Derleme

ONKOLOJİ ÇALIŞANLARINDA DOLAYLI TRAVMATİZASYON ÜZERİNE BİR GÖZDEN GEÇİRME

A Review on Vicarious Traumatization of Oncology Professionals

Tarık TUNCAY*
Meltem ORAL**

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü

**Bilim Uzmanı,
Sosyal Hizmet Uzmanı (LCSW, MSW),
Atatürk Üniversitesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

ÖZET

Onkolojik bakım alanında çalışan sağlık bakım profesyonelleri (hekimler, hemşireler, sosyal çalışmacılar, psikologlar vd.), kanser hastalarına ve ailelerine, kanserin yaşamsal tehdit yaratan yüklerini taşımalarında -farklı mesleki roller taşıyor olsalar da- destek olurlar. Kanser hastasıyla çalışmanın doğasında yüksek bir duygusal yoğunluk vardır. Bu yoğunluğu üzerinde taşıyan onkoloji profesyonelleri ise dolaylı travmatizasyon tehdidi altına girer. Birçok araştırma onkoloji profesyonellerinin işleriyle ilgili travmatik tepkiler verdiğini ortaya çıkartmıştır. Ne var ki, dolaylı travmatizasyonu niceliksel ölçme araçlarıyla saptamak güçtür. Ayrıca onkoloji alanının olumlu yönleri bu yaşantıyı gölgede bırakabilmektedir. Kişisel kazanımlar, ekip üyeleriyle duygusal yükü paylaşma, yaşamsal dersler öğrenme ve çalışanların işlerine yüksek değerler atfetmesi onkoloji alanının olumlu yönlerindendir. Bu makalede dolaylı travmatizasyonun nedenleri, çalışanlar üzerindeki potansiyel etkileri ve travmadan korunma yolları incelenmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Dolaylı travmatizasyon, psiko-onkoloji, psikososyal-onkoloji, onkoloji çalışanları, onkolojide sosyal çalışma, tıbbi sosyal hizmetler*

ABSTRACT

Oncology health care professionals (physicians, nurses, social workers, psychologists etc.) play different but important roles in helping cancer patients and their families bear the life-threatening burdens of cancer. There is a high level of emotional intensity in the nature of working with cancer patient. This may put oncology professionals at risk for experiencing vicarious traumatization. Many research results indicate that most oncology professionals have traumatic responses related to their work. However, the vicarious traumatization is difficult to detect through quantitative measures. Besides, the positive aspects of oncology field overshadow this particular experience. Positive aspects of oncology field include personal rewards, sharing the emotional burden with team members, life lessons learned and value workers assigned to their work. This article examines the reasons of vicarious traumatization, its possible impacts on professionals and ways to be protected from trauma.

Key Words: *Vicarious traumatization, psycho-oncology, psychosocial-oncology, oncology professionals, oncology social work, medical social services*

GİRİŞ

Onkolojik bakım ve tedavi alanında çalışanlar dolaylı travma riski altındadır. Dolaylı travmatizasyon, klinisyenin herhangi bir travmanın sağkalanları ile kurduğu empatik bağlantının kişisel ve mesleki hayatındaki olumsuz etkileri sonucunda yaşanan bir süreçtir. Kavram temelde travma literatüründen alınmıştır. Dolaylı travmatizasyon kavramı, ruhsal travma yaşayan kişilerle çalışan terapistlerde yoğunlukla çalışılmıştır (Cunningham, 1996; Figley, 1995; Cornille ve Meyers, 1999; Jenkins ve Baird, 2002 vb.).

Dolaylı travmatizasyonun temel önermesi şudur (McCann ve Pearlman, 1990): Mağdurların travmatik deneyimlerine maruz kalma, mağdurun yakınında bulunan kişilerin ruh sağlığına zarar verebilir. Bu durum onların yaşam öykülerini dinlerken ya da yaşantılarını gözlemlerken oluşabilir. Doğal olarak, mağdurun iyileşme sürecine yardımcı olan profesyonel de risk altındadır ve çalışılan travma mağduru bireylerin sayısı arttıkça, profesyonelin dolaylı travmaya yakalanma riski artar. Yani farklı özellikler taşıyan ve sorunlar yaşayan müracaatçıların sayısı travmanın profesyonelde ortaya çıkışına kümülatif bir etki yapar.

