sağlık kaybı yaşanabileceğini ve bu hizmetin sağlayıcısı konumundan; bu hizmetin faydalanıcı konumuna düşme düşüncesinin zorluğunu vurgulamıştır. Benzer şekilde Kim ve diğerleri (2021), tarafından yürütülen araştırmada da çoğu katılımcının kendi sağlıkları hakkında aşırı endişeli oldukları ve hatta paranoyaya sahip olduklarını görülmüştür. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları kanser hastaları ile çalışmaktadır ve kanserin hayat üzerindeki etkisini ve diğer kanser ile ilişkili bilgileri bilmelerinin negatif bir sonucu olarak kendi sağlıkları üzerinde çok fazla düşünmelerine ve endişelerinin artmasına neden olduğunu belirtmiştir. Sosyal hizmet uzmanları **“müracaatçının hikayesi bir gün benim hikayem olabilir”** fikrinden korkmaktadır (s.638-639).

*“Mesleğim hakkında düşüncelerim açıkçası lisans dönemiyle iş dönemi arasında farklılıklar var pratikte tecrübe ettiğiniz şeyler daha farklı oluyor insanların yine size kattıkları şeylerde daha farklı oluyor şöyle söyleyebilirim insan ilişkileri daha çok tanımayı, anlamayı ve dinlemeyi gerektiriyor; **kitaplardan okuduklarımızda bize daha çok teorik bilgiyi sağlıyor insanları tanıdıkça mesleğimi daha çok sevdiğimi söyleyebilirim** ama yapılması gerekenden daha çok şey olduğunu fark ettim ve kendime sürekli bir şeyler katmam gerektiğini düşünüyorum hala.” (A5, K 26).*

“Hastanede çalışmayı ben seviyorum müracaatçıyla ilk elden çalışmak ve birebir çalışma onların sorunlarını ilk elden tespit edip çözüm bulmak güzel. Mesleki tatmini çok yüksek. Bu anlamda faydalı olmak ve yapılan sağlık hizmetinin kalitesini

artırmak, doktorları ve diğer sağlık hem de faydalanmak hem hasta açısından hem de sağlık ekibi açısından değerli görünmek güzel.” (A7, K, 35).

“Seviyorum yani yorucu, tüketici bir işimiz var ama seviyorum. Ülkemizdeki sosyal politika eksikliklerimiz, hizmet alanındaki eksikliklerimiz yoruyor bizi, tüketiyor hani her şeyi gönül ister ki herkese her şekilde yardım edelim ama tıkanıtığımız yerler olduğu için tükendiğimiz noktalar tabii ki de fazla. Maalesef biz sosyal hizmet uzmanlarının hayatı mücadeleyle geçiyor yani bunun doğrusu bu deyip oturursan olmuyor mücadele edeceksin.” (A11, K, 42).

Fox ve diğerleri (2021), tarafından yapılan araştırmada bir sosyal hizmet uzmanı hastanede çalışmanın doğasında tükenmişliğin olduğunu ifade etmiştir. Hastane ortamında çok fazla travma mağduru bireyle çalışmanın ve destek mekanizmanın eksikliğinden dolayı uygulama alanında güçlükler yaşadıklarını belirtmiştir (s.28).

“Yani hastane içerisinde açıkçası bilinirliği yavaş yavaş raya oturan bir meslek dolayısıyla bu noktada da bizim meslek elemanlarımızın ve birlikte çalıştığımız arkadaşların daha fazla özveri göstermesi gerekiyor yani hiçbir iş yapılmadan emekliliğe kadar oturulabilecek bir meslek hastane sağlık açısından çünkü konsültasyonla çalışıyoruz konsültasyon atayanlar da doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelleri senin mesleğini bilmezlerse sana konsültasyon atamazlar; konsültasyon gelmezse de iş yapmazsın.” (A14, E, 34).

Sosyal hizmet uzmanları hastane ayakta ya da yatarak tedavi gören bireylere psikososyal destek hizmeti sunarken karşılaştıkları vakaların duygusal yüklerini de üstlenmektedir. Nitekim bu durum meslek elemanlarının hem mesleki yaşantılarını hem de sosyal yaşantılarını olumsuz etkileyebilmektedir.

4.1.1. Rol ve Sorumluluklar

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastaneye başvuran ve psikososyal-sosyoekonomik destek talebi olan hasta ve yakınları ile doğrudan çalışmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının travmatik ve örseleyici bir öyküye sahip olmaları ise dolaylı açıdan sosyal hizmet uzmanlarını farklı açılardan etkilemek ile beraber sosyal hizmet uzmanlarının pek çok rol ve sorumluluğu üstlenmesine sebep olmaktadır.

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarının kapsamı ve sınırları Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi ile ulusal bir düzeyde çizilmiştir. Öte yandan hastanede çalışan meslek elemanları ulusal mevzuatta yer alan 5395 sayılı “Çocuk Koruma Kanunu”, 5378 sayılı “Engelliler Hakkında Kanun” dan vaka yönetim sürecinde faydalanmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları ise rol ve sorumluluklarını aşağıdaki gibi betimlemiştir:

“Tıbbi sosyal hizmet kapsamında olan her şeyi biz yapıyoruz hani bu barınma ve yerleştirme de dahil olmak üzere bu ihmal istismara çok fazla müdahale ediyoruz, sağlık tedbirleri 5395 kapsamında çalışıyoruz. 5395’te ihmal ve istismara uğramış çocukların ihtiyaçlarını karşılamak daha fazla örselenmelerini engellemek için çalışıyoruz bunun dışında kimsesiz, bakıma muhtaç ya da şüphe uyandıran davranışlarda bulunan kişilerle de çalışıyoruz.” (A9, K, 29).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hasta ve yakınları ile hastane ve hastanede çalışan diğer meslek elemanları ve diğer hizmet sağlayıcılar arasında köprü görevi üstlenmektedir. Sağlık kurumlarında hasta merkezli tedavi sağlanmasını ve hastanın bütüncül bir sağlığa kavuşmasında rol alır (Davidson, 1990; Gehlert ve diğerleri, 2019; Maramaldi ve diğerleri, 2014).

Gehlert ve diğerleri (2019), sosyal hizmet uzmanları sağlık sistemi içerisinde ekonomik ve çevresel stres faktörlerini ele alarak hastaların tedavi sürecine uyumunu destekler.

*“Hastanede çalıştığımız için **hastaneye ve tedaviye uyum süreci** en çok karşılaşılan bu zaten hani hem sosyal hem ekonomik hem pek çok sorun alanını da beraberinde getirdiği için kişinin hastalığı hepsini sayabiliriz ama en ağırlıklı dediğim gibi hastalığa ve hastaneye tedaviye uyum süreci. Hastalarla birebir ben diyaliz ünitesinde ve genel cerrahi servisinde ve organ nakli servisinde çalışıyorum. Bu servislerde diyalize yeni başlayan hastalara yaşamlarının bundan sonrasında birebir öncekiyle aynı olmayacağı için ve bu kronik bir hastalık olduğu için tedavisi olmadığı için buna uyum sağlama süreçlerinde yol gösterici olmaya çalışıyorum psikososyal destekleme yoluyla bunu yapmaya çalışıyorum diğer hasta yakınları diğer meslek grupları ile birlikte ekip halinde bunu yapıyoruz **hasta yakınlarıyla grup çalışmaları** yapıyoruz yatan hasta servislerinde genelde kanser hastalarıyla çalışıyorum ve organ nakli hastalarıyla çalışıyorum. Organ nakli olduktan sonra kişilerin yaşantısındaki yine **köklü değişim üzerinde bilgilendirme** yapıyorum yönlendirme yapıyorum **engelli haklarıyla ilgili iş yeri ile emekli olacaksa malulen emeklilik süreciyle** ilgili bilgilendirmeler yapıyorum.” (A4, K, 34).*

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları oldukça kapsamlıdır. Hastaların ve yakınlarının konaklayacak yer bulmaları konusunda diğer kurum ve kuruluşlar ile iletişime geçmek. Ekonomik yoksunluk yaşayan hastaları kaynaklarla buluşturmak, kurum bakımına yerleşecek hastalar için kurumlar ile iş birliği gerçekleştirmek, sağlık tedbiri kapsamında danışmanlık hizmeti vermek. Tüm bu hizmet sunumlarında sosyal hizmet uzmanları, travma mağduru müracaatçıyla doğrudan iletişime girmektedir ve müracaatçıların travmatik anlatılarına ortak olmaktadır.

*“Hastanedeki rol ve sorumluluklarımız bazen hastalarımız uzak memleketlerden gelenler özellikle **konukevi konusunda problem yaşıyorlar onların bilgilendirmesini yapıyoruz** aynı zamanda yine buraya gelen çeşitli ihtiyaç sahipleriyle ya da servislere çıkıp belirlediğimiz ihtiyaç sahipleriyle **sosyo-ekonomik bir değerlendirme yapıp yönlendirme yapıyoruz** hangi kaynaklardan destek alabilirler nerelere başvurabilirler nasıl bir dönüt alırlar şeklinde eğer bir psikolojik bir destek isterlerse psikoloğumuz var hastanenin içinde ona yönlendirebiliyoruz ya da **biz temel düzeyde psikolojik bir destek sağlayabiliyoruz** daha çok ön görüşme gibi bu şekilde.” (A5, K, 26).*

*“Kimsesiz, engelli, yaşlı, yoksul, sosyoekonomik durumu daha düşük genelde bunlarla çok karşılaşırız; kronik hastalar... işte **müracaatçı gruplarının müdahaleden daha etkin yararlanması için doktorların ve sağlık ekiplerinin çözemediği sorunları biz çözüyoruz** daha çok; onların ailevi durumlarında sıkıntılar varsa onları çözüyoruz refakatçi ihtiyaçları varsa onlara yardımcı oluyoruz, maddi sıkıntıları varsa mesela şehir dışından gelir kalacak yeri yoktur, maddi sıkıntısı vardır onla ilgili yazışmaları yapıyoruz valiliğe, kaymakamlığa yazıyoruz kalacak yer konusunda yardımcı oluyoruz; gidecek hiçbir yeri yoktur sokakta kalıyordur yaşına göre, sağlık durumuna göre huzurevi ya da bakım evine yerleştirilmesini sağlıyoruz; psikiyatrik durumuyla ilgili rapor gerekiyordur onunla ilgili sosyal inceleme yapıyoruz bu şekilde.” (A7, K, 35).*

*“Hastanedeki rol ve sorumluluklarımızda bu kişileri **kaynaklarla buluşturmaya çalışıyoruz kurumlar arası koordinasyonları sağlıyoruz** daha sonra aileyle ilgili sorunları falan varsa aileyi bir araya getirmeye çalışıyoruz, hastanedeki iş birliğimize devam ediyoruz ekiple mesleğimizi tanıtmaya çalışıyoruz yaptığımız hizmetlerle, rehberlik yapmaya çalışıyoruz o şekilde diyebiliriz.” (A8, K, 48).*

Sosyal hizmet uzmanları sadece hastane içindeki birimlerle koordinasyon sağlamamaktadır. Hastaların ve ailelerinin iyilik halini arttırmak amacıyla diğer kurum ve kuruluşlarla da iş birliği içinde çalışma yürütmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hasta ve yardım kuruluşları arasında bir “köprü görevi” üstlendiği görülmektedir.

“Tıbbi sosyal hizmet biriminde çalışıyorum onun gerekli alanında çalışıyorum arkadaşlarımla iş bölümü yaptık belli şeyleri paylaşıyoruz genelde hastaneye gelen ihtiyacı olan sosyo-ekonomik düzeyi düşük, engelli, dediğim gibi şiddete uğramış hastaların iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapıyoruz.” (A12, E, 41).

Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi (2011)’e göre de sosyal hizmet uzmanları tedavi sürecinin tamamlanmasın ardından kimsesiz ya da aileleri tarafından hastaneden alınmayan hastaların taburculuk sonrası yerleşebileceği kurumlar ile koordinasyonunu sağlamak için de çalışmalar yürütmektedir.

“Şehir dışından gelen hastalar, burada hastaneye terk edilen vakalar oluyor çoğunlukla geriatri, palyatif bizden olduğu için. Yoğun bakımlar bizde olduğu için daha çok kurum yerleştirmesi onun dışından da şehir dışından gelen onkoloji hastalarının takibi üç ayda bir yapıldığı için kalacak yer sıkıntıları oluyor onları çözmeye çalışıyoruz genellikle bunlar. Bazen organ nakli, doku nakliyle ilgili de incelemelerimiz oluyor.” (A13, E, 41).

Sosyal hizmet uzmanlarının vaka yönetim sürecinde benimsedikleri yaklaşımlardan biri krize müdahaledir. Krize müdahale yaklaşımı ile var olan kriz durumuna hızlı bir şekilde müdahale edilerek müracaatçı ve müracaatçı yakının baş etme mekanizmasının artmasına ve sorunun derinleşmesinin önüne geçmektedirler. Öznelerden A15’de hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının da krize müdahale yaklaşımını benimsediğinin altını çizmiştir.

“Bizim rolümüz ne ben ilk başta aslında şöyle görüyorum gerçekten de öncelikle bizim rolümüz krize müdahale. Sorumluluk alanımız net bir şekilde çizilmemiştir zaten biz sosyal hizmet uzmanlarının en büyük handikabı ve ağrısı-sancısı budur sorumluluk ağız bizim net çizilmemiştir ama ben burada meslek elemanına da bir asıl sorumluluğumuz mesleği doğru tanıtmak, iyi tanıtmak alanını iyi çizmek bunu iyi vererseniz yönetime ve üst kademeye size ona göre zaten muamele yapılıyor.” (A15, K, 49).

4.1.2. Hastanede Karşılaşılan Vakalar

Sosyal hizmet uzmanları hastanede travmatik yaşam deneyimine sahip bireyler ile birlikte çalışmaktadır. Travmatik yaşam öyküsüne ek olarak bireylerin fiziksel sağlıklarında da noksanlıklar olması sonucunda kümülatif bir sorun ağı meydana gelmektedir.

Profesyoneller genellikle yoksulluğa bağılı sosyal sorunlarla iç içe geçmiş şiddet, ihmal ve istismar, intihar vakalarıyla çalıştıklarını dile getirmişlerdir.

Sosyal hizmet uzmanlarının verdikleri cevaplar derinlemesine incelendiğinde travma mağduru birey ile çalışma sonucunda travmaya dolaylı yoldan maruz kaldıkları ve vaka yönetim sürecinde karşılaştıkları makro boyuttaki sorunlar nedeniyle de merhamet yorgunluğuna maruziyet durumunun meydana gelebileceği düşünülmektedir.

“Bütün sosyal hizmet uygulamaları merhamet yorgunluğuna neden oluyor tıbbi sosyal hizmet uygulamaları da yani çalıştığımız alan özellikle hastanedeki gelen vakalar belli çocuk, kadın, şiddet, istismar, yoksul, kimsesiz işte yaşlı istismarı oluyor diğer hastanelerde de bunların hepsi zaten zor olanlar, en kötü olanlar toplumun sosyal sorunu olarak adlandırdığımız alanlar; sorunla çalışıyoruz hani bir hastalık değil dokunuyorsun iyileşiyorsun değil yorucu hani en yüksek alanlardan biri tükenmişliğin en yüksek alanlarından biri olduğu zaten tespit edilmiş dile geliyor sürekli yorucu yani ben mesela ilerde mesleğimi uzun süre devam ettirebileceğimi düşünmüyorum ben nasıl söyleyeyim işimi çok seviyorum ama akademide devam etmenin beni daha çok motive edebileceğini ve alana daha fazla fayda sağlayabileceğimi düşünüyorum.” (A9, K, 29).

Öznelardan A9, toplumda var olan sosyal sorunlar ile doğrudan çalışmanın meslek elemanlarında yorgunluğa neden olabileceğini ve dahası mesleğe devam etme isteğini olumsuz olarak etkileyebileceğinden bahsetmiştir. Bu alıntı göz önünde tutulduğunda sosyal hizmet uzmanlarının sosyal sorunlarla çalışmasının merhamet yorgunluğunun risk etmenini oluşturabilmektedir. Hablemitoğlu ve Özmete (2012), sosyal hizmet mesleğinin bir getirisi olarak uzmanların merhamet yorgunluğuna maruz kalabileceğini ifade etmiştir ve Bourassa (2009; akt: Hablemitoğlu ve Özmete, 2012), travma mağduru bireylerle çalışmak ve bakım vermenin “psişik maliyeti” merhamet yorgunluğu neden olabileceğini belirtmiştir (s.183).

Kreitzer ve diğerleri (2020), sosyal hizmet uzmanları toplumda dezavantajlı konumda bulunan bireyler ile çalışır ve toplum sosyal hizmet uzmanlarından bu sorunları çözmelerini bekler ki bu durum merhamet yorgunluğunun kaynağı olabilecek çatışmaları da meydana getirebilir (s.1951).

Kim ve diğçerleri (2021), tarafından yürütölen araştırmada da sosyal hizmet uzmanlarının dolaylı yoldan maruz kaldıkları travmatik öykülerden dolayı müracaatçılardan kaçındıkları görölmüştür. Araştırma öznelerinden birisi:

“...sosyal hizmet uzmanı olmaktan gurur duyuyorum ama yetişkin hastalarla çalışmaktan dolayı stres seviyem artıyor ve kendimi ve çalışmamı ödüllendirecek motivasyonunun kaybı oldu” demiştir (s.641).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları psikososyal müdahale, sağıık tedbiri takibi, mental sağıık sunumu ve fiziksel ihtiyaçların karşılanması için hastanelerde kilit role sahiptir (Yi ve diğçerleri, 2019, s.970).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları farklı sosyal soruna sahip ve sağıığı açısından risk altında bulunan bireylerle çalışmaktadır. O’ Donnell ve diğçerleri (2008), sosyal hizmet uzmanları toplum tarafından görünmeyen birey ve sorunları görünür kılmaya odaklanır (s.30). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları vaka türleri ise şu şekilde dile getirilmiştir:

“Eeee dediğim gibi çocuk ihmal ve istismarıyla gelenler olabiliyor eee düşük sosyo-ekonomik sınıftan olabilir maddi anlamda zorluk yaşıyor olabilir engellilik olabilir yine tıbbi sosyal hizmetin alt dallarından olan şeyler genelde bizim çalıştığımız alanlar yani. Yani şöyle sosyal hizmet biriminde dediğim gibi genelde ihmal ve istismarla bir şekilde temas etmiş çocuklar ve aileleriyle çalışıyoruz yani onların bildirimlerinin yapılması, takiplerinin yapılması işte koruyucu destekleyici kararlardan yararlandırılması ile ilgili hani raporların hazırlanması sürecine dahiliz ve vaka yönetim süreçlerinde varız onun dışında uuu komisyon anlamında işte dediğim gibi x kuruluna üyeyiz o kurulda aslında ihmal istismar var ama daha sıkıntılı bir vaka vardır daha çok bölümün gördüğü tıbbi alanda bir vaka vardır daha çok paydaşın olduğı zamanlarda o kurulu topluyoruz o tür bir komisyon onun dışında yine koruyucu ve destekleyici kararları hem biz istiyoruz buradan danışmanlık, sağıık, bakım fark etmez hem de sağıık tedbir kapsamında olanların da takibini yapıyoruz. İşte yine onlarla uğraşıyoruz onun dışında hasta ve aileleri ile görüşme sadece ihmal ve istismar dışında da yani bazen tıbbi sürece uyum sağlamakta zorlanabilir işte buradaki süreçleri bilmeyebilir işte burada il dışından çok fazla hasta var işte kalacak yer sıkıntısı olabilir, maddi anlamda bir sıkıntı olabilir aslında hani onların tıbbi sürecini etkileyeceğini düşündüğümüz yani sosyal durumların hepsinde bir şekilde dahil oluyoruz gibi bir süreç var.” (A1, K, 26).

“Kimsesiz, engelli, yaşlı, yoksul, sosyoekonomik durumu daha düşük genelde bunlarla çok karşılaşırız; kronik hastalar.” (A7, K, 35).

“Sorun alanları genelde: kalacak yer, sosyal güvence, maddi imkansızlıklar ya da tıbbi cihaza ihtiyaçları varsa onlar oluyor.” (A8, K, 48).

“Öncelikle sağlık tedbirlerini takip ediyoruz zaten ondan sonra onların sağlık muanelerini takip ediyoruz daha çok ihmal istismar vakaları çok geliyor intihar vakaları çok geliyor. Onun dışında da sosyal yardım anlamında da aynı nakdi yardım yapılması anlamında hastaların ihtiyaçlarının giderilmesi manasında öyle işler geliyor genellikle.” (A10, E, 45).

Öte yandan gerçekleştirilen görüşmelerde sosyal hizmet uzmanlarına haftalık karşılaştıkları vaka sayısının, meslek elemanını ne yönde etkilediği sorulmuştur. Öznelerin anlatılarına göre niceliksel olarak vaka sayısının fazla olmasının kendilerinde herhangi bir merhamet yorgunluğuna neden olmadığı fakat karşılaşılan vaka türlerinin kendilerini fiziksel ve psikolojik açıdan etkilediğini belirtmişlerdir. Hablemitoğlu ve Özmete (2012), sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları vakalarda sempatik bir ilişki kurmadıklarını dolayısıyla içselleştirmediklerini; fakat yapılan işin niteliğinden kaynaklı kendilerini yorgun hissettiklerini saptamıştır.

“Şimdi şöyle bizdeki vakalar nedir konukevidir, ekonomik destektir bunlar daha o anlık halledip 5 dakikada aslında planı çizebileceğiniz vakalar ama ihmal istismar vakası olduğu zaman evet o 50 vaka ama birikerek ilerleyen de bir süreç var mesela bir vakayı alırsın 2 ay sürer 2 ay boyunca sen o vakayla içli dışlı olduğun bir yer var yani o yüzden biz çok vaka sayısı da belirtiyoruz baktığında 50 bile farazi bir rakam 20'ye bile düştüğü de olabilir mesela daha arttığı da olabilir. Elbette ki vakanın mesela şöyle de bir şey var ihmal istismar vakası geldi ama aynı zamanda 4 vaka daha geldi bu sefer senin o uzun soluklu vakaların o kadar çok seni sıkıştırıyor ki gün içinde başka hiçbir yere vakit ayıramayabiliyorsun odaya bile gelemesin, sürekli görüşme yapmak zorunla kalabilirsin bu da tabii fiziksel yorgunluk bizde biraz daha şey olsa da oraya gir buraya git o kişiyle konuş bu tür fiziksel bir yorgunluk var ama duygusal ve o bilişsel yorgunluk çok daha farklı bir şey çünkü bunları yaparken de bir taraftan süreç ile ilgili ne yapabilirimi düşünüyorsun ve o hani belli bir zamana yayabildiğin bir şey değil yani sabahta düşünürsün akşam işten sonrada düşünürsün her zaman aklında olan bir soru işareti olur.” (A1, K, 26).

“...vaka çeşitliliği vaka yoğunluğu bir kimsesizle uğraşırken, şiddet geliyor, şiddetle uğraşırken psikiyatri aile görüşmesi böyle kendini dinleyemiyorsun sürekli kafanda iş planıyla geliyorsun ama diğer daha az hastaneler belki daha verimli olabilir hani bilmiyorum ama biz de bir tükenmişlik var.” (A11, K, 42)

Yi ve diğerkleri (2018), tarafından hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yürütölen araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının iş yükünün çok fazla olduğu ortaya konmuştur. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki sorumluklarını yerine getirmek için hiç oturmadan ve durmadan çalıştıkları ve bunun sonucunda stres seviyelerinin arttığı saptanmıştır (s.674).

Yi ve diğerkleri (2021), sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına destek olmak ister fakat çok fazla iş yükünden kaynaklı yeterli desteği müracaatçılarına sunamamaktadır. Nitekim, destek olma ve çok fazla vaka yükü arasındaki yaşanan bu çatışma durumu sosyal hizmet uzmanlarının duygusal açıdan yorgun hissetmesine neden olmaktadır.

“...etkiliyor o anlamda hani vaka sayısının fazla olması değil vakayla çalışırken çözüm bulup bulamamak bizim için daha en azından benim için daha önemli.” (A2, E, 46).

“Niceliksel bir fazlalık aslında pek yormuyor çünkü gördüğümüz vakaların içeriğine göre o yorgunluk şekillenebiliyor yani mesela bazı günler çok fazla sayıda hasta ve hasta yakını ile görüşebiliyoruz bu çok yormazken bazen sadece gün içerisindeki bir vaka bütün enerjinizi sömürebiliyor bu biraz daha uğraştığınız vakanın niteliksel özelliklerine göre değişebiliyor. Travma mağduru bireylerle çalışmak daha yorucu oluyor.” (A3, E, 29).

“Şimdi sosyal hizmetteki vakalar ya da danışanlar, müracaatçılar diğerk meslekler gibi değil mesela doktor günde 50 kişiye bakabilir ama günde 3 ameliyat yapabilir ve çok yorulur bizimki de süregelen işler olduğu için 7 tane ama bu 7 tane haftada yeni gelen 7 tane; işi biten 7 tane değil bunların işleri daha da uzayabiliyor ve dolayısıyla tabi 7- 5 -3 -1 bile olsa bize yük olarak dönüyor çok çözemediklerimiz haricinden bahsediyorum.” (A14, E, 34).

Yi ve diğerkleri (2018), sosyal hizmet uzmanlarının aşırı çok çalışmalarından dolayı müracaatçılarına kaliteli hizmet sunamadıkları için stres seviyelerinin arttığını ve dahası sürekli çalışmak zorunda kalmalarının iş baskısına neden olduğunu ve iş baskısının da merhamet yorgunluğundan yoğun deneyimleyebileceğini ifade etmiştir (s.344).

“Hani böyle bazıları geliyor ailemizden falan ya ne yapıyorsun ki oturarak yapıyorsun falan değil ama çok yoruluyorsun zihinsel yorgunluk dedim ya hani orayı arıyorsun burayı arıyorsun vaka çözmeye çalışıyorsun mesela geçen bir tane evsizimiz vardı 2-3 ay boyunca ters bir kriter çıktı mesela onu yerleştirene kadar

*sürekli kafanda bir yorgunluk, gerginlik işe gelmek istemiyorsun eve gidiyorsun hala çözememiş oluyorsun bir sürü kişiye dert anlatıyorsun senin başarısızlığın olarak da görünüyor hani dedim ya sosyal politikalar maalesef oralarda açıklarımız var ama bir süre sonra senin yetersizliğinmiş gibi algılanması seni çok üzüyor, yoruyor o yüzden her vakada olmasa da **çoğu vaka da gerçekten yorgunluk hissediyoruz.***” (A11, K, 42).

“Üzüyor beni tabi ki yani devletin sisteminden kaynaklı olduğunu düşündüğüm zaman özellikle üzüliyorum sonuçta kendi mesleğimizin bir sonuç yaratma bir başarı elde etme oranı çok aslında havada kalıyor çok gözle gözükmüyor bir de ekstra hiçbir şey yapamamış olmak beni ekstra üzüyor evet.” (A12, E, 41).

*“...birine destek olmadığım zaman tabi ki kötü hissediyorum kendimi ama bu benim yapabileceğim bir şeyse ve yapamıyorsam bu beni rahatsız ediyor ama elimden hiçbir şey gelmiyorsa ona hiçbir yapamıyorum mesela **bazı dezavantajlı grupların sosyal hizmet bağlamında herhangi bir yeri yok** ne bir bakım merkezi var ne bir huzur evi var ne zihinsel engellilerle bulamıyorsun hiçbir şey hiçbir yere alamıyorsun yok yani o kişi için herhangi bir sosyal hizmet müdahalesi Türkiye’de yok dolayısıyla bu benim hiçbir şey yapamayacağım bir şey olduğu için bunu takmamaya çalışıyorum çünkü yok yapabileceğim bir şey yok benlik değil.”* (A14, E, 34).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastanede ortamında müracaatçının gereksinimlerini karşılamak için uygun vaka müdahale planları geliştirmektedir; fakat vaka yönetim sürecinde karşılaşılan sosyal politika eksiklikleri, uygun bir sosyal hizmet müdahalesinin bulunmaması gibi örgütsel engeller sosyal hizmet uzmanlarının stres düzeyini artırır ve yorgun hissetmelerine neden olmaktadır. Müracaatçının sorunlarının çözülmemesi sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğuna neden olabilmektedir.

4.1.3. Mesleki Doyum

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının deneyimledikleri merhamet yorgunluğu ya da diğer dolaylı travma türleri, mesleki doyumları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Işıkhan (2018), sosyal hizmet uzmanları toplumda dezavantajlı konumda olan, temsil edilmeyen ve zayıf, psikososyal-sosyoekonomik yoksunluk yaşayan ve travmatik yaşam deneyimi olan müracaatçılarla çalışma yürütmektedir ki müracaatçı grubunun deneyimlediği kaygı, çaresizlik gibi negatif duygu durumlarını da sosyal hizmet uzmanı dolaylı açıdan deneyimlemektedir. Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçı grubunun

sorunlarını çözümlmek için empatik bir ilişki kurmaktadır ve bu durum merhamet yorgunluğu, ikincil travmatik stresin meydana gelmesine neden olabilmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda sosyal hizmet uzmanlarının stres seviyeleri artabilmekte dahası bu durum mesleki doyumunu olumsuz etkilemektedir. Mesleki doyumun azalması sonucunda ise meslek elemanı, iş yaşamından kendini soyutlayabilmekte, vaka yönetim sürecinde müracaatçısına gereken müdahale planını oluşturmakta zorlanabilmektedir (s.12; Aslan-Açan ve Özbesler, 2019, s.108-109).

Öznelerin verdiği cevaplara bakıldığında tıbbi sosyal hizmet biriminde çalışmaktan kaynaklı zaman zaman mesleki doyumunun olumsuz etkilendiğini göstermiştir.

“Ya şöyle aslında bu mesleğin insani canlı tutan bir tarafı var en azından sürekli yeni şeyler görüyorsunuz o güncelliği takip ediyorsunuz o anlamda evet ama işte bazen vakaların o duygusal yükü ile birlikte öyle kafamıza şey yaptığı olabiliyor işte farklı bir alan olabilirdi belki daha az insan ile iletişimin olduğu ya da daha az böyle hani toplumdaki hani dezavantajlı gruplar dışındaki insanların olduğu ama yine de o canlılık falan bir taraftan da motivasyon gibi...” (A1, K, 26).

“... İnsandan uzak bir meslekte çalışmak isterdim. Etkisiz olduğum her işte kendimi kötü hissederim.” (A3, E, 29).

“Evet bazen tabi ki de düşünüyoruz hatta bazen diyorum ki ya laboratuvarında yani hastane için örnek verirsem bazen hasta görmesem, laboratuvarında çalışsam hani direkt laboratuvarından gelen tetkikleri değerlendirip değerlendirip versek falan rutin bir işimiz olsa diyoruz oluyor ya da işte dışarıya bakıyorsun ya diyorsun mimar olsaydım, avukat olsaydım tüketiyor bizim mesleğimiz.” (A11, K 42).

Öznelerden A1, A3 ve A11 insandan uzak bir meslekte çalışmayı vurgulamıştır ki bu durum çalışma yaşamındaki doyumun eksikliğinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Pugh (2016), tarafından yürütülen araştırmada tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki tatmini azaldıkça işten ayrılma istediğinin arttığı görülmüştür.

Öte yandan özneler yaptıkları işin karşılığını göremediklerin de umutsuzluğa kapıldığını dile getirmiştir ve bu durumun kendilerini psikolojik ve fiziksel açıdan olumsuz etkilediğini eklemiştir. Hablemitoğlu ve Özmete (2012), sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğu düzeyi arttıkça işten aldıkları doyumun azaldığını saptamıştır.

“Eğer ki sizi o türü iyileştirici bir sistemi yaparsanız ki o duygusal yük o merhamet bütün bu konuştuklarımız azalabilir çünkü şunu bilirsiniz en azından ben bunu yaptığım zaman karşılığı var şimdi biz bunu yaptığımız zaman karşılığının olup olmadığını bilmiyoruz o zaman zaten burada **verdiğiniz emeğin karşılığının olmadığını düşünmek zaten sizi yoran en temel şey.**” (A1, K, 26).

“...çocuk ruh sağlığına bildirilmiş çocuk ruh sağlığı çocuk ile ilgili bildirim yapalım sizin haberiniz varsa birlikte yapalım diyor gibi şimdi bu çocuk aslında takibe girip tedbir kararı ile izlenmesi gereken bir çocuk belki bakım tedbiri kararına kadar gidebilecek bir durum ama geldiğimiz noktada çocuğun bildirimini yapmak ondan sonra çocuk ile ilgili alınan karara göre davranmak. **Önceden daha fazlasını yapmak için uğraşıyordum ama şimdi karşılığı olmadığı için sadece kendimi yıpratmamak adına çok fazla şey fazla girmiyorum.**” (A2, E, 46).

“Yetersizlik hissi ama belli bir süre sonra duyarsızlaşıyorsunuz hani şey gibi oluyor hani onlar umursamıyorsa ben niye umursayayım **sisteme yönelik bir tepki oluyor** hani ben burada **yetersiz çalışıyorum onlar da farkında şey diyorsun yöneticilerim de görüyor buradaki eksikliği onlar müdahale etmiyor bu bizim vaka yükümüzün farkındalar yine işte müdahale etmiyorlar diyorsun bir yanda da ama tepkisiz de kalıyorsun** personel eksikliğini dile getirmiyoruz çünkü o personel gelse onun nasıl yani buradaki düzen de bozulacak ondan da belki karışık durumlar yani.” (A9, K, 29).

“Benim çok fazla değil. Eğer onun sorunu çözme konusunda başarı sağladıysam ve çok iyi sonuç elde ettiysem tabii bu iyi hissettiriyor ama bazıları müracaatçılarla ilgili **istediğimiz sonuçları elde edemiyoruz.** Yani **çok fazla uğraşıyorsun ama sistem bir yerden sonra seni tikiyor ya da sen hani daha %90 başarı bekliyorsun%60 başarı elde ediyorsun.** Öyle bir durumsa tabii hani şunu da yapsaydım, şurada neyin eksik dediğim oluyor yani. Bunun da biraz daha zorlasaydım buradan bir şey daha çıkar mıydı acaba şurasıyla da orada kafada bir değerlendirme yapıyorsun...O moralmen çok çok etkiliyor bir de sistem olarak idarecilerine hesap verilebilirliğini de yapman gerekiyor. Bunları arasında aynı sistemi bilmeyen insanlara neden yapılamadığını açıklamak; onu yapmaktan daha zor. O daha yorucu hem kendi açımdan **kendini yetersiz hissedebiliyorsun** hem de insanlara aslında bunun seninle ilgili bir eksiklik olmadığını, sistemde bazı eksiklikler olduğunu açıklamak gerekiyor. **Zihinsel olarak fiziksel olarak çok yorucu bir şey.**” (A7, K, 35).

“Yani şöyle ilk başladığım zamanla şu an arasında ciddi farklılıklar var yani öncesinde daha idealist yardımcı olabileceğimi düşünüyordum yapabiliyordum ama şimdi son dönemlerde daha yıpratıcı ve şey **işler yürümediği için tıkandı için rahatsızlık veren bir boyuta geldi çok keyifli değil yani.**” (A2, E, 46).

“Nasıl hissettim daha fazla şey yapmak istedim onun için biraz **yetersizde hissettim** sanırım bu tür duygular vardı.” (A5, K, 26).

“... kötü hissediyorum ve bu işin beni tükettiğini hissediyorum çünkü aklınıza gelen vakalar bir hesap kitap olayı değil; ihmal istismar bunlar oluyor.” (A9, K, 29).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, travma mağduru bireylerle çalışmaktan kaynaklı stres ve tükenmişlik yaşamaktadır ki bu durum merhamet yorgunluğuna yol açabilirken, mesleki doygunluğundan azalmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla profesyoneller mesleğe devam etmekte güçlük çekmekte, mesleki yaşamdan geri çekilmekte ve fiziksel ve mental açıdan yorgunluk yaşamaktadırlar.

4.2. TRAVMA MAĞDURU BİREYLERLE ÇALIŞMAK

Bu başlık altında travmatik bireyleri dinlemenin ve onlarla çalışmanın yol açtığı dolaylı travma türlerinden biri olan merhamet yorgunluğunun öznelere tarafından nasıl ifade edildiğine yer verilmiştir. Merhamet yorgunluğu meslek elemanlarını fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan olumsuz etkilerken kişilerin günlük ve mesleki yaşamlarındaki refahın azalmasına neden olur. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanları bu olumsuz koşulları en aza indirmek için baş etme stratejileri geliştirmektedir. Sonuç olarak bu ana tema altında meslek elemanlarında merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlere öznelere anlatıları aracılığıyla yer verilmiştir.