Dolaylı travmatizasyonla birlikte, ağır seyreden baş ağrılarından depresyona, iritasyondan kızgınlık ve öfkeye kadar çeşitlenen duygusal semptomların yaşanması olasıdır. Üzerine gidilmediğinde, izolasyon, içe kapanma ve soyutlama oluşur. Ayrıca oldukça karmaşık bir fenomen olup, kişide zamanla biriken stresin etkisiyle artmaktadır. Özellikle kişi kendi duygusal gereksinimlerini fark edip karşılamadığında ve stresin belirtilerini görmezden gelmeye çalıştığında dolaylı travmatizasyon yükselişe geçmektedir (Bush, 2009). McCan ve Pearlman 1990'da dolaylı travmatizasyonun adını koymuş ve kavramsal tasarımını geliştirmişlerdir. Kavram 1995'te (Perlman ve Mac Ian) işlevsel olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Kavramın Kapsamı ve Benzerlerinden Farkı

Kanser hastalığı, beklenmedik bir zamanda ortaya çıkışı ve yıkıcı etkiler yapma olasılığının yüksekliği nedeniyle kuşkusuz travmatik bir yaşantı olarak görülebilir. Ne var ki, psiko-onkoloji literatürü incelendiğinde onkoloji profesyonellerinin dolaylı travmatizasyonuna odaklanan çalışmaların sayısı oldukça az bulunmuştur (Cunnigham, 2003; Dane ve Chachkes, 2001; Stearns, 2001; Sinclair ve Hamill, 2007; Sabo, 2008; Kadambi ve Truscott, 2007). Buradan onkoloji çalışanlarının psikososyal sağlığının ihmal edildiği sonucu çıkartılmamalıdır. Doğrusu, onkoloji alanında çalışan her profesyonel grupta yaşanan tükenmişliği ve karşı-aktarımı inceleyen yeterli sayıda araştırma mevcuttur, fakat bu kavramlar bazı yönleriyle dolaylı travmatizasyondan daha farklıdır.

Literatürde sıklıkla rastlanan tükenmişlik ve karşı-aktarım kavramlarının dolaylı travmatizasyonuna benzerlik gösteren özellikleri vardır. Tümünde ortak olan, ölüm tehdidi altındaki ya da ölmekte olan kişilerle çalışan profesyonelin kişisel yaşantılarına odaklanılmasıdır. Dolaylı travmatizasyon hem tükenmişlik hem de karşı-aktarımla açıkça ilişkili bir kavram olmakla birlikte, literatürde her iki fenomenden ayrı bir yerde görülür (Cunningham, 1996;

MacCann & Pearlman, 1990; Stamm, 1999 vd.). Tükenmişlik, profesyonelin duygusal bakımdan yüklü işine ve destekten yoksun kaldığı iş çevresine ilişkin duygusal ve davranışsal tepkilerine odaklanır. Işıkhan'ın (2006) vurguladığı gibi, tükenmişlik ilk olarak sağlık ve sosyal hizmet alanlarında keşfedilip incelenmiştir. Bu alanlar, psikolojik ve davranışsal eylemlerin tükenmişliğin oluşumuna etkisini net biçimde gözler önüne sermektedir. Çalışma ortamına özgü bir sendrom olan tükenmişlik üzerinde ilk çalışanlardan Maslach tükenmişliği "işi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi" olarak tanımlamıştır (1982, akt. Işıkhan, 2006). Çoğunlukla, başedilemeyen stresin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Buna karşın, hastalarla çalışan her profesyonel, dolaylı travmatizasyonu belli ölçüde yaşayabilir, travma zaman içinde yavaş yavaş gelişebilir (Figley, 1999). Zira kişinin, çalışma yaşamının zorlu koşulları karşısında etkili başetme stratejileri geliştirememesi, belirttiğimiz gibi, daha çok tükenmişlikle bağlantılıdır. Dolaylı travmatizasyon ayrıca, belirtiler yerine anlam ve uyuma yaptığı vurguyla da tükenmişlikten farklılaşır (Pearlman ve Saakvitne, 1995).