4.2.1. Bakım Yükü (Cost of Care)

Bakım yükü kavramı Figley (1995)'e göre merhamet yorgunluğu ile doğrudan ilişkilidir. Sosyal hizmet uzmanları travma yüklü vakalarla çalışırken yardım etme ve destek olma isteği ile vakaların bakım yüklerini üstlenmektedirler. Bunun sonucunda sosyal hizmet uzmanları fiziksel ve zihinsel açıdan yorgun hissetmektedirler.

Çocuk hastanesinde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları aile tarafından üstlenilmeyen bakım yüklerini de üstlendiklerini dile getirmiştir. Yaşadıkları yorgunluğun ise kişisel yaşamlarını da etkilediği ve stres seviyelerinin arttığı öznelere A9 tarafından vurgulanmıştır.

“Şöyle bakım yükü derken mesela bazen müracaatçının yerine neyi yapabileceğiniz önemli aslında mesela bizim işimiz erişkin olsaydı burada derdim ki erişkin belli bir sorumluluğu var. Bakım yükü dediğim gibi nereye kadar onun için bir şey yaptığın ile ilgili aslında erişkin olduğunda iş daha farklı olabiliyor çünkü diyorsun ki mesela bunlar bunlar yapılması lazım yap yapma bu senin kendi sorumluluğunda ya da ailen için yapıp yapmamak kendi sorumluluğunda ama çocukta biraz daha farklı olabiliyor çocukta biraz daha fazla ailenin şeyinde yani mesela ihmal istismarda özellikle çok fazla o aile yapar mı yapmaz mı güveninden çok bunu bir temele oturtman lazım bunu bir yasal anlamda zorunluluk şeklinde yani mesela nedir aile getirmiyordur çocuğunu hastaneye ama kronik bir hastadır takip gerekiyordur ya sen ona ailesi getir hani deyip ya da çocuğum sen her zaman randevuna geleceksin diyemiyorsun ama ne yapıyorsun mesela tedbir kararları bunun için var yasal zemine oturtman lazım bunu yaparken de **aileden çok sen olayın içine girmiş oluyorsun ve müdahalen oluyor hani o anlamda evet bakım yükünü ya da bakım sorumluluğu için gereken şeyleri alıyorsun üstüne bir şekilde bu da elbette ki duygusal anlamda yorgunluğa sebep oluyor çünkü bunu yaparken de aileyi bir şekilde karşına alıyorsun.**” (A1, K, 26).

“...evet buradan dolu gidiyoruz bundan 15 sene önce de işte 5 tane çocuğu aynı anda buradan bakım tedbir kararı ile kuruluşa götürdüğüm zaman oldu ama her ne kadar travmatize olsam da ertesi sabah işe geldiğimde o çocuklar için işe geldiğimde o çocuklar için iyi bir şey yaptığımı düşünüp rahatlıkla hareket edebiliyordum ama **şimdi geldiğimiz noktada hani çocuğun buradan çıktığında öleceğimi bilmeme rağmen gönderiyor olmak bende çok ciddi bir şey yük olarak duruyor.**” (A2, E, 46).

“...burada önemli bir iş oluyor çocuk hastanesiyiz çocuk hastanesinde 5395 kapsamında çalışıyoruz çocukların ihmal, istismarı bildirme bunlar üzerinde çalışıyoruz ancak işimizi, iş yoğunluğu ve uzmanlaşmama sebebiyle bence sağlıklı yürütemiyoruz elimizden gelenin en iyisi yapmaya çalışıyoruz ama bizlerde birer insanız ve iş yükünü çok fazla bence yönettiğimizi düşünmüyorum mesela kişi başı benim şu an 140 tane sağlık tedbiri dosyam var 140 çocuğu takip ediyorum bu sağlıklı yürütülebilecek bir sayı değil hepimizde ortalama 130-140 dosya olduğunu düşünürsek 4 kişiyiz bence bu çok fazla bir yük hani bir çocuğa sağlıklı bir hizmet verebildiğimizi düşünmüyorum bazı çocuklar arada kaçıyor. Bakım yükü şöyle **vaka yükümüz çok fazla bu nedenle de hani yaşadığımız yorgunluk bizim kişisel streslerimize de yansıyor.**” (A9, K, 29).

“...bakım yükü sadece zihinsel olarak değil fiziksel olarak da etkiliyor bu şöyle bir şey yine bencilce bir şey ama bu tarafta olduğunuz için biraz kendinizi bencilce **şanslı hissettiren bir şey sadece dinleyici konumuzdasınız ya da elinizden geldiğince yapmaya çalışıyorsunuz ama böyle sürekli bu gam keder içerisinde insanı oldukça üzen ve bazen kendini yetersiz bazen kendini çok kötü hissettirmesine sebebiyet veren bir şey.**” (A4, K, 37).

Meslek elemanları üstlendikleri bakım yükünün getirisi olarak müracaatçılarına karşı sorumluluk hissetmektedir. Vaka yönetimi sürecinde örgütsel engeller ile karşılaşp

başarısız olduklarında ise suçluluk hissetmektedirler. Öznelerden A7, vaka yönetim sürecinde tüm sorumluluğu üstlendiklerini ve hata yaptıklarında mesleki açıdan tükenmiş hissettiğini dile getirmiştir. A9 ise karşılaştığı vakalarda yardımcı olamadığında üzüldüğünü ve bakım yükünün kendisini yıprattığını beyan etmiştir.

*“...bakım yükü biraz bazen **yorucu** olabiliyor. Özellikle **uzun ve çözümsüz kaldığımız** bireylerde. Yani onun **bütün sorumluluğu sizde oluyor** ve bununla ilgili bazen sistem sizi çok tıkayabiliyor. O kimsesiz olabiliyor, ailesi terk etmiş olabiliyor. Onun her türlü aşamasını sizin halletmeniz gerekiyor. Bu bazen biraz **baskıcı** ve **yorucu** oluyor **yani tüketebiliyor.**” (A7, K, 35).*

*“Ya şöyle kişilik olarak da fazla empatik biriyim empatiyi fazla kuruyorum evet maalesef beni çok hırpalıyor hatta o kişiye de **yardım edemezsem daha çok üzüliyorum** yardım ettiğim boyut aslında ona yeterli gelmiyor onun da farkındayım belki bunun 2 ayını 3 ayını belki de 1 yılını kurtarabiliyoruz ha huzurevine yerleştirdiklerimiz dışında ya da bazen hiçbir çözüme kavuşturamıyoruz buradan olumsuz şekilde onu göndermek zorunda kalıyoruz bu evet **çok bakım yükü bize gerçekten ağır geliyor.** Az önce dedim ya doyum dersek buna diye hiçbir şekilde doyum elde edemiyoruz bazen huzurevine yerleştirdiğimiz biri mutsuz olabiliyor hani doğal yaşamından koparmış oluyorsun belki en iyi yaptığımız şeyler bunlar ama yani evet bakım yükü ağır geliyor.” (A11, K, 42).*

“Tabi ki etkiliyor (bakım yükü üstlenmek) şimdi şöyle merhamet bunun temeli, empati bunun temeli karşındakini onun yerine kendini koymadan anlayamazsın zaten onun ne yaşadığını anlayacaksın ki ona yardım edebilesin yüzeysel zaten bizim şeyimiz şu biz yüzeysel düşünemeyiz. Yüzeysel düşünürsek yardım edemeyiz. Kişilerin yerine kendimizi koyduğumuz için de etkisi gün içinde birkaç gün devam edebiliyor ama tabi burada destek dereye giriyor biz destek alsaydık, süpervazularımız olsaydı belki bundan çok daha kolay sıyrılacaktık ama biz ne yaptık biz çünkü sosyal hizmet uzmanıyız biz bunun da üstesinden geldik.” (A15, K, 49).

Yi ve diğerleri (2021), hastane yatışlarının uzun sürdüğü hastalar ile sosyal hizmet uzmanları arasında uzun süreli bir ilişki başlayabilmektedir ve hastanın bakım yükünü üstlenebilmektedirler. Kurulan bu derin bağdan kaynaklı destek olma yeteneği sınırlı olduğunda ya da yetersiz kaynağa sahip olduğunda sosyal hizmet uzmanları merhamet yorgunluğu deneyimlediklerini raporlamışlardır. Dahası sosyal hizmet uzmanları kendilerini hastanın aile üyesi yerine konumlandırmaktadır ki bu durumun hem profesyonel yaşama hem de kişisel yaşama derin etkileri mevcuttur. Kurulan bu bağ aradaki profesyonel ilişkiyi donuklaştırır. Hastanın kaybı daha çok bir aile üyesinin kaybı

gibi deneyimlenir ve çekilen acı artar. Dolayısıyla merhamet yorgunluğuna maruz kalma riski artar (Yi ve diğerleri, 2018).

4.2.2. Empatik Yaklaşım

Figley (1995) merhamet yorgunluğunun oluşum sürecini modellemiştir ve bu modelde “empati” kavramına birden fazla aşamada yer verilmiştir. Sosyal hizmet uzmanları doğrudan travma mağduru bireylerle çalışma yürütürken travmanın o acı, keder gibi olumsuz yüklerinden kurtulmak için empatik tepki vermektedir. Fakat örselenmiş bireyin deneyimlediği olumsuz duygular profesyonelleri de etkilemektedir ve gösterilen empatik tepkinin çıktısı olarak merhamet yorgunluğu meydana gelebilmektedir.

Empatik tepki vermenin önemi inkâr edilemez ve terapistler ve bu alanda çalışan meslek elemanları için önemli bir yetenektir. Dahası müracaatçı ile profesyonel bir ilişki kurmak için gereklidir. Fakat sürekli empatik tepki vermek de sosyal hizmet uzmanları için güçtür (Moudatsou ve diğerleri, 2020).

Öznelerden A9 ve A14 empatik tepki vermeyi mesleğin gerekliliği olarak görmekte ve profesyonellik olarak değerlendirmektedir. Öte yandan Stanley ve diğerleri (2020)’ye göre sosyal hizmet mesleğinin doğası gereği, sosyal hizmet uzmanları sıklıkla duygusal açıdan stresli yaşam döngüsüne sahip müracaatçı grubuna destek olmaktadır. Bunun sonucunda sosyal hizmet uzmanları dolaylı travmalara maruz kalabilmektedir (s.44). Öznelerinde altını çizdiği bir diğer nokta ise sürekli olarak empatik tepki vermenin çok yorucu olduğu hatta uzun vadede merhamet yorgunluğuna neden olacağıdır.

“Bence profesyonelliğimizi koruyor yani empatik vermek çünkü empatik tepki vermediğinizde şöyle sürekli zihninin çalışması gerekiyor ve hani haklısını vermeden o empatik tepkiyi vermek gerekiyor ama bir yandan da bence profesyonel bir ilişki içinde olduğumuzu anımsatıyor çünkü bir kere ipin ucu kaçtıktan sonra kaçıyor bence profesyonelliği koruyor empatik tepki ve elinden gelen bu oluyor bazen bunu vermek, etkili dinlemek diyoruz ya işte o dinlemek bile bazen karşıdakini rahatlatılabildiği için en önemli şeylerden biri. Sürekli vermiyorum, veremiyorum çok tepkisel yaklaştığım zamanlar da oluyor yorduğu için vermiyorum galiba sürekli.” (A9, K, 29).

“Mesleğin gerekliliği olduğu için öyle davranmak gerekiyor o yüzden hoşumuza gitmeyen yani kişisel olarak o sosyal hizmet gömleğini çıkarttıktan sonra hiç sohbet etmeyeceğin konuşmayacağın insanlarla bile mesleki müdahale esnasında onun yararına yani onun yüksek yararı için neyi gözetiyorsan o açıdan empatik yaklaşman gerekiyor.” (A14, E, 34).

*“Bazı müracaatçının sorunları travmatiktir sadece güçlendirme ve bilgilendirmeyi ister ona o tepki verirsiniz. Bazıları empatik tepki ister. Görüşmede duygusal tepkiler verir. Onlara empatik tepki verirsiniz **her müracaatçıya empatik tepki verirsiniz tükenirsiniz.** Bunu hiçbir sosyal hizmet uzmanı yapmaz yapan kişiler bir süre sonra tamamıyla tepkisizleşir çünkü **artık bir yerden sonra tükenmiştir.** O yüzden gerek yok. Yani böyle bir şey yapmanıza. Kesinlikle belli bir yıldan sonra ya tamamıyla duygusuzlaşabiliyorsunuz ya da aşırı merhamet gösterirseniz siz tükenip; tükenme noktasından sonra yani kişisel duygularınızı sürdürdüğünüzü hissediyorsunuz. Yani kesinlikle onu dengede tutmazsanız **belli bir yıldan sonra kesinlikle merhamet yorgunluğu yaşarsınız.**” (A7, K, 35).*

Öznelardan A5 mesleğe ilk başladığı yıllarda empatik tepki vermekte zorlandığını ve empatinin sempatiye döndüğünü belirtmiştir. Dolayısıyla empatik tepki vermenin zaman içerisinde gelişebileceği düşünülebilir.

*“...ilk başladığım zamanda olmuştu ilk ay vizitelere de yeni yeni çıkıyordum servislere o sırada biraz **empatiden çok sempati gibiydi** o duygu yoğunluğunu çok hissetmişim ama şu an o kadar değil şu anda daha çok dışardan bakabiliyorum.” (A5, K, 26).*

*“Bazen şey olabiliyor insanı ister istemez etkileyebiliyor. İnsanlar biraz şey karşılaştıkları problemler kendilerine ait değilse bile ister istemez **o empati sempatiye dönüşmeden çok fazla sürdürülemiyor** belirli bir noktadayken **özellikle bu meslekteyken çok fazla travmayla karşı karşıya kaldığınızda bazen o yorgunluğu sizde hissedebiliyorsunuz** ve o travmayı sizde hissediyor oluyorsunuz ama bir şekilde baş ediliyor... sosyal hizmet uzmanını ve biz güçlü olduğumuz zaman bir şeyleri yürütebiliriz zayıfladığımız anda insana da bir etkimiz olmaz ama bazen bu dengeyi tutamayıp empati kurabiliyoruz ve bu da gerçekten **yorgunluk olarak geri dönüyor. Yorgunluğa baya değindim ama sanırım zihinsel olarak baya bir yoruyor bu meslek beni** (gülüyor).” (A3, E, 29).*

*“Empatik tepki vermek yorucu bir şey oluyor çünkü dediğim gibi **sadece parası biten insanlarla çalışmıyoruz sadece aile yaşamı değişen insanlarla çalışmıyoruz sağlığı değişen insanlar** mesela başka alanda çalışan biri başka bir müracaatçı grubuyla empati yaptığında bunun empati yaparken şeyi de düşünüyorum bu biraz sempatiye de kaçıyor benim başıma gelme olasılığı nedir çok yüksek bir şey biz de bu o sebeple insana belki de ekstra bir yük kazandırıyor... yaşadığım bir şey bu hastanede insanın başına her şey gelebiliyor o sebeple bu biraz daha empatiden uzaklaştırıyor duygu yoğunluğunu daha fazla yaşamamıza sebebiyet veriyor bu şekilde.” (A4, K, 37).*

*“Yapımız gereği evet ben empatik yaklaşıyorum dediğim gibi eve gidince şey oluyorsun artık daha gergin oluyorsun maalesef evde bazen de bir iki benim yaşadığım şey var hani burada mücadele ediyorsun yıllarca zaten mücadele etmişsin aslında bir kurumun elinde var onu yapabilir ama yapmıyor gerginliğimizi onlara yansıtabiliyoruz... Bazen **empatik yaklaşımlar sana da ket vurulduğunda maalesef hani böyle şey yapabiliyorum tepkisel davranabiliyorum** birden o yumuşak karakterim ortadan yok olabiliyor ama böyle de yapmasak çözemiyoruz yani sosyal hizmet savunucu rolü mü deyim hmm tamam dersek bu iş inan çözülmüyor biraz mücadelecı olmamız lazım **yoruyor yani bu empatik yaklaşım.**” (A11, K, 42).*

Yi ve diğerleri (2019), Kore’de hastanede çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları ile bir araştırma yürütmüştür. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları için empatik tepki vermenin önemli olduğunu kanıtlamıştır. Dahası empatik tepki vermenin merhamet yorgunluğuna karşı koruyucu olabileceği ve kişisel yaşamdaki stres seviyesini indirgeyebileceği görülmüştür. Empatik tepki vermek merhamet tatmini ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahipken tükenmişlikle negatif yönlü bir ilişkisi vardır.

Stanley ve diğerleri (2020), sosyal hizmet müdahalesi esnasında empatik tepki vermek sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı arasındaki ilişkiyi güçlendirirken. Her iki grubun da psikolojik iyilik halini olumlu açıdan etkilemektedir. Öznelerden A2 kurduğu empatik ilişkinini kendisine mutluluk verdiğini ifade ederken; A8, empatik tepki verdiği müracaatçılarından olumlu dönüşler aldığını beyan etmiştir.

*“Kimi zaman kötü hissettiğim zamanlar oluyor kimi zaman şeydir çocuk için üzüliyorum olsam bile sonrasında o çocuğun bununla baş edip kendini kurtarabileceğini düşündüğüm zaman içimden mutlu oluyorum yani her çocukta aynı şey olmuyor bazı çocuklar istismara maruz kalsa bile bunun üstesinden gelebilecek kadar güçlü olabiliyor bazı çocuklarda bir ömür boyu bunu taşıyacağını bildiğim bundan bir ömür boyu kurtulamayacağını bildiğim çocuklar olabiliyor onlar daha fazla üzer beni kötü hissediyorum ama onun dışında **genelde çocuklarla empati yaptığım zaman hissettiğim şey mutluluktur.**” (A2, E, 46).*

*“Empatik tepki veriyoruz bir de bizim mesleğimizin gereği olarak görüyoruz sempatik değil ama **empatik bu da olumlu olarak dönüş yapıyor yani müracaatçyı da rahatlatan bizi de rahatlatan olumlu olarak bir dönüşü oluyor.** Sürekli empatik tepki vermek zor ama.” (A8, K, 48).*

Özetle, empatik tepki vermek merhamet yorgunluğuna neden olabilirken aynı zamanda merhamet yorgunluğundan da korumakta olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bunlar göz önüne alındığında sosyal hizmet uzmanlarının kendi psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlıklarını korumak koşuluyla empatik tepki vermesi ile müracaatçı grubuyla arasında anlamlı bir ilişkinin varlığından bahsedebiliriz.

4.2.3. Kişisel Yaşama Yansımalar

Bu alt tema altında travmatik öykü dinleme, dezavantajlı müracaatçı grubuyla çalışma sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının nasıl etkilendiği ve bu etkilenmelerin kendi yaşamlarına nasıl yansıttıklarına yer verilmiştir.

Sosyal hizmet uzmanları karşılaştıkları vakaları iş dışında da düşündüklerini ve bu durumun kendi yaşantıları üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu belirtmiştir.

*“Ya şöyle aslında o günlük şeyleri hatırlama daha ilk başlarda olan bir şeydi şu an o kadar değil hani hatta dediğim gibi de demin tamamen vaka olarak bakıyorsun olaya ama sadece şu oluyor vakayı nasıl yöneteceğini düşünüyorsun; napsam daha iyi olurdu düşünüyorsun hani bu tür şeylerde tabi **mesai saatiyle de sınırlandıramıyorsun** ister istemez.” (A1, K, 26).*

*“Tabi ki **eğer çözülememiş bir vaka varsa takip gerektiren sürekliliği olan bir vakaysa onla ilgili düşündüğüm zamanlar oluyor**. Ya o şeydir hani o anda aklıma geldiğinde ne yapabilirim ne şekilde bir çözüm yolu bulabilirim diye düşündüğüm bir andır yani orda şey çok fazla duygularıyla empati ya da sempati yaparak çocuk üstünden gitmem sadece **çözüm odaklı ne yapabilirim diye düşünürüm**.” (A2, E, 46).*

*“Buradaki deneyimlerimde şöyle bir şey söz konusu dönem dönem çocuklar için bir şeyler yapıyor olmak iyi hissettirse de aslında yaptığımız **iş mesai saatinden sonra unutulabilen bir iş değil** dolayısıyla bu da bir zihinsel olarak bütün gün içerisinde bir yorgunluk olarak takip edebiliyor.” (A3, E, 29).*

Sosyal hizmet uzmanları vaka yönetim sürecinde danışanları ile derin bir bağ kurabilmektedir. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının mesai saatleri dışında da müracaatçıları düşünmeleri kaçınılmaz olabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının mesai saatleri dışında da müracaatçıları düşünmelerinin kendilerinde duygusal bir yüke neden olduğu varsayılmaktadır ki merhamet yorgunluğuna maruz kalmak da kaçınılmaz olabilmektedir.

“Üzülüyor insan çünkü bazı hastalarımız son dönem hastaları oluyor çok zayıflamış oluyorlar hani ölümleri yakın oluyor acaba yaşıyor mu diye düşünüyorsunuz bazen kontrol ediyorsunuz yaşıyor mu yaşamıyor mu diye hani onların bir şeyi oluyor etkisi oluyor ister istemez.” (A6, K, 28).

“Burada bazen oluyor çok üst üste geliyor hani bize ters bir şey söylediğinde ve çok nadir de olsa ya diyorum hani biraz şey yapabiliyoruz empatinin dışına çıkıp çok böyle madde kullananlar, yardıma ihtiyacım var deyip gelenler, sövmeye çalışanlar onlara artık bazen böyle durması gerektiği yeri şey yapabiliyoruz burada hani o kadar belli etmiyorsun iş yeri, işin o ama gidince hissettiğin şey hatta ailemde diyor beni gören herkes şey der çok yumuşaksın, sevecen, sıcak hastalara olabildiğince sabırlı davranırım ama evde **bu toleransım bence kalmıyor eşime ya da çocuğuma küçük bir şeyde çıkışabiliyorum. Bu da yeni yeni farkına vardım neyse ki deformasyon bence burada hep uğraşıyorum hep sabret sabret hep sorun hep sorun alanı hep güler yüz göster hep empatik yaklaş bütün sorunları beyninde taşı götür eve orada bence aileme karşı bazen yansıttığım şeyler oluyor.**” (A11, K, 42).

“Evet, **tepkisel olabiliyorsun** ben tepkisel olabiliyorum engellemeye çalışabiliyorum ama ben tepkisel olabiliyorum. İşte ikilem burada da oluyor bu tepkiyi vermemin yanlış olduğunu biliyorum kendime kızıyorum ama tepkiyi verdiğim çocuk, anne, baba fark etmez yani iki tarafa yönelikte tepkim oluyor bu konuyu yönetmek oldukça güç bunlar tamamen süpervizyon eksikliği.” (A9, K, 29).

Öznelerin anlatılarına bakıldığında travmatik öyküleri dinlemenin bedeli olarak işi, iş yerinde bırakamadıkları ve mesai dışında da düşündükleri açıkça görülmektedir. Bunun sonucunda ise meslek elemanlarının kişisel yaşamları olumsuz yönden etkilenmektedir. Öznelerden A9 ve A11 mesai saati dışında müracaatçıları düşünmenin sonucu olarak sosyal çevrelerine ya da müracaatçı grubuna tepkisel yaklaşıtlarını dile getirmiştir.

“Ya aslında bunun tek cevabı **öfke** (gülüyor) şöyle yani bizim ne yaparsak yapalım sosyal hizmet uygulama basamağındaki işlemler bazen çok prosedürde kalabiliyor şunu dediğimiz vakada oluyor ya **biz bu çocuk için ne yaparsak yapalım olmayacak** çünkü bazen olmuyor yani siz buradan ya bir vaka mesela çocuk 3 kez bakım tedbirine alınmış aileye veriliyor tedbir kararı çıkıyor aileye veriliyor tedbir kararı çıkarılıyor hani demek ki burada sıkıntılı bir şey var hani bakım tedbiri alınacaksa niye veriliyor veriliyorsa niye alınacak duruma tekrar geliyor burada düşünülmesi gereken bir şey var o yüzden bu hani kurum ya da kişiyle ilgili değil çünkü ciddi bir sistem problemi var çünkü yeterli değil koruyucu destekleyici tedbirin altındaki uygulamalar yeterli gelmiyor yani” (A1, K, 26).

“Yani şöyle uzunca yıllar ben çocuklarla çalıştığım için mutluydum ve hani çocuklar için bir şey yapmak beni rahatlatıyordu ama şey son geldiğimiz noktada son zamanlarda çocuklarla ilgili bir şey yapamıyor olmak benim **meslekten soğumama** ve **mutlusuz olmama** neden oluyor yani şeydir bir çocuğun ihmal istismar sonrası gelen bir çocuğun hayatını değiştirebilmek adına bir müdahalede bulunmaya kalkınca sonrasında engelleniyor olmak ya da **çocukla ilgili devletin karar vermiyor olması devletinde çocuğu ihmal ya da istismar ediyor olması** mesleki anlamda bir şey yapmadım bir şey yapamadım duygusu yaşıyor insan olarak ayrı bir boyutu var zaten de insani olarak da üzülüyorsunuz o anlamda **son zamanlarda son 4-5 senedir burada çocuklarla çalışmak bana keyif vermiyor.**” (A2, E, 46).

Sosyal hizmet uzmanları hukuksal kaynakların eksik olmasından dolayı en birincil görevlerinden biri olan insan haklarının sunulması ve sosyal adaletin sağlanması konusunda yaşanan kriz durumlarının kendilerinde bir yüke neden olduğunu dile getirmiştir. Tüm bunlar göz önüne alındığında karşılaşılan bu stresli durumların sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğu deneyimleme riskini arttırabilmektedir.

“Çok çözülemediyse bazen çözümünde o kaynakla buluşturmada çok zorlanıyoruz zorlandığımız zaman o kişiye yeterli olmadığımız için **öfke doluyorum**, kendimi kötü hissediyorum, **eve de götürmeyelim desek de ister istemez götürüyoruz** aklımız onda kalabiliyor bazen vakamızda kalabiliyor o şekilde hissediyorum hani çözümsüz olmak insanın hoşuna gitmiyor aklınızda sürekli o kişi olmuş oluyor yani **merhamet yorgunluğunu yaşamış olduğumuza inanıyorum**. Çözüm yolları beynimin arka fonda çözüm yolları bulmakla geçiyor... İkisi birlikte oluyor yani beyninizde olduğu için **kaliteli uyuyamıyorsunuz**, çözemediğimiz zaman çok büyük bir sorun olduğu zaman bunu kafamıza takıp uyuyamadığın zaman hem bedenim hem zihinsel olarak bir yorgunluk oluyor.” (A8, K, 48).

“20 yıl oldu nerdeyse mesleği yapalı **hala kafamda taşıyorum mesela etkileniyorum, etkiliyor beni evde hafta sonu vesaire buraya gelene kadar**. Böyle üzülüyorsunuz, hani merhamet duygusu işte bu. Ya off alıştım aman falan diyemiyorsunuz olmuyor yani hani evet biraz daha soğukkanlı yaklaşıyorsunuz.” (A11, K, 42).

“Tabi ki düşünüyorum. **Kötü hissediyorum** çok kötü hissediyorum hem de. Üzüliyorum daha bir şeyler yapabilir miydim **eksik mi kaldım?** Peki bundan sonra ne yapacak o kişi? Hadi ben şu an anlık çözdüm problemini aynı, nakdi yardımını keşke gücüm olsa ben de yardım etsem ki oluyor yardım ettiğimiz de oluyor kendimiz erdiğimiz kendimiz maddi yardım ettiğimiz de oluyor. Bundan gocunmuyorum daha çok olsun daha çok yardım edeyim çünkü ben biraz bu konuda şöyle de düşünürüm...” (A15, K, 49).

Karşılaşılan vakaların yoğun acı duygusunu içinde barındırması ve meslek elemanın destek olma isteğine bağlı olarak bu acıyı dolaylı yoldan deneyimlemesi meslek

elemanının iyilik halini etkilemektedir. Kim ve diğçerleri (2021)'e göre bu durumun sonucunda meslek elemanları umutsuz, dışlanmış ve suçlu hissettiğini belirtmiştir. Dahası sosyal hizmet uzmanlarının çalışma amaçlarını kaybettikleri görölmüştür.

*“Yani dediğim gibi biz bildirme aşamasında olduğumuz için aile sosyalden ters kararlar çıkabiliyor farklı kararlar çıkabiliyor vaka istediğimiz gibi olumsuz olabiliyor ama yani niye böyle karar almışlar diye **bir üzüntü, kızgınlık oluyor** tabi ama çok bir şey yapamıyoruz sorumluluk biz de olmadığı için uzatamıyoruz yani takip de edemiyoruz.”* (A10, E, 45).

*“Toplumsal bir çöküşe doğru gidiyoruz haftanın 4-5 günü intihar girişimiyle çocuk gelip de bunun en az 2-3 tanesine müdahale etmemiz gerekir mi? Önceden böyle bir dünya yoktu ama geldiğimiz noktada böyle yani son 1 aydır her gün bir tane intihar vakası geliyor ve genellikle 14-16 yaş grubu özellikle kız çocukları ve şey hani öyküleri dinlediğin zaman acayip kötü ve bunlar yarın öbür gün anne olacak bunların çocukları olacak evlendikleri kişi muhtemelen benzer özelliklerde olacak. **İlerleyen süreçte bütün alanlarda sıkıntı yaşayacağız**”* (A2, E, 46).

*“Genelde travmatik öyküsü olanlar psikiyatri hastaları sonucunda onlara yardımda bulunmak çok hoşuma gidiyor evet bu iş gerçekten bana göre zaten şey sokakta orada burada da ararım çekerim zaten hani biri bir şey için uğraşıyorsa aklım onda kalır yardım ederim, hayvanlara karşı da öyle kişiliğim olarak bu beni çok mutlu ediyor, keşke bu mutluluk seviyesini daha yukarı taşıyabilecek imkanlarımız olsa ülke olarak. **Tek mutsuzluk kaynağım daha iyisini yapabileceksen elimizden gelmiyor işte bu insanı üzerek eve gitmemize neden oluyor.**”* (A11, K, 42).

*“Ne yaptık artık etkilenmemeyi, bunu güne yaymamayı ya da birkaç güne yaymamayı öğrendik. Neden? Çünkü bir vaka bir vakayı kovalıyor sonraki vaka geliyor sonra bir başka. **Gün içinde kaç kişinin yerine koyabilirsin ki kendini?** Hani bunu sürekli yapamıyorsun bir yerden sonra otomatiğe bağılıyorsun. Ben kendi adıma tamam bu kişi için üzülmeye, kendini onun yerine koyma süren doldu şimdi işime dönmeliyim diğçer işleri yapmalıyım çünkü insanların da birbirlerinden hakkını çalmamalıyım. Bütün gün o insana üzülsürsem ikinci gelen o kişiye yardım edemem ya da onun yerine kendimi koyamam bunları sınırlandırmak zorundayız bu biraz da kişisel gelişimle de alakalı diye düşünüyorum ben bu konuda kendimi çok yetiştirdim kişisel eğitim kitapları okuyarak gerekse dinleyerek gerekse katılarak seminerlere.”* (A15, K, 49).

Profesyonellerin aile yaşantılarını planlamaları da karşılaşılan vakaların travmatik etkilerine bağılı olarak şekillenmekte olduğu görölmüştür.

“Ben hastanede çalışmaya başlayana kadar sadece yaşlanan insanların hastalanıp öldüğünü deneyimledim fakat hastaneye çalışmaya başladıktan sonra baktım ki bu

*işin yaşı yok el kadar çocuklar, bebekler bunları yaşıyorlar ve bir şekilde herkes bir sebep arayışında işte kimi buna yanlış gen diziliminin nihayetinde ortaya çıkan bir şey diyor kimisi Allah'ın takdiri diyor ben sebebinden daha çok sonucuna odaklanıyorum ve bu benim yaşamımla ilgili aldığım kararları da etkiliyor. Tabi ki oluyor tabi ki **daha kaygılı yaşıyorum** yakınımından birisi bir kan tahlili veriyor o sonuç çıkana kadar ben böyle fiziksel olarak kurdeşen döküyorum derler ya o süreci yaşıyorum ya kötü bir şey olursa ya o olursa ya hastaysa ya hastaysam kendim için de aynı şekilde dolayısıyla bu sonraki adımlarda da etkili oluyor **mesela çocuğum yok benim bu kararda hastanede çalışıyor olmamın etkisi çok büyük** ben sağlıklı bir insan olamayacağını düşünüyorum o kadar uçuk örnekler bulduğunuz yer örnekleme de kötü bu hastaneye Türkiye'nin dört bir yanından en ekstrem vakalar geliyor dolayısıyla gerçekten en kötülerıyla belki karşılaşıyoruz daha sonra anaokulunda çalışıyor olsam ya çocuklar canımız ciğerimiz bunlar hayat falan derim ama burada öyle durmuyor.” (A4, K, 37).*

*“Yani vakanın durumuna göre değişiyor çok komplike bir vaka gelirse o zaman yorgunluk daha fazla oluyor ama bu daha çok fiziksel bir yorgunluktan ziyade mental bir yorgunluk oluyor ve şey oluyor ister istemez çok fazla aynı vakayla karşılaştığımız zaman **mesela örnek vereyim kadın kanser hastası oluyor eşi kanser hastası olduğu için boşanıyor bunlar devamlı karşılaşınca insan öyle bir beklentiye giriyor o yüzden bakış açımızı da biraz o yönde eviriliyor ister istemez. Yorgun hani yorgun hissediyorum.**” (A6, K, 28).*

Kim ve diğerleri (2021), sosyal hizmet uzmanlarının günlük karşılaştıkları vakaların yoğun duygusal yüküne bağlı olarak fiziksel rahatsızlıkların meydana geldiğini görmüştür. Araştırma katılımcılarından A4'te mesai günlerinde vücudunda fiziksel ağrıların meydana geldiğini ancak hafta sonu ve diğer tatil günlerinde böyle bir ağrının söz konusu olmadığını söylemiştir. Benzer şekilde A15 ise çalışma sonucunda yorgun hissettiğini ve stres seviyesinin arttığını ve buna bağlı olarak fibromiyolji ve anksiyete tanısı aldığını belirtmiştir.

*“Benim **fibromiyaljim var** tanı almadığım bir şey aslında **işe gelmediğim zamanlarda omuz ağrım sırt ağrım bel ağrım hiçbir şeyim olmaz** ama mesela bunu en çok tatildeyken yaşarım ya da hafta sonu yaşarım hafta sonu gayet mutlu uyanırım hiç bedenimde bir ağrı olmaz ama **benim pazar akşamından belim ağrımaya başlar ondan sonra omzum ağrımaya başlar bunun hem fiziksel hem ruhsal etkileri var.**” (A4, K, 37).*

*“Yorgun hissediyorum tabi ki. Çok yorgun hissediyorum. İkisi de çünkü zaten psikolojik olarak yorgun olduğun zaman fiziksel olarak da yorulursun hatta benim artık **fibromiyoljim var.**” (A15, K, 49).*

*“Kötü hissettiriyor. Ben de bu yüzden **anksiyete bozukluğu var** artık. Ben bir anksiyete bozukluğu teşhisi aldım. İlaç kullanıyorum. Neden çünkü kendini yerine*

*koya koya koya nasıl nefes alınabiliyor ki nasıl bunu böyle hissedebiliyor nefes alamıyorum boğulacak gibi oluyorum işte bu durum beni artık mahvetti çok mutsuzum şudur budur. Kendini yerine koya koya koya en sonunda evet anksiyete sahibi oldum. Bir gün hiç farkında olmadan nefes alamıyormuş gibi hissetmeye başladım kendimi çayı içtiğim suyu yutamıyormuş gibi, yutarsam bir şey olacakmış gibi yutmaktan korkmaya başladım sonra tabi ki gittim psikiyatriye anksiyete dedi. **Bana hediyesi bu oldu mesleğin, empatinin. Ha onu da hallettik bir şekilde.**" (A15, K, 49).*

4.2.4. Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Baş Etme Stratejileri

Tıbbi sosyal hizmet alanında travma mağdurlarıyla çalışmak çeşitli stres faktörlerini de beraberinde getirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları alanın getirisi olarak maruz kaldıkları bu stres durumundan korunmak için çeşitli baş etme yöntemleri geliştirmektedirler. Bu başlık altında araştırmanın öznelerinin kendilerini nasıl iş yaşamının stresörlerinden koruduklarına dair olan paylaşımlara yer verilmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının anlatılarına bakıldığında özellikle aile, arkadaş, meslektaş gibi sosyal çevre ağlarıyla yaşanan dolaylı travmanın paylaşıldığı görülmüştür. Meslek elemanları deneyimledikleri stresli olayları yakın çevresiyle paylaşarak üstesinden geldiğini belirtmiştir.

Yi ve diğerleri (2018)'in yaptığı çalışmada da sosyal hizmet uzmanları yakın çevresiyle görüşerek merhamet yorgunluğunun olumsuz etkilerinden kurtulmaya çalışmaktadır. Yine akran süpervizyon desteği sayesinde çalışma arkadaşlarından destek almanın da olumlu bir baş etme stratejisi olduğunun altı çizilmiştir (s.345).

*"Yani bu durumda kişinin kişisel yaşamı önemli kendi aile yapısı paylaşabileceği kişilerin olması dostlarının olması vs. gibi hani onlar önemli olduğu için ben o şekilde baş ediyorum **kendi sosyal alanım ile baş ediyorum** kendi sosyal ilişkilerimle baş ediyorum bu şekilde." (A1, K, 26).*

*"Evet kesinlikle doğuyor ama buna yönelik profesyonel bir destek şimdiye kadar almadım birbirimize biz burada beraber çalıştığımız 6 kişiyiz birbirimizle daha çok paylaşım yapıyoruz bizden daha tecrübeli olan ablalarımızdan süpervizyon alıyoruz ama onun dışında profesyonel bir destek yok. **Paylaşıyor olmak güzel** bir şey insani olarak sadece bana özgü bir durum olmadığını bilmek bile insanın kendini iyi hissettiriyor çok bencilce olsa bile o sebeple dediğim gibi paylaşabiliyor olmak*

mutlu ediyor ne denli bir rahatlama sağlıyor onu tam bilemiyorum çok böyle hani rahatlama gibi de söyleyemeyeceğim ben bunu ama en azından paylaşıyoruz.” (A4, K, 37).

*“**Ailem, arkadaşlarım** daha güçlü hissettiriyor bu zamanda yanında olabileceklerini bilmen her türlü seni dinleyebileceklerini bilmen sana moral motivasyon verecek birilerinin olduğunu bilmek seni o stres anında ben hani bunu burada bitireceğim, sonrasında onların yanına gideceğim, rahatlığı veriyor.” (A7, K, 35).*

*“Bu konuda şanslıyım kendim az çok terapi vs. bildiğim için **yanımdaki insanlarla deşarj olmayı paylaşabiliyorum** bazen çok konuşmuş oluyorum ama en azından o şekilde kendimi rahatmış oluyorum karşımdaki insanlarla konuşarak, paylaşarak atatabiliyorum.” (A8, K, 48).*

“Gezmek, dolaşmak, mesela çok bunalıyorum eşime diyorum ki bugün dışarda yiyelim ya da açık havaya falan o şekilde kurtuluyorum ya da arkadaşlarla bizim burada uyumlu çalışıyoruz ve kafamızın uyması mesela bir öğle arası sohbet muhabbet 0’dan kaldığımız yerden deşarj olmuş şekilde başlıyoruz.” (A11, K, 42).

*“Ya şöyle burada **kendi içimizde bir sosyal destek sistemimiz** var aslında iş alanında profesyonel yarı profesyonel bir destek sistemimiz var bir vaka olduğunda **mizahı** çok kullanıyoruz biz burada hani mizahla aşmaya çalışıyoruz.” (A9, K, 29).*

Özne A9 sosyal çevre ile gerçekleştirilen paylaşımlarda mizaha da yer vererek vakaların yoğun duygusal etkilerinden kurtulduğunu söylemiştir.

Yi ve diğerleri (2018), sosyal hizmet uzmanları kendilerini merhamet yorgunluğundan korumak için kitap okumak, film izlemek, günlük yazmak, arkadaşlarla buluşmak gibi çeşitli aktiviteler üretebilir. Bu durum sosyal hizmet uzmanının kendisine yardım etmesi olarak nitelendirilebilir. Sosyal hizmet uzmanı kendisine neyin iyi geldiğini bulmalıdır ve ne zaman stres altında hissetse bu baş etme yöntemini uygulamaya koyulmalıdır.

*“**Uzaklaşmak kendi hayatımdan uzaklaşmak** kendi içinde bulunduğunuz hayat eğer sizi zorluyorsa başka hayatları incelemek iyi olabilir bu anlamda da kitaplara sığıyorum bir de bol bol fiziksel aktivite.” (A3, E, 29).*

Yi ve diğlerleri (2018), sosyal hizmet uzmanının profesyonel bir kimlik inşa etmesini de önemli bir baş etme stratejisi olarak görmektedir. Sosyal hizmet uzmanı bu yöntem ile yaptığı işten tatmin olacaktır ve farklı stresörlerin üstesinden gelecektir (s.348).

*“Yani baş etme stratejim benim özellikle hani o mesleğimizin kişiyi bulduğun yerden başla öncelikle hastayı anlamak onun yaşadığı yaşamı kavramak olumlu ve olumsuz yönlerini anlamak buna göre bir çalışma yürütmek. Yani dediğim gibi daha **profesyonel bakmaya** çalışıyorum böyle olunca işten çıktıktan sonra arkada kalan işimi çok düşünmemeye çalışıyorum stratejim bu.”* (A12, E, 41).

*“Baş etme stratejim yani çok hastalara yansıtılmamaya çalışıyorum hastalara çok sempatik olmamaya çalışıyorum daha objektif bakmak için daha uzaktan bakmak, daha **vaka odaklı düşünmek** hem beni yormuyor hem de daha yani uzaktan bakınca daha kolay çözülebiliyor bazı şeyler daha net düşünebiliyorsun daha doğru kararlar verebiliyorsun işin işine katılmayınca.”* (A13, E, 41).

4.3. PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNE OLAN İHTİYAÇ

4.3.1. Süpervizyon

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanları süpervizyon desteğinin vaka yönetim sürecinde ve sonrasında merhamet yorgunluğuna karşı koruyucu bir faktör olduğunu belirtmişlerdir; dahası merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerden birisi olarak da kurumsal bir süpervizyon desteğinin eksikliği olduğunu aktarmışlardır.

Kadushin ve diğlerleri (2009), hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanları için süpervizyon desteğinin önemli bir rol oynadığını ve sunulacak kurumsal bir süpervizyon desteğinin işe bağlı stres durumunu azaltacağını ve stresle başa çıkmada meslek elemanını geliştireceğini ifade etmiştir. Dahası ikinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulacak kurumsal süpervizyon desteği sayesinde meslek elemanı gerçekleştirdiği uygulamaları yansıtabilirken aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının stres seviyelerini değerlendirebilmeleri için de iyi fırsat sunacaktır (Joubert ve diğlerleri, 2013, s.297). Yapılan araştırmalarda süpervizyon programlarına dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının duygusal yorgunluğunun azaldığı, tükenmişlik, üstlenilmiş travma, merhamet

yorgunluğu ve ikincil travmatik strese karşı korunduğu tespit edilmiştir ve hastanede çalışma yeteneklerinin geliştiği saptanmıştır (akt: Joubert ve diğerleri, 2013, s.298).

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanları hasta ve travmaya maruz kalmış çocuk, yetişkin ve yaşlı bireyler ve aileleri ile doğrudan çalışmaktadır ki bu durum onların dolaylı travmaya maruz kalmalarına sebep olabilmektedir. Merhamet yorgunluğu gibi dolaylı travmalardan kaçınabilmek için süpervizyon desteği meslek elemanına sunulacak psikososyal destekler arasında önemli bir yere sahiptir.

“Şöyle, böyle bir hizmet normalde yok bizde işte süpervizyon desteği alalım ya da vakamızı tartışalım gibi bir şey değil ama biraz bu noktada çalışma arkadaşları önemli olabiliyor o da şöyle bir vaka oluyor mesela daha önce böyle bir vakada çalışmış birisi olabilir hani onunla birlikte belki bu desteği uu şey yapabilirsiniz. O size belki süpervizyon verebilir. Hani bu iş yerindeki çalışma ortamı ile de ilgili bir şey hani böyle ben bu vakada süpervizyon desteği almak isteyip gidip başvurabileceğim normal bir yer yok.” (A1, K, 26).

“Açıkçası süpervizyon desteği buna şöyle bakmak lazım sadece sosyal hizmet olarak değil ama tüm mesleklerde mezuniyet sonrası çalışma yaşamında eğitimin sürmesi gerekiyor yani değişen koşullar değişen şeyler kanunlar toplumun kendisi yeniden değerlendirme yapıp vakaların çözümünde daha efektif olabilmek için yeni bilgilere ihtiyaç duyduğumuz bir noktaya getiriyor bizi o anlamda hani süpervizyon desteği dediğimiz şey belki hizmet içi eğitim belki daha üst boyutta yani bu şey her kurumun böyle bir şansı olamaz ama daha üst bir organizasyon tarafından bilgilendirme anlamında olabilir.” (A2, E, 46).

Sosyal hizmet uzmanlarının çeşitli, farklı vakalarla çalışmaları da süpervizyon desteğine duyulan ihtiyacı arttırmaktadır.

“Evet süpervizyon desteği ihtiyacı duyuyorum yaaa özellikle bazı vakalar kendi içerisinde çok fazla değişkenlik gösterebiliyor her vaka kendine münhasır bir şekilde ilerlediği için bazen fikir danışılacak birine ihtiyaç duyuluyor bu anlamda iş arkadaşlarıma fikir danıştığım oluyor.” (A3, E, 29).

“Yok ben hani şöyle deyim ben tecrübemden dolayı (süpervizyon desteğine) ihtiyaç duymuyorum ama bizim vakalarımız çok çeşitli bazen oluyor ki mesela mülteciler ile tıkanırdığımız noktalar oluyor tabi ki de her vaka öğretici oluyor yani orayı arıyorsun burayı arıyorsun öğreniyorsun yok da demeyim hani zorlayan durumlarda ihtiyacınız oluyor ama bir üst meslektaşım olarak değil hani çünkü yanlış anlama bu şey değil burası X hastanesi ve çok vaka alan hastane diğer bir hastanedeki meslektaşımı aradığımda ya da buradan başka birini aradığımda benden daha

tecrübeli olmuyor bazen biz daha çok vaka görüyoruz biz de hani o alanla ilgili bilirkişiye danışmak durumunda kalıyoruz o şekilde.” (A11, K, 42).

Süpervizyon desteğinin özellikle mesleki deneyimi 2 yıldan az olan sosyal hizmet uzmanları için gerekli olduğu düşünülmektedir (Kadushin ve diğerleri, 2009, s.183). Yapılan görüşmelerde de sosyal hizmet uzmanları mesleğe başladıkları ilk yıllarda süpervizyon desteğine daha çok ihtiyaç duyduklarını fakat mesleki deneyim süreleri arttıkça bu ihtiyacın azaldığını belirtmişlerdir.

*“Süpervizyon desteği olabilir o psikososyal destek olabilir o anlamda çok önemli çünkü bu daha özel bir alan yani birçok zorlu vakayla karşılaşacaksınız yani aynı şey benim içinde geçerli yani mesela **işe ilk başladığımda daha çok zorlandım** ama ne oldu zamanla bunlara alışyorsun bir şekilde ama belki o işe ilk başladığım dönemde bu tür bir destek alsaydım daha kolay olurdu.” (A1, K, 26).*

*“...İşte şöyle süpervizyon desteğine ihtiyaç **yeni mezunken** duyabilirdim ama şu an herhangi bir ihtiyaç duymuyorum. Tabi ki yani mesleğe yeni başlayan arkadaşlarım ne öğrenirse onu uyguluyorlar ve yeni gelenlere de onu öğretiyorlar doğrusunu öğrendikleri zaman doğrusunu yapacaklardır ve doğrusunu da öğreteceklerdir doğal olarak.” (A14, E, 34).*

Yi ve diğerleri (2018), onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yürüttüğü araştırma sonucunda eksik süpervizör desteğinin sosyal hizmet uzmanları için hayat kalitesinin düşmesi ve merhamet yorgunluğu gibi dolaylı travmaları deneyimleme gibi ciddi risklere yol açabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde formel süpervizör desteğinin sosyal hizmet uzmanlarının alanda çalışmaya devam etme motivasyonları arttırması üzerinde önemli bir rolü olduğu görülmüştür (Ostadhashemi ve diğerleri, 2019, s.5).

Sosyal hizmet uzmanları, gün boyu yaptıkları görüşmeler boyunca müracaatçılarının duygu ve hislerine maruz kalmaktadır ki bu durumun kümülatif olması sonucunda duygusal olarak tükenmiş ve yorgun hissetmeleri kaçınılmaz hale gelmektedir. Süpervizör desteği ile meslek elemanının deneyimlediği bu tükenmişlik hafiflerken mesleki doyumu artar ve mesleği anlamlandırmak daha kolay hale gelir (Kadushin ve Harkness, 2014).

“(süpervizyon desteğine ihtiyaç) Sürekli duyuyorum. Olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyorum hem benim bireysel gelişimim hem de mesleki gelişim anlamında mesleki gelişim yani bunların gelişmesi benim müracaatçıma sunduğum hizmetin şeklini de değiştirecek ama bunu süpervizyonla transferansları, counter transferansları engelleyebilirim ya da yanlış müdahalelerden, etkisiz müdahalelerden kaçabilirim emek kaybını engelleyebilirim. Müracaatçının daha iyi hizmet almasını sağlayabilirim her anlamda hizmet kalitemi arttıracak ve benim kişisel gelişim sürecime de destek olacağını düşünüyorum. Evet, tepkisel olabiliyorsun; ben tepkisel olabiliyorum engellemeye çalışabiliyorum ama ben tepkisel olabiliyorum. İşte ikilem burada da oluyor bu tepkiyi vermemin yanlış olduğunu biliyorum kendime kızıyorum ama tepkiyi verdiğim çocuk, anne, baba fark etmez yani iki tarafa yönelik tepkim oluyor bu konuyu yönetmek oldukça güç bunlar tamamen süpervizyon eksikliği.” (A9, K, 29).

Sosyal hizmet uzmanının belirttiği gibi süpervizyon desteğinin olmaması sonucunda maruz kalınan travmayla başetmek güçleşirken, müracaatçı ve yakınlarına tepkisel yaklaşıma da neden olabilmektedir. Kurumsal bir süpervizyon destek sistemine duyulan gereksinim görüşülen meslek elemanları tarafından altı çizilmiştir ve bu destek sayesinde meslek elemanları psikososyal sağlıklarını korurken sundukları hizmetin de kalitesi artabilecektir.

Sewell ve diğerleri (2021), sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları çalışma ortamlarının doğası gereği yüksek seviyede strese maruz kalabilmektedirler fakat etkili bir süpervizyon desteği sayesinde anksiyete ve stres seviyesi azalabilirken; iş doyumunu ve öz yeterlilik artabilmektedir (s.284-285). Yi ve diğerleri (2018), bir uzman tarafından sunulan süpervizyon desteği sayesinde sosyal hizmet uzmanları zorlu koşullarla daha rahat baş edebilirken; vakalara daha objektif yaklaşabilir ve çözüm bulması kolaylaşabilir (s.345).

Araştırma öznelerinde belirttiği gibi süpervizyon desteği mesleğin sürdürülebilmesi ve dolaylı travmaları bertaraf edebilmek adına önemli bir psikososyal destek bileşenidir. Sosyal hizmet uzmanlarının günlük ve mesleki yaşamlarını bütüncül bir şekilde yürütebilmeleri için formel bir süpervizyon desteğinin gerekliliği özneler ve yapılan araştırmalar tarafından vurgulanmıştır.

İçgasioğlu-Çoban ve Özbesler (2016) tarafından tıbbi sosyal hizmet uzmanları ile yürütülen araştırma sonucunda da meslek elemanlarının duygusal tükenme yaşadığı ve bu nedenle kurumsal bir süpervizyon desteğinin sunulmasının profesyonellerin psikososyal sağlığı açısından değerli olacağını altı çizilmiştir.

4.3.2. Kurumlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının vaka yönetim süresince müracaatçının iyilik halinin korunması için farklı kurum ve kuruluşlar ile koordinasyonlu çalışması gerekmektedir. Aynı zamanda müracaatçının biyopsikososyal açıdan bütüncül bir şekilde değerlendirilebilmesi için sağlık kuruluşunda çalışmakta olan doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile multidisipliner bir çalışma yürütmektedir.

*“İstismar, ihmal yani diğer vakalara göre daha boyutlu çünkü aynı anda birkaç kişiyle çalışıyorsunuz ya da bir ihmal istismar vakasında hani yapması gereken kişiler sorumluluk almadığında size daha fazla yük düşüyor mesela biz kurumlar arası iş birliği içinde çalışmak zorundayız hem kolluk kuvvetler hem adli hem aile sosyal herkesin üstüne düşen sorumluluklar var ama **bir yerde bir bacak aksadığında tüm sistem aksıyor** bunda sıkıntı yaşıyoruz. Bir de kadına yönelik şiddet vakalarında da yine aynı sıkıntıyı yaşayabiliyoruz sisteme yönelik bir sıkıntı var bu nedenle zorlandığım oluyor.” (A9, K, 29).*

“...Kendi hastanelerin şartlarının çözümleyeceği sorunlar değil daha çok diğer kurumlarla iş birliğine dönüştürmeniz gerekiyor sorunları çözerken diğer kurumlarla iş birliği sürecinde bazı sorunlar yaşıyoruz yani çok elimizde olmayan şeyler olduğu zaman orada bir tıkanıklık hissediyorum.” (A12, E, 41).

Tıbbi sosyal hizmet yönetmeliği bağlamında sosyal hizmet uzmanları hastanede yatan hastaların taburculuklarını planlar. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları kimsesiz, ailesi tarafından terk edilen ve mevcut ikametgah adresinde yaşayamayacak düşünlükte olan hastaların taburculuk sonrası kurumlara yerleşmesi için kurumlar ile iş birliği sağlamak ile sorumludur. Öte yandan öznelere anlatılarında da görüleceği üzere kurumlar arası iş birliği sağlamak ve multidisipliner ekip içerisinde koordineli çalışmak sosyal hizmet uzmanları için zorlu olabilmektedir.

“...Mesela kimsesiz hastanız var hastaneden taburcu olacak, gidecek yeri yok, normalde yerleştirme gibi ekstra işlemleri ve bu işlemler uzun sürer. Yani yazışması olur; raporunu hazırlarız, il müdürlüğü ile ASP ile yazışmalarımız yaparız. Bunlar birkaç haftalık bir süreçtir. Mesela klinik 2-3 hafta hastayı tutmak istemez. Bugün taburcu ettim, yarın hasta gitsin der. **Klinik ile sürekli çatışma yaşarız** çünkü o yatağı boşaltmak ister; bizim onun için süreye ihtiyacımız vardır ve o sürede hastayı o 2-3 hafta içinde gönderebileceğiniz hiçbir yer yok. O 2-3 hafta klinikte kalmak zorunda sürekli hani bu hasta gitsin biz bu hastayı göndereceğiz ama bekleyin. Genelde idareyle ve kliniklerle çatışma yaşarız. Hem de onların anladığı ben bu hastayı akşam taburcu ettim sabah bu hasta gitti ama sistem o kadar hızlı işlemiyor.” (A7, K, 35).

“...Birimlerden kaynaklı aksaklıklar sonuçta bize yansıyor il müdürlüğüne yerleştirme sürecinde kuruluşların dolu oluşu kuruluşların almakta isteksiz oluşu bize yansıyor bizim doktorla iletişimimizi engelliyor o tür sorunlar olabiliyor.” (A13, E, 41).

“...Bizim hastanelerde huzurevine yerleştirmeyi farz edelim biz görüşmeye başlıyoruz ama bu görüşme, bir görüşme yaptık ve yerleştirdik şeklinde olmuyor huzurevlerinin %90'ı kışın doludur çünkü kışın kendine bakamayan yaşlı huzur evine gitmeyi talep eder ve kışın doludur. Yaza geldiğimiz zaman köyüne, evine, bahçesine dönmek istediği için huzurevinden ayrılır. Huzurevine yazın yerleşmeler görece kolaydır ama kışın bunun yükü bize şöyle oluyor: kişiyle görüşmeyi yapıyoruz diyor ki ben huzurevine gitmek istiyorum gerekli şeyleri yapıyoruz ama hastanede yatağa ihtiyaç var bu kişinin oraya gitmesi lazım ama orada yer yok bu süre uzadıkça birincisi doktorlarla sanki biz bu işi yapmıyormuşuz gibi bir noktaya geliyoruz ikincisi kişiye karşı bir sorumluluk hissedip bunu yerine getirmediğimizden dolayı bir yük oluyor bu süre uzadıkça da bu yüklerin ağırlığı artıyor yani **5 kiloluk şişeyi şöyle 1 saat tuttuğun zamanki güçle 3 gün tuttuğun zamanki güç bir olmuyor dolayısıyla süre uzadıkça ağırlığı artıyor; ağırlığı arttıkça da psikolojik olarak biz de etkileniyoruz** çünkü ne zaman olacak, hadi göndermiyor musunuz gibi şeyler oluyor bu da bizde biz de bir yorgunluğa sebep oluyor süre uzadıkça.” (A14, E, 34).

Sosyal hizmet uzmanları etkili bir sosyal hizmet müdahalesi sunabilmek için hasta ve kurumlar arasında köprü görevi üstlenmektedir ve kurumlar arası iş birliği ile hastanın iyilik halini korumayı hedeflerler. Özellikle taburculuk sonrasında hastanın kurum bakımına alınması gerekiyorsa sosyal hizmet uzmanlarına sağlık sistemi içinde kilit bir rol düşmektedir. Fakat sosyal hizmet uzmanlarının anlatılarında da görüldüğü üzere makro boyutta yaşanan sorunlardan (yeterli kurum kontenjanının olmaması, evrak işlerinin uzun sürmesi vb.) kaynaklı taburculuk sonrasında planlamak uzmanlar için güç olabilmektir ki bu durum uzmanlarda fiziksel ve psikolojik yorgunluğa yol açabilmektedir.

5. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu başlığında tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler ile ilişkili sonuçlara ve araştırmanın amacına uygun geliştirilmiş önerilere yer verilmiştir.

5.1. SONUÇ

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının maruz kaldıkları merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu araştırmada sonuçlar üç ana başlıkta ele alınmıştır. Araştırmada öznelerin merhamet yorgunluğu hakkındaki düşünceleri ve deneyimleri derinlemesine incelenmiştir ve sosyal hizmet bakış açısıyla yorumlanmaya çalışılmıştır.

Kim ve diğerleri (2021)'e göre merhamet yorgunluğuna maruz kalmak meslek elemanlarının iyilik halleri negatif etkilenmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ile uzun süreli ilişki kurması ki bu ilişkiler kişiler arası bağlılıkla sonuçlanabilmektedir ve sosyal hizmet uzmanları stresli, umutsuz hissedebilir. Tüm bu durumlar merhamet yorgunluğunun meydana gelmesini tetiklemektedir (Yi ve diğerleri, 2018).

Yapılan araştırma göstermiştir ki sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ile kurduğu empatik antlaşma sosyal hizmet uzmanlarının duygusal bir yük üstlenmelerine neden olurken müracaatçının ölümü nedeniyle kendisinin yetersiz hissetmesine yol açar dahası merhamet yorgunluğuna neden olabilir. Öte yandan yeterli desteğin sunulmadığı iş ortamı ve örgütsel engeller de merhamet yorgunluğunun deneyimlenmesine katkı sunabilmektedir (Yi ve diğerleri, 2018).

Merhamet yorgunluğunun etkilerinden korunmak için meslek elemanın psikolojik dayanıklılığını arttırması ve bireysel ve örgütsel düzeyde çok seviyeli uygulama planlarının benimsenmesi önem taşımaktadır (Kim ve diğerleri, 2021). Öz bakım ve etkili

bir profesyonel eğitim sunulması da sosyal hizmet uzmanlarının mesleki doyumlarını geliştirirken; merhamet yorgunluğuna karşı koruyucu olabilmektedir. Sunulacak süpervizyon desteği merhamet yorgunluğunun hafiflemesi için önemlidir (Yi ve diğerleri, 2018; Yi ve diğerleri, 2019).

Yi ve diğerleri (2018)'e göre kişisel seviyede yapılacak aktiviteler, organizasyonel programlar, politika ve destekler merhamet yorgunluğu riskini ortadan kaldırmak için gereklidir.

Ekolojik yaklaşım açısından da değerlendirildiğinde sosyal hizmet uzmanları çevrelerindeki sistemler ile de doğrudan etkileşim halindedir. Yaşanılan örgütsel engeller ve sorunların yanı sıra travmatik öykünün dinlenmesi ile merhamet yorgunluğuna neden olabilirken; Yi ve diğerleri (2018), hastanede tüm meslek elemanlarını kapsayıcı ve meslek elemanlarının etkileşimi arttıracak sistematik eğitimler ile duygusal yorgunluk indirgenirken merhamet yorgunluğunu önleyebilir. Yine sosyal hizmet uzmanları ve organizasyonlar arasındaki ilişkinin ve antlaşmanın merhamet yorgunluğu ile mücadelede etkili olacağı varsayılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının çevresi ile olan iletişimini güçlendirmesi de merhamet yorgunluğu ile baş etmede önemli bir strateji olarak karşımıza çıkmaktadır (Yi ve diğerleri, 2018).

Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarını “çevresi içinde birey” yaklaşımı ile değerlendirdiğimizde sosyal hizmet uzmanları müracaatçı grubu ile aktif bir iletişim kurmaktadır ve kurulan bu etkileşim ile sadece müracaatçı etkilenmemektedir sosyal hizmet uzmanı da etkilenmektedir. Kısacası sosyal hizmet uzmanı da müracaatçı sistemi tarafından etkilenmektedir (Çetinkaya-Büyükbodur, 2018). Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları profesyonel yaşantılarında da çevresi ile etkileşimdedirler. İş yerinde karşılaştıkları engeller ve kaynak yetersizlikleri gibi sorunlarda beraberinde merhamet yorgunluğunu getirebilmektedir. Tüm bunların aksine profesyonellerin sosyal yaşantılarında bulunan aile, arkadaş sistemlerinin ise merhamet yorgunluğu ve diğer dolaylı travma türlerine karşı destekleyici olduğu ise unutulmamalıdır.

Araştırmaya ilişkin sonuçlar tıbbi sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları alanın getirisi olarak travmalardan dolayı olarak etkilenebilmektedir ki bu durum sonucunda merhamet yorgunluğunu deneyimleri kaçınılmaz olabilmektedir. Merhamet yorgunluğuna maruz kalmak kişinin hayatında köklü değişikliklere neden olmaktadır. Kümülatif bir sürecin sonucunda meydana gelen merhamet yorgunluğunu kavramsallaştırmak ve buna neden olan faktörleri belirlemek önem kazanmıştır. Bu bağlamda sonuç başlığı altında ana temalara ilişkin detaylı çıktılara yer verilmiştir.

5.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışmakla İlgili Sonuçlar

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışma deneyimi sosyal hizmet uzmanlarına birtakım rol ve sorumluluklar yüklemektedir. Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi ve hastanedeki var olan kurallara ek olarak sosyal hizmet uzmanlarının farklı rolleri de üstlendikleri görülmüştür. Hastane ortamında çalışmanın getirisi olan rol ve sorumluluklar da merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının birden fazla rol ve sorumluluğunun olması mesleki doyumlarını negatif etkilerken, mesleki tükenmişlik düzeylerini artırmaktadır.

Sosyal hizmet mesleğinin kavramsallaştırmamasından kaynaklı hastane ortamında sosyal hizmet uzmanları farklı görev tanımlarına maruz kalmaktadır bu durum sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek elemanları arasında çatışmaya neden olabilmektedir. Yaşanılan bu çatışmalar meslek elemanını negatif açıdan etkilemektedir ve bunun sonucunda sosyal hizmet uzmanları yalnızlaşmış ve dışlanmış hissedebilmektedir. Yine meslek elemanlarının yaptıkları işler görünür kılınmaması meslek elemanlarının mesleki doyumlarını olumsuz etkilerken, mesleğe devam etme isteğinin sekteye uğramasına neden olmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmanın en kritik sonuçlarından birisi ise çalışılan müracaatçı grubunun sağlık durumunda yaşanan olumsuz gelişmedir. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları dinledikleri bu hikayelerin bir gün başına gelmesinden endişe duymaktadır ve bu durumun profesyonellerde psikolojik bir yük oluşturabileceği görülmüştür.

Sosyal hizmet uzmanlarının sıklıkla karşılaştıkları müracaatçı grubu toplumun dezavantajlı konumunda yaşamaktadır ve sağlıklarında yaşanan bozulmalar ile kümülatif bir dezavantajlı durumu deneyimlemektedir. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının hastanede karşılaştıkları vakalardan etkilenebilmektedir. Buna ek olarak sosyal hizmet uzmanları için vakaların niceliksel olarak fazla olmasından ziyade karşılaştıkları vakaların içeriklerinden etkilendikleri düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanları yoğun travmatik deneyime sahip bireyleri doğrudan dinlemesi sonucunda yorgun hissettikleri görülmüştür. Sonuç olarak karşılaşılan vakalarda travmatik bir geçmişe sahip olunması ve sosyal hizmet uzmanının bu durumu çözmeye isteği merhamet yorgunluğunun yordayıcı unsularından birisidir.

5.1.2. Travma Mağduru Bireylerle Çalışmayla İlgili Sonuçlar

Travma mağduru bireylerle çalışmak sosyal hizmet uzmanlarını duygusal yönden etkilemektedir. Sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet müdahalesi sürecinde öfke, umutsuzluk, çaresizlik ve üzüntü gibi olumsuz duygusal yükleri yüklediklerini ifade etmişlerdir. Yani hastanede çalışan meslek elemanları travma mağduru bireyle çalışmaktadır ve travma mağdurunun psikososyal sağlık açısından sağaltımı sürecinde dolaylı açıdan travmaya maruz kalması merhamet yorgunluğuna neden olan birinci etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarının bakım yüklerini üstlendiklerini ve bu durum sonucunda stres seviyelerinin arttığını ve müracaatçılarına karşı sorumluluk üstlendiklerini dile getirmiştir. Sonuç olarak psikososyal destek sürecinde yaşanan aksaklıkların ve olumsuz çıktılarının profesyonelleri olumsuz yönde etkilediği ve mesleki olarak tükenmelerine yol açabilmektedir.

Merhamet yorgunluğunun bir diğer faktörü ise empatik yaklaşımdır. Sosyal hizmet uzmanları mesleğin gerekliliği olarak müracaatçıyı etkili dinlemek ve onun acısını ve sorununu paylaşmak için empatik tepki vermektedir. Fakat sürekli empatik tepki vermek

belli bir süre sonra sosyal hizmet uzmanının hayatını olumsuz yönde etkilemeye başlamaktadır. Öte yandan gerekli yerlerde empatik tepki vermek merhamet yorgunluğundan korumaktadır da.

Travma mağduru kişilerle çalışmanın sosyal hizmet uzmanlarının iyilik hali üzerinde de etkisi olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet uzmanları mesai saatleri dışında da müracaatçıları düşünmeye devam edebildiklerini dolayısıyla bu durum meslek elemanlarının sosyal yaşantılarını olumsuz etkilemektedir. Dahası uykusuzluk, stres yükü, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı görülmüştür. Benzer şekilde karşılaşılan vakalar sonucunda artan stres seviyesinden dolayı aile ve sosyal çevrelerine tepkisel yaklaşabildikleri bilinmektedir. Bu durum göz önüne alındığında sosyal hizmet uzmanlarının psikolojik olarak etkilendikleri ve bunun çözümü için meslek elemanlarına özgü ruh sağlığına yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalar önem kazanmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğundan baş etme stratejilerinden birisi maruz kalınan öyküleri meslektaşları ile paylaşmaları yer almaktadır. Bu bağlamda akran süpervizör desteği dikkat çekmektedir. Öte yandan mizahı da bir baş etme yöntemi olarak kullanan sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. En önemli baş etme stratejisi ise iş yaşamı ve sosyal yaşam arasındaki kurulacak dengedir bu sayede sosyal hizmet uzmanları psikososyal sağlıklarını korurken merhamet yorgunluğuna maruz kalmaktan da kaçınabilmektedir.

5.1.3. Psikososyal Destek Hizmetlerine Olan İhtiyaçla İlgili Sonuçlar

Bu başlık altında sosyal hizmet uzmanlarının alanda gereksinim duydukları konulara yer verilmiştir. Sosyal hizmet uzmanları özellikle süpervizör desteğinin eksikliğinin ve kurumlar arası iş birliğinde yaşanan aksamaların kendilerinde mesleki tükenmişliğe neden olduğunu ifade etmiştir.

Sosyal hizmet uzmanları özellikle kurumsal bir süpervizyon desteğinin gerekliliğini vurgulamıştır. Kurumsal bir süpervizyon desteğinin var olmaması sonucunda sosyal hizmet uzmanları için merhamet yorgunluğunu deneyimlemek kaçınılmaz olmaktadır. Öte yandan her vakanın biricik olması ve karşılaşılan farklı kriz durumlarının çözümlenmesinde de süpervizyon desteğinin önemini de sosyal hizmet uzmanları belirtmiştir. Özellikle mesleğe başlanan ilk yıllarda süpervizyon desteğinin önemli olduğu bilinmektedir çünkü ilk defa karşılaşılan bir kriz durumunun nasıl çözümlenmesi gerektiği yönünde alınabilecek bir destek sosyal hizmet uzmanını merhamet yorgunluğundan koruyabilir.

Sosyal hizmet uzmanları maruz kaldıkları merhamet yorgunluğunun sonucu olarak fiziksel, mental ve sosyal açıdan olumsuz etkilenmektedir ancak sosyal hizmet uzmanlarının iyilik halini arttıracak uygulamaların varlığından bahsedilmemesi bu maruziyet durumunu pekiştirmektedir. Kurumlar arası koordinasyon ve iş birliklerinde yaşanan problemler sosyal hizmet uzmanlarını etkilemektedir. Bu sorunu çözmek için gerekli adımların atılmaması ise merhamet yorgunluğuna maruz kalma riskinin arttırmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarını dolaylı travma türlerinden koruyacak bir koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetinden bahsedilemez ki bu durum sonucunda sosyal hizmet uzmanları kendi baş etme stratejilerini geliştirmektedir. Bu durumun ise sosyal hizmet uzmanlarını korumak için yeterli olmadığı araştırma sonunda görülmüştür.

5.2. ÖNERİLER

Merhamet yorgunluğu konusuna ulusal düzeyde sosyal hizmet literatüründe yeterince yer verilmediği görülmüştür. Bu nedenle bu araştırmanın nitel bir araştırma olması ve hastane ortamında çalışan uzmanların anlatıları aracılığıyla merhamet yorgunluğu kavramının açıklanması sayesinde sosyal hizmet uzmanlarının mesleki ve kişisel sorunları görünürlük kazanmıştır. Dahası bu alanda hizmet sunan kurum ve kuruluşların çalışmalarına da katkı sunulacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular ve sonuçlar ışığında sosyal hizmet perspektifi ile hazırlanan mikro, mezo ve makro boyuttaki önerilere bu başlık altında yer verilmiştir.

5.2.1. Mikro Düzeyde Öneriler

Sosyal hizmet uygulamalarında mikro boyut bireyleri ele almaktadır. Merhamet yorgunluğunun deneyimleyen sosyal hizmet uzmanlarının kişisel yaşam ve mesleki doyumlarını arttırmak için geliştirilecek bireysel düzeydeki önerilere bu başlık altında ele alınmıştır.

- Tıbbi sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmelerde dikkat çeken en temel gereksinim kurumsal bir süpervizyon desteğidir. Bu bağlamda kurum ve kuruluşlarda sosyal hizmet uzmanını mesleki ve kişisel düzeyde destekleyecek bir süpervizyon programı geliştirilmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanları karşılaştıkları sorunları çözebilmek adına ekip arkadaşlarıyla paylaşımında bulduklarını belirtmiştir. Bu paylaşımların sağlam bir zemine oturtulması ve etik ihlallerin önüne geçilebilmesi için akran süpervizyon çalışmasının uygulamaya geçmesi önerilmektedir.
- Sosyal hizmet uzmanları, sürekli stresli bir iş ortamında çalıştıkları ve doğrudan travmatik olaylara maruz kalmış bireyler ile çalışmalarını sonucunda meslek elemanlarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarında bozulmalar meydana gelmektedir. Bu sorunların önlenmesi için uzmanlarına örgütsel düzeyde psikososyal destek hizmeti sunulmalıdır.
- Uzmanlar sürekli aynı ortamda çalışmaktan kaynaklı tekrar eden ve benzer travmatik öyküleri dinlemenin sonucu olarak stres seviyelerinin yükseldiğini ve tükendiklerini beyan etmiştir. Bu problemin çözümü için rotasyon uygulaması kilit bir role sahiptir.

- Yapılan görüşmelerde uzmanlardan bazıları çalışmaya başladıklarında vakaların duygusal yükünü kaldıramadıklarını ve doğru empatik bir ilişki kuramadıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda özellikle yeni çalışmaya başlayan sosyal hizmet uzmanlarına deneyimli meslek elemanları tarafından eğitim desteği verilerek meslek elemanları arasındaki bilgi-birikim akışının sağlanması ile bu sorunun çözümleneceğine inanılmaktadır.

5.2.2. Mezzo Düzeyde Öneriler

Mezzo düzeydeki uygulamalar kurumlar arası iş birliklerini ve var olan sistem ile çalışmayı kapsamaktadır. Araştırmanın bulgu ve sonuçlarına dayanarak mezzo düzeydeki ihtiyaçları karşılamak için sunulacak öneriler bu başlık altında yer almaktadır.

- Tıbbi sosyal hizmet uzmanları araştırma boyunca kurumlar arası koordinasyonların sıkıntılı olduğunu dile getirmiştir. Dolayısıyla kurumlar arası iş birliğini arttırmak sosyal hizmet uzmanlarının müdahale süreçlerini kolaylaştıracak dahası örgütsel engellerden kaynaklı maruz kaldıkları merhamet yorgunluğuna maruz kalmanın önüne geçecektir.
- Sosyal hizmet uzmanlarının maruz kaldıkları merhamet yorgunluğunun ortadan kaldırılması için güçlendirici grup çalışmaları veya grup psikoterapileri hastane yönetimi tarafından sunulmalıdır. Bu durum hem meslek elemanın iyilik halini arttıracak hem de sunulan hizmetin kalitesini yükseltecektir.
- Hastane ortamında sosyal hizmet uzmanları multidisipliner bir ekibin üyesidir. Fakat uygulamada yaşanan aksaklıklardan kaynaklı sosyal hizmet uzmanları karşılaşılan sorunlarla bireysel düzeyde çözüm aramaktadır. Bu bağlamda karşılaşılan sorunlara multidisipliner ekip içerisinde yer alan tüm meslek elemanları ile çözüm aramak sosyal hizmet uzmanının çalışma koşullarını iyileştirecektir.

5.2.3. Makro Düzeyde Öneriler

Tıbbi sosyal hizmet alanındaki sosyal hizmet uygulamaları yasal bir yönetmelik ve mevzuat ile düzenlenmiştir. Bu düzenlemelerin merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi için makro boyuttaki önerilere yer verilmiştir.

- Tıbbi sosyal hizmet uzmanları kimsesiz, yaşlı, sosyo-ekonomik durumu düşük hastalar için taburculuk sonrası planlarken zorlandıklarını ve hastalara yardımcı olamama durumunun kendilerinde strese yol açtığını söylemiştir. Bu bağlamda dezavantajlı konumda bulunan bireyler için gerekli kurum ve kuruluşların açılması ve koruma tedbirlerinin geliştirilmesi hem sosyal hizmet uzmanlarının işleyiş içerisindeki işlerini kolaylaştıracak hem de müracaatçıların insan haklarına uygun bir yaşam sürmeleri sağlanacaktır.
- Sosyal hizmet mesleğinin hastanede çalışmakta olan diğer meslek elemanları ve yöneticiler tarafından bilinmemesi sonucunda sosyal hizmet uzmanlarına kendilerine ait olmayan sorumluluklar yüklenmektedir. Bu hususta sadece mevzuat düzenlenmesinin yeterli olmayacağı aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının da mesleki bilinirliği arttırmak adına hastanede aktif afiş ve konuşma programları yürütmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 2011 yılında yayınlanmıştır. Yönergenin güncel koşullar göz önünde bulundurularak düzenlenmesi önem artmaktadır. Araştırma öznelerinden A4 yönetmeliğin düzenlenmesinin önemine yönetsel ve örgütsel sorunların çözümlenmesi için gerekli olduğunu belirtmiştir.

“...gerekirse Tıbbi Sosyal Hizmet Yönetmeliğinin acilen revize edilip yayınlanması gerekiyor bundan 3-4 sene toplanmıştı ne yapılacak ne edilecek diye bununla ilgili bir çalışma vardı hala herhangi bir şey yapılmadı ben bunun başındakilerden dolayı söylemiyorum yani sadece Türkiye’de bürokrasi çöktüğü için işleyişten dolayı bu noktadayız mesela temelde şey bizim burada yaşadığımız idari sorunların çözümünde Tıbbi Sosyal Hizmet Yönetmeliğinin çok ciddi bir katkısı olur şimdi yönetmelik uygun bir dille yazılıp uygun bir dille çıkartılırsa aslında çözümlerin bir çoğu kendiliğinden gelecektir.” (A2, E, 46).

- Sosyal hizmet uzmanları vaka yüklerinin hastanelerde yeterli sosyal hizmet uzmanına sahip olmamaktan kaynaklı fazla olduğuna değinmiştir. Sonuç olarak daha fazla sosyal hizmet uzmanı sağlık alanında istihdam edilmelidir.
- Gelecek araştırmalarda farklı sosyal hizmet alanlarında çalışan uzmanların da deneyimledikleri merhamet yorgunluğunu araştırmak literatüre önemli bir katkı sunacaktır.

KAYNAKÇA

- Abay, A. R., & Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik sosyal hizmet-koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2147-2185.
- Adams, R., Boscarino, J., & Figley, C. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- Albayrak, H. (2020). Toplum Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Toplum ve Hekim*, 35(4), 282-292.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ashley-Binge, S., & Cousins, C. (2020). Individual and organisational practices addressing social workers' experiences of vicarious trauma. *Practice*, 32(3), 191-207.
- Aslan-Açan, B., & Özbesler, C. (2020). Farklı Sosyal Hizmet Kurumlarında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 31(1), 106-130.
- Aslantürk, H., Derin, M., & Arslan, S. (2019). Nadir Hastalıkların Aileler Üzerindeki Psiko-Sosyal, Fiziksel ve Ekonomik Etkileri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (14), 80-94.
- Aydın-Engin, E., Yıldırım, F., & Purutçuoğlu, E. (2021). Kronik Hastalığa Sahip Çocukların Psikososyal Sorunları: Pediatrik Sosyal Hizmet Müdahaleleri Odağında Bir Derleme. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, 19(2), 271-279.

- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work, 33*(1), 63-71.
- Bae, J., Jennings, P. F., Hardeman, C. P., Kim, E., Lee, M., Littleton, T., & Saasa, S. (2020). Compassion satisfaction among social work practitioners: The role of work–life balance. *Journal of Social Service Research, 46*(3), 320-330.
- Baranowsky, A. (2002). The silencing response in clinical practice: on the road to dialogue. Figley, C. R. (Ed.). *Treating Compassion Fatigue*, (s.155-171). London: Routledge.
- Başer, D., Kırloğlu, M., & Mavili-Aktaş, M. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 24*(2), 179-192.
- Başer, D., & Mavili, A. (2017). Sosyal Hizmet ve Merhamet: Bir Nitel Araştırma. Ayhan, B., Ay, M., Avşaroğlu, S. ve Akpınar, Ş. (Ed.). *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları*, (s.41-46). İstanbul: Çizgi Kitabevi.
- Bekiroğlu, S. (2016). Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Çalışmacı İstihdamı. *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2015 Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamasının 50. Yılı: İnsan Değer ve Onurunu Yüceltmek, 26-28 Kasım 2015*, (s.341-351). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi.
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 31*(3), 1053-1079.
- Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International journal of emergency mental health, 6*(2), 57-66.

- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social work, 52*(1), 63-70.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal, 35*(3), 155-163.
- Caringi, J., & Pearlman, L. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. Courtois, C. A. ve Ford, J. D. (Ed.). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*, (202-222). New York City: Guilford Press:
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., & Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology, 23*(2), 186–195.
- Coetzee, S., & Klopper, H. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing and Health Sciences, 12*, 235–243.
- Coetzee, S. K., & Laschinger, H. K. (2018). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nursing & health sciences, 20*(1), 4-15.
- Conrada, D., & Kellar, G., Y. (2006). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Colorado Child Protection Worker. *Child Abuse & Neglect, 30*, 1071–1080.
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative Inquiry & Research Design Choosing Among Five Approaches*, (3. Baskı.). Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4. Baskı.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Cuartero, M. E., & Campos-Vidal, J. F. (2019). Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. *Social work in health care*, 58(3), 274-290.
- Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R., & Benuto, L. T. (2021). Compassion satisfaction to combat work-related burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress. *Journal of interpersonal violence*, 36(9-10), NP5304-NP5319.
- Çalık-Var. E., & Çetinkaya-Büyükbodur A. (2017). Sosyal Hizmet Uzmanlarında İkincil Travmatik Stres. *Journal of Human Sciences*, 14 (4), 3676-3689.
- Çetinkaya-Büyükbodur, A. (2018). *Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Danış, M.Z., Aygün, M., Karasu, M., & Danış, Y. (2019). Çocuk İzlem Merkezleri ve Sosyal Hizmet. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(89), 518-528.
- Davidson, K. W. (1990). Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain. *Health & Social Work*, 15(3), 228-234.
- Decker, J. T., Brown, J. L. C., Ong, J., & Stiney-Ziskind, C. A. (2015). Mindfulness, compassion fatigue, and compassion satisfaction among social work interns. *Social Work and Christianity*, 42(1), 28.
- Denne, E., Stevenson, M., & Petty, T. (2019). Understanding how social worker compassion fatigue and years of experience shape custodial decisions. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104036.
- Diaconescu, M. (2015). Burnout, secondary trauma and compassion fatigue in social work. *Revista de Asistență Socială*, (3), 57-63.

- Doğan, B. K., & Öztürk, A. B. (2020). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar ile Sosyal Destek Algısını Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 28-36.
- Dölek, K., Hosseinzadeh-Asl, N.R., & İl, S. (2020). Onkolojik Sosyal Hizmet ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma. *Turkish Studies -Social*, 15(5), 2471-2482.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.
- Everson, N., Levett-Jones, T. & Pitt, V. (2018). The impact of educational interventions on the empathic concern of health professional students: A literature review. *Nurse education in practice*, 31, 104-111.
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. Figley, C. R. (Ed.). *Compassion Fatigue Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In those Who Treat the Traumatized* (s.1-21). New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (2002a). Treating Compassion Fatigue. Figley, C. R. (Ed.). *Treating Compassion Fatigue*, (s.1-14). London: Routledge.
- Figley, C. R. (2002b). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
- Figley, C. R., & Abendroth, M. (2010). Compassion Fatigue in Nursing. Cowen, P. S. (Ed.). *Current Issues in Nursing, 8th Edition*. Chicago: Mosby.
- Figley, C. R., & Figley, K. R. (2017). Compassion Fatigue Resilience. Seppala, E. M. ve diğerleri (Ed.). *The Oxford Handbook of Compassion Science*, (s.1-21).

- Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. Gold, S. N. (Ed.). *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (s. 573–593).
- Fox, M. (2019). Compassion Fatigue and Vicarious Trauma in Everyday Hospital Social Work: A Personal Narrative of Practitioner–Researcher Identity Transition. *Social Sciences*, 8(11), 313.
- Fox, M., Hopkins, D., Graves, J., Crehan, S., Cull, P., Birrell, B., & Yeomans, P. (2021). Hospital social workers and their understanding of compassion fatigue and vicarious trauma. *Asian Journal of Interdisciplinary Research*, 4(1), 22-34.
- Gehlert, S., Andrews, C., & Browne, T. (2019). Establishing the place of health social work. *Health and Social Work*, 44(2), 69-71.
- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4), 37-61.
- Gök, G. A. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 299-313.
- Gökler, R. (2021). Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Tükenmişlik Düzeyleri. *Journal of International Social Research*, 14(79), 224-239.
- Hablemitoğlu, Ş., & Özmete, E. (2012). Sosyal Çalışmacıların İş Yaşamı Kalitesi: Şefkat Yorgunluğu, Tükenmişlik, Stres Kaynakları, İş Tatmini ve Kariyer Olanakları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 171-213.
- Hansen, E. M., Eklund, J. H., Hallén, A., Bjurhager, C. S., Norrström, E., Viman, A., & Stocks, E. L. (2018). Does feeling empathy lead to compassion fatigue or

compassion satisfaction? The role of time perspective. *The Journal of psychology*, 152(8), 630-645.

Harr, C., & Moore, B. (2011). Compassion fatigue among social work students in field placements. *Journal of Teaching in Social Work*, 31(3), 350-363.

Harr, C. R., Brice, T. S., Riley, K., & Moore, B. (2014). The impact of compassion fatigue and compassion satisfaction on social work students. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 233-251.

Hiçdurmaz, D., & Arı, F. (2015). Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 295-303

Holmes, M. R., Rentrop, C. R., Korsch-Williams, A., & King, J. A. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on posttraumatic stress, grief, burnout, and secondary trauma of social workers in the United States. *Clinical Social Work Journal*, 49(4), 495-504.

Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2014). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194.

Isaksson, J., Lilliehorn, S., & Salander, P. (2017). A nationwide study of Swedish oncology social workers: Characteristics, clinical functions, and perceived barriers to optimal functioning. *Social Work in Health Care*, 56(7), 600-614.

Işıkhan, V. (2016). Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 97-113.

Işıkhan, V. (2008). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.

- Işıkhani, V. (2018). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 10-33.
- İçağasıoğlu-Çoban, M. A., & Özbesler, C. (2016). Hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 1(2), 90-109.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 118-120.
- Joubert, L., Hocking, A., & Hampson, R. (2013). Social work in oncology—Managing vicarious trauma—The positive impact of professional supervision. *Social Work in Health Care*, 52(2-3), 296-310.
- Kadushin, G., Berger, C., Gilbert, C., & St. Aubin, M. D. (2009). Models and methods in hospital social work supervision. *The Clinical Supervisor*, 28(2), 180-199.
- Kadushin, G., & Harkness, D. (2014). *Supervision in Social Work* (5. Baskı). Columbia University Press.
- Kagan, M., & Itzick, M. (2019). Work-related factors associated with psychological distress among social workers. *European journal of social work*, 22(1), 30-42.
- Kangalgil-Balta, G., & Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Psikologların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 130-154.
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work*, 14(1), 86-101.
- Karakaya, C. (2020). Palyatif Bakım Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri, Hedefleri ve Becerileri. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 38-49.

- Kaya, B., Kıran, B., & Çakmak, S. (2020). Sosyal hizmet çalışanlarında ikincil travmatik stres ve adil dünya inancı. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 1061-1072.
- Kılıç-Gündüz, B., & Taylan, H.H. (2016). Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi: Bilinirlik, İmaj ve Memnuniyet Araştırması. *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2015 Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamasının 50. Yılı: İnsan Değer ve Onurunu Yüceltmek, 26-28 Kasım 2015*, (s.129-137). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi.
- Kırlıoğlu, M., & Başer, D. (2020). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (ÇYKÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizi: Sosyal Hizmet Uzmanları Örnekleme. *Turkish Studies-Social Sciences*, 15(5), 2561-2573.
- Kim, M. A., Yi, J., Molloy, J., & Choi, K. (2021). The Impact of Compassion Fatigue on the Well-Being of Oncology Social Workers in Korea. *Journal of Social Service Research*, 47(5), 634-648.
- Kinman, G., & Grant, L. (2020). Emotional demands, compassion and mental health in social workers. *Occupational Medicine*, 70(2), 89-94.
- Kranke, D., Gin, J., Der-Martirosian, C., Weiss, E. L., & Dobalian, A. (2020). VA social work leadership and compassion fatigue during the 2017 hurricane season. *Social Work in Mental Health*, 18(2), 188-199.
- Kreitzer, L., Brintnell, S. E., & Austin, W. (2020). Institutional barriers to healthy workplace environments: From the voices of social workers experiencing compassion fatigue. *The British Journal of Social Work*, 50(7), 1942-1960.
- Krysiak, J. L. (2018). *Research for effective social work practice* (4. Baskı). NewYork: Routledge.

- Kümbetoğlu, B. (2021). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma* (7. Baskı). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Lombardo B., & Eyre C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 3.
- Lee, J. J., Gottfried, R., & Bride, B. E. (2018). Exposure to client trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: A mediation analysis. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 228-235.
- Leiter, M. P., Maslach, C., & Frame, K. (2015). Burnout. Cautin, R. L. ve Lilienfeld, S. O. (Ed.). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, (s.1-7). John Wiley.
- Lewis, M. L., & King, D. M. (2019). Teaching self-care: The utilization of self-care in social work practicum to prevent compassion fatigue, burnout, and vicarious trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 96-106.
- Maramaldi, P., Sobran, A., Scheck, L., Cusato, N., Lee, I., White, E., & Cadet, T. J. (2014). Interdisciplinary medical social work: A working taxonomy. *Social Work in Health Care*, 53(6), 532-551.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook*. Routledge: New York.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian nursing*, 23(4), 12-19.

- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2010). Secondary Traumatization in Pediatric Healthcare Providers: Compassion Fatigue, Burnout, and Secondary Traumatic Stress. *OMEGA*, 60(2), 103–128.
- Michalopoulos, L. M., & Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646-664.
- Miller, B., & Sprang, G. (2017). A components-based practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatology*, 23(2), 153.
- Miller, J. J., Lee, J., Niu, C., Grise-Owens, E., & Bode, M. (2019). Self-compassion as a predictor of self-care: A study of social work clinicians. *Clinical Social Work Journal*, 47(4), 321-331.
- Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shameli, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing ethics*, 27(2), 494-504.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *In Healthcare MDPI*, 8(1).
- Nas, E., & Sak, R. (2020). Merhamet ve merhamet odaklı terapi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 64-84.
- National Association of Social Workers (NASW). (2003). NASW Standards for palliative and end of life care. Washington: NASW.
- National Association of Social Workers (NASW). (2005). NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice. Washington: NASW.
- Newell, J. M., & MacNeil, G.A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers.

- Goering, P.N. ve Boydell, K. (Ed.). *Best Practices in Mental Health Reform: Discussion Paper* (s.57-68).
- Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4364-4378.
- O'Donnell, P., Farrar, A., Brintzenhofeszoc, K., Conrad, A. P., Danis, M., Grady, C., & Ulrich, C. M. (2008). Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction in health care social workers. *Social work in health care*, 46(3), 29-51.
- Okoli, C. T., Seng, S., Otachi, J. K., Higgins, J. T., Lawrence, J., Lykins, A., & Bryant, E. (2020). A cross-sectional examination of factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue across healthcare workers in an academic medical centre. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 476-487.
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., & Gerhart, J. (2018). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 343-347.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Orbay, İ. (2019). *Kanser Hastası Çocuklara İnfomal Bakım Verenlerde Merhamet Yorgunluğunun Betimlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Orhan, G., Ulukol, B., & Canbaz, H. (2019). Çocuk İzlem Merkezi modeli ve bu modelde gözlenen sorunlar. *Kriz Dergisi*, 27(3), 178-186
- Özbesler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (2), 6-12.

- Özbesler, C., & İçağasıoğlu-oban. A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (2), 31-46.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özkan-Ulucan, E., Uçan, G., & Baydur, H. (2019). Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşyerinde Sosyal Destek Algısı, Mesleki Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (13), 1-20.
- Pak, M. D. (2017). Nadir hastalıklarda sosyal hizmetin rolü. *Sağlık ve Toplum*, 27(3), 3-13.
- Pak, M. D. (2019). Kronik Hastalıklarla Baş Etmede Çoklu Aile Grubu Terapisi Uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1120-1141.
- Pak-Güre, M. D. (2021). Covid-19 Pandemisinin Nadir Hastalığı Olan Bireyler Üzerindeki Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 685-697.
- Pak-Güre, M. D., & Pak, C. (2021). Nadir Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinde Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 269-277.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research & evaluation methods* (3. Baskı). Sage publications.
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134.
- Peinado, M., & Anderson, K. N. (2020). Reducing social worker burnout during COVID-19. *International Social Work*, 63(6), 757-760.
- Pelon, S. B. (2017). Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Hospice Social Work. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 13(2-3), 134-150.

- Peterson, E. P., Sylvia-Chou W-Y., Falisi, A., Ferrer, R., & Mollica, M. A. (2018) The role of medical social workers in cancer clinical trial teams: A group case study of multidisciplinary perspectives. *Social Work in Health Care*, 57(8), 688-704.
- Polat, F. N., & Erdem, R. (2017). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26, 291-312.
- Potter, P., Deshields, T., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62.
- Powell, S. K. (2020). Compassion Fatigue. *Professional Case Management*, 25(2), 53–55.
- Pugh, G. L. (2016). Job satisfaction and turnover intent among hospital social workers in the United States. *Social work in health care*, 55(7), 485-502.
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214.
- Rakoczy, S. (2009). Compassion fatigue in child welfare. *The New Social Worker*, 16(4), 16–18.
- Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297–336.
- Ravindran, V. (2019). Data analysis in qualitative research. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 20(1), 40-45.

- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology, 19*(4), 255-267.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry research, 200*(2-3), 933-938.
- Saruç, S. (2013). Tıbbi Sosyal Hizmette Hizmet İçi Eğitimin Gerekliliği. *Sağlık ve Toplum, 23*(1), 3-11.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 24*(2), 193-207.
- Sever, M., & İl, S. (2019). Kök Hücre Nakli Sürecinde Aile Merkezli Onkolojik Sosyal Hizmet Uygulaması. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 30*(2), 690-715.
- Sewell, K. M., Kao, D., & Asakura, K. (2021). Clinical supervision in frontline health care: A survey of social workers in Ontario, Canada. *Social Work in Health Care, 60*(3), 282-299.
- Shier, M. L., & Graham, J. R. (2011). Work-related factors that impact social work practitioners' subjective well-being: Well-being in the workplace. *Journal of Social Work, 11*(4), 402-421.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative medicine, 31*(5), 437-447.

- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies, 69*, 9-24.
- Singer, J., Cummings, C., Moody, S. A., & Benuto, L. T. (2020). Reducing burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress through investigating purpose in life in social workers. *Journal of Social Work, 20*(5), 620-638.
- Slattery, S. M., & Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence against women, 15*(11), 1358-1379.
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of loss and Trauma, 12*(3), 259-280.
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual. ProQOL.org.
- Stanley, S., Mettilda Buvaneswari, G., & Meenakshi, A. (2020). Predictors of empathy in women social workers. *Journal of Social Work, 20*(1), 43-63.
- Stickle, M. (2016). The expression of compassion in social work practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 35*(1-2), 120-131.
- Tanner, D. (2020). 'The Love That Dare Not Speak Its Name': The Role of Compassion in Social Work Practice. *The British Journal of Social Work, 50*(6), 1688-1705.
- Tarshis, S., & Baird, S. L. (2019). Addressing the indirect trauma of social work students in intimate partner violence (IPV) field placements: A framework for supervision. *Clinical Social Work Journal, 47*(1), 90-102.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. 16 Şubat 2011. Sayı:7465. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. 06 Mart 2014. Sayı:9453. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/21881/0/trsm-yonergepdf.pdf>
- Tekin, M., & Uludağ, A. (2020). Sağlık Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Benlik Saygılarının İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (15), 95-106.
- Thiel, M., Mattison, D., Goudie, E., Licata, S., Brewster, J., & Montagnini, M. (2021). Social work training in palliative care: addressing the gap. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(8), 893-898.
- Thomas, J. (2013). Association of Personal Distress With Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Among Clinical Social Workers. *Journal of Social Service Research*, 39(3), 365-379.
- Tuncay, T. (2010). Kanserle Başetmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 59-71.
- Tuncay, T., & Oral, M. (2012). Onkoloji Çalışanlarında Dolaylı Travmatizasyon Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1), 161-171.
- Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-154.
- Tuncay, T., & Tekin, H. H. (2021). Tıbbi Sosyal Hizmet. *Sosyal Hizmet Mesleğinin ABC'si Temel Kavramlar Sosyal Sorunlar Çalışma Alanları Müdahale Ölçekleri*, (s.344-361). Nika Yayınevi: Ankara.

- Turgut, A. Ş., & Soylu, G. (2020). Palyatif Bakım Hasta Yakınları ile Nitel Bir Çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460-476.
- Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2017). Psikiyatri hemşireliğinde şefkat yorgunluğu: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 421-430.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2018). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.
- Voth-Schrag, R. J., Wood, L. G., Wachter, K., & Kulkarni, S. (2022). Compassion fatigue among the intimate partner violence and sexual assault workforce: Enhancing organizational practice. *Violence against women*, 28(1), 277-297.
- Weisz, E., & Cikara, M. (2021). Strategic regulation of empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(3), 213-227.
- Worly, B., Verbeck, N., Walker, C., & Clinchot, D. M. (2019). Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male Millennial medical students. *Psychology, health & medicine*, 24(4), 429-438.
- Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London: WHO.
- Yıldırım, B., Acar, M., & Tuncay, T. (2013). Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri ve Kanıta Dayalı Değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 169-190.
- Yıldırım, B. (2017). Bir tıbbi sosyal hizmet uygulaması: hemodiyaliz hastaları üzerine etkileşim grubu planlama. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2), 64-73.

- Yıldırım, B. (2018). Hastane Sosyal Hizmetinin İşlevi ve Bakım Veren Ebeveynlerde Pediatrik Astım Yönetimi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 364-385.
- Yıldırım, B., & Başer, A. O. (2019). Acil Servis Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahaleleri, Müracaatçı Profili ve Sosyal Hizmet Mülakatında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 286-308.
- Yıldırım, B. (2019). Astımlı Çocuk ve Bakım Veren Anneleri Olmak: Biyopsikososyal Bağlamda Bir Sosyal Hizmet Değerlendirmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 57-64.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri* (12.baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, S., & Cavcav, F. (2021). The Compassion Fatigue-Short Scale for healthcare professionals: A Turkish study of validity and reliability. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1459-1465.
- Yi, J., Kim, M. A., Choi, K., Kim, S., & O'Connor, A. (2018). When does compassion fatigue hit social workers? Caring for oncology patients in Korea. *Qualitative Social Work*, 17(3), 337-354.
- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Ah Kim, M., & Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of psychosocial oncology*, 36(6), 667-680.
- Yi, J., Kim, M., Choi, K., Droubay, B. A., & Kim, S. (2019). Compassion satisfaction and compassion fatigue among medical social workers in Korea: the role of empathy. *Social work in health care*, 58(10), 970-987.

- Yu, H., Qiao, A., & Gui, L. (2021). Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: a cross-sectional survey. *International Emergency Nursing*, 55, 1-7.
- Zara, A., & İçöz, F. J. (2015). Türkiye’de Ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 18(1), 15-23.
- Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3), 29-34.
- Zengin, O. (2016). Nefrolojik sosyal hizmet: Kronik böbrek yetmezliğinde sosyal hizmet müdahalesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25(3), 221-226.
- Zengin, O. (2017). Kronik Böbrek Yetmezliğinde özm Odaklı Kısa Terapiye Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesi: Bir Vaka Sunumu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(2), 122-138.
- Zengin, O., & Yıldırım, B. (2017). Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1), 67-73.

EK 2: ETİK KOMİSYON İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Tarih: 20/06/2022
Sayı: E-35853172-300-00002244028
00002244028

Sayı : E-35853172-300-00002244028
Konu : Sena ODABAŞ (Etik Komisyon İzni)

20.06.2022

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 25.05.2022 tarihli ve E-12908312-300-00002199889 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Sena ODABAŞ**'ın, **Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN** danışmanlığında hazırladığı "**Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Merhamet Yorgunluğuna Etkide Bulunan Faktörlerin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **14 Haziran 2022** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: DF27FDSC-319C-4963-A646-0F46E7AA54D9

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Çağla Handan GÜL

E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Bilgisayar İşletmeni

Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks: 0 (312) 311 9992

Telefon: 03123051008

Kep: hacettepeuniversitesi@hs01.kep.tr



EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Değerli Sosyal Hizmet Uzmanı,

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN danışmanlığında araştırmacı Sena ODABAŞ tarafından yürütülmekte olan “Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarında Merhamet Yorgunluğuna Etkide Bulunan Faktörlerin İncelenmesi” konulu yüksek lisans tezidir. Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan Etik Komisyon Onayı alınmıştır.

Hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarını kapsayan bu araştırmada meslek elemanlarının merhamet yorgunluğuna etkide bulunan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda üç bölümden oluşan yarı-yapılandırılmış görüşme formu eşliğinde derinlemesine görüşme gerçekleştirilecektir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayalı olup araştırma için yaklaşık 60 dakika ayırmanız gerekmektedir. Çalışma kapsamında sizden alınan bilgilerin eksiksiz olarak yazıya geçirilmesi için sizin de onayınız dahilinde ses kayıt cihazı kullanılacaktır; ses kayıt cihazının kullanımına izin vermediğiniz durumda görüşme yapan araştırmacı görüşmeyi yazarak not tutacaktır. Araştırma sorularında kimliğinizi ortaya çıkaracak herhangi bir soru bulunmamaktadır. Çalışma kapsamında vereceğiniz yanıtların tamamı gizli tutulacak olup yazılı dökümler ve ses kayıtları kimseyle paylaşılmayacaktır sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılım konusundaki karar tamamen size ait olup, çalışmaya katıldıktan sonra istediğiniz an ayrılma hakkına sahipsiniz. Görüşme esnasında sorulan sorulardan rahatsızlık duyarsanız ya da cevaplamak istemezseniz cevaplamama hakkına sahipsiniz. Çalışmadan ayrıldığınız durumda herhangi bir yaptırımla karşılaşmayacaksınız ve verdiğiniz yanıtlar imha edilecek olup araştırma kapsamında kullanılmayacaktır.

Çalışmaya katılım sağlamadan önce sorularınızın olması halinde sormaktan çekinmeyiniz. Çalışmaya katılım gösterdikten sonra da sormak istediğiniz sorular ve araştırmanın sonuçları hakkında bilgi almak için odabasena@gmail.com e-posta adresini kullanarak tarafıma ulaşabilirsiniz.

Zaman ayırıp çalışmamıza gösterdiğiniz ilgiden ve verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı Sena Odabaş tarafından araştırmanın amacı, süreci ve uygulaması hakkında detaylı olarak bilgilendirildim. Araştırma süresince herhangi bir sebep göstermeden istediğim zaman araştırmadan çekilme hakkım olduğu hususunda bilgi sahibiyim. Ayrıca gerçekleştirilen araştırma için kimliğimin, görüşme esnasında verdiğim tüm bilgilerin ve alınan ses kayıtlarının ya da notların gizli tutulacağı yalnızca araştırma kapsamında kullanılacağı ve araştırmanın tamamlanmasının ardından yok edileceği tarafıma bildirildi. Araştırma ile ilgili sonuçları öğrenmek ya da araştırma hakkındaki sorularımı sormak için araştırmacının iletişim bilgilerine sahibim.

Yukarıda yer alan metnin tamamını okudum ve bu araştırmaya kendi rızam ve hiçbir baskı altında kalmadan gönüllü olarak katılmayı onaylıyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bende kalacaktır.

Tarih:

Katılımcının;

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon/E-mail:

İmza:

Araştırmacının;

Adı Soyadı: Sena ODABAş

Adres: Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Telefon:

E-Mail: odabasena@gmail.com

İmza:

EK 4: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Tarih:

Görüşme No:

1. Sosyo-Demografik Bilgiler

Doğum Tarihiniz:.....

Cinsiyetiniz:.....

Medeni durumunuz:.....

Eğitim durumunuz:.....

2. Mesleki Bilgiler

2.1. Hastanede çalıştığınız birim hangisidir?

2.2. Toplam hizmet yılı süreniz nedir?

2.3. Tıbbi sosyal hizmet alanında toplam hizmet yılı süreniz nedir?

2.4. Farklı sosyal hizmet alanlarında görev aldınız mı?

2.5. Mesleğiniz hakkında düşünceleriniz nelerdir? Farklı bir meslek grubu içinde çalışmak ister miydiniz?

2.6. Bir hafta içinde görüştüğünüz müracaatçı ve müracaatçı yakını sayısı nedir?

2.7. Sıklıkla karşılaştığınız müracaatçı bireylerin sorun alanını nelerdir?

2.8. Hastanedeki rol ve sorumluluklarınız nelerdir?

2.9. Herhangi bir hizmet içi ya da dışı bir eğitime (BDT, krize müdahale vb.) katılım gösterdiniz mi? Bu eğitimler sizin mesleki hayatınızı sürdürmede iyilik halinizi arttırdı mı?

2.10. Sosyal hizmet vaka yönetimi esnasında ya da sonrasında süpervizyon desteği gibi psikososyal destek hizmeti alıyor musunuz? Ne kadar sıklıkta? Bu tür psikososyal desteklerin meslek hayatının psikososyal açıdan sağlık bir şekilde sürdürülmesi için gerekli buluyor musunuz?

2.11. Hastanedeki mesleki deneyimiz ile ilgili duygu ve düşüncelerinizden bahsedermisiniz?

3. Merhamet Yorgunluğuna İlişkin Sorular

- 3.1. Merhamet deyince aklınıza ne geliyor? Kısaca bahsedermisiniz?
- 3.2. Bakım yükü kavramı hakkında düşünceleriniz nelerdir? Sosyal hizmet uzmanlarının vaka yönetimi sürecinde müracaatçıların bakım yükünü üstlenmeleri nasıl sonuçlar ortaya çıkabilir?
- 3.3. Bir hafta içinde (...) müracaatçı ile görüştüğünüzü belirttiniz? Bu durum sizi nasıl etkilemektedir? Vaka sayının fazla olması yorgun hissetmenize neden oluyor mu? Travmatik öyküye sahip bireyler ile çalışmanız sonucunda nasıl hissediyorsunuz?
- 3.4. Zorlu vakalarla çalışmak sonucunda duygularınızı kontrol etmekte güçlük çekiyor musunuz?
- 3.5. Gün içinde görüştüğünüz müracaatçıları çalışma saatleri dışında düşünüyor musunuz? Aklınıza geldiğinde nasıl hissediyorsunuz?
- 3.6. Hangi tür vakalarla çalışırken zorlanıyorsunuz?
- 3.7. Çalıştığımız vakalardan sonra yorgun hissediyor musunuz? Ne sıklıkta yorgun hissediyorsunuz? Fiziksel bir yorgunluk mu hissediyorsunuz psikolojik mi? Yorgunluğunuzu paylaşabilecek sosyal destek sisteminiz var mı?
- 3.8. Vaka yönteminin başarılı olarak sonlandırılmadığı vakalarla karşılaşılıyor musunuz? Müracaatçılara destek olamama durumu sizi nasıl etkiliyor?
- 3.9. Geçmişte yaşadığınız travmatik bir öykünüz var mı? Yaşanılmış bu travmatik öykü, travma mağduru bireylerle çalışmanızı etkiliyor mu?
- 3.10. Hastanede karşılaştığımız örgütsel sorunlar (uzun saatler çalışma, vaka yüklerinin eşit dağılmaması, yeterli sosyal hizmet uzmanının olmaması, yönetim ile yaşanan sorunlar, mesleki tanımın bilinmememesi kaynaklı sorunlar) var mı? Varsa bu sorunlar bireysel ve mesleki düzeyde sizi nasıl etkilemektedir? Bu sorunlar ile baş etmede nasıl bir yol izliyorsunuz?
- 3.11. Görüşülen müracaatçılara sürekli empatik tepki vermek sizi nasıl hissettiriyor?

3.12. Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları etkili empati kurma ve merhamet hissetme becerisini nasıl etkilemektedir? Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının merhamet yorgunluğuna neden olduğunu düşünüyör musunuz?

3.13. Travmatik olaylara sürekli maruz kalmayla nasıl baş ediyorsunuz? Bu durum mesleki tatmininizi nasıl etkiliyor? Baş etme stratejileriniz nelerdir?

3.14. Son olarak hastane ortamında karşılaştığınız eksikliklerden kaynaklı sorunları çözümlmek için bir öneriniz var mıdır? Süpervizyon desteği alma; kurumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi; hizmet politikalarının arttırılması; mesleki kavram karmaşasının önlenmesi; interdisipliner çalışma grubu içerisinde görünürlüğün arttırılması; sosyal politikaların geliştirilmesi gibi konular hakkında bir öneriniz var mıdır?

3.15. Eklemek istediğiniz bir şey var mıdır?