Karşı-aktarımın odağı profesyonelin belirli bir vakaya veya terapötik ilişkiye özgü duygusal tepkileridir. Karşı-aktarım tıp ve hemşirelik literatüründe sık rastlanmayan, daha çok psikiyatri, psikoloji ve sosyal çalışma literatüründe incelenen bir konudur. Klasik Freudyen bakışta karşı-aktarım, belirli bir terapötik ilişkide terapistin çözümlenmemiş ya da bilinçdışı istek ve savunmalarının tetiklediği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ölümcül hastalık tanısı alan hastalara bakım veren profesyonelleri göz önünde bulundurduğumuzda ölümle pazarlık yapan hasta ile etkileşimden doğan aktarım ve karşı-aktarım dinamikleri profesyonelin yaşadıklarını anlamada yeterince tatmin edici değildir. Güncel olarak, karşı-aktarım daha çok terapötik ilişkideki bir terapistin müracaatçı ya da terapinin günlük konusuyla ilgili düşünceleri, duyguları ve tepkileri olarak tanımlanmaktadır (Blair ve Ramones, 1996; Sabin-Farrell ve Turpin, 2003; Stamm, 1997; Dunkley ve Whelan, 2006 vd.).

Kendine ve Dünyaya Bakışta Köklü Değişim

Gerek tükenmişlikten gerekse karşı-aktarımdan farklı olarak dolaylı travmatizasyon, profesyonelin travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış hastalarla çalışması sonucunda kendisine ve dünyaya ilişkin bakışında zamanla oluşan köklü değişimlerdir (Pearlman ve Saakvitne, 1995, s.31). Empatik bağlantı kurulan hastayla doğrudan çalışmanın yanı sıra başka bazı durumlar da travmaya neden olabilir. Şiddet olaylarının resim veya video gibi araçlarla görsel sunumlarını izlemek, insanların ölüm süreçlerine tanık olmak ve diğer travmatik olayları görmek travmanın tetikleyicileridir (Perlman ve Mac Ian, 1995). Yaşadığı değişimler, kişinin hem meslek hayatındaki hem de özel hayatındaki ilişkilerini olumsuz yönde etkiler.

Tıpta Onkoloji Alanı ve Dolaylı Travmatizasyon

Onkolojide çalışanlar –kuşkusuz tedavi ve bakım sürecindeki rolleriyle orantılı olarak- hastalarda, tekrar eden biçimde

kayıplara, ölme sürecine, ölüme, fiziksel sakatlanmaya, bedensel bozulmaya ve kötüleşmeye tanık olurlar. Bir yandan, hastaların fiziksel ve duygusal yakınmalarını hoşgörüyle dinlemeye, karamsarlıklarını, korkularını ve çaresizlik duygularını hafifletmeye çaba harcarlar. Öte yandan kendilerinin ve sevdiklerinin -bir gün- ölecekleri gerçeğiyle yüzleşirler (Penson ve diğ., 2000; Artinian, 1995 vb.). Şu halde gerek ölümcül hastalık gerekse ölümün kendisi profesyonel açısından derindeki bazı duyguların, hatta anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olan bir travma olabilir. Zaten travma (Mishne, 1998), insanın günlük hayattaki sosyal işlevselliğini ve uyumunu engelleyen, yaşamsal tehdit yaratan olağandışı olaylar veya yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, kanser tanısı almak ölüm tehdidi almakla adeta eş anlamlı gibi algılandığı için tipik bir travma nedeni olmaktadır. Hakikaten kanser toplumun kolektif bilincine kötülük timsali olarak yerleşmiş; sağlıksız yaşamanın, çok sigara içmenin, dengesiz beslenmenin cezası ya da sonucu gibi algılanmıştır. Bugün dünyanın birçok yerinde kanser hastasına ölümcül hasta gözüyle bakan birçok insanın var olduğunu söylemek iddialı bir görüş olmayacaktır. Her ne kadar DSM-IV (1994) öncesinde hayatı tehdit eden bir hastalığın travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'na yol açacak bir stresör olarak kabul edilmesi açıkça dışlanmışsa da kanserin yaşamsal bir tehdit oluşu, toplumsal bakışın ve kanserle ilgili metaforların hastaların korku ve anksiyetelerini artırıcı etkisi sonucu bir travmaya dönüşebilen bu hastalık DSM-IV (1994) kriterleri içinde yerini almıştır. Rehberde, TSSB başlığı altında "kişinin yaşamsal tehdit yaratan hastalık tanısı alması" olarak ifade edilmektedir. TSSB travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkarak, yeniden yaşama, kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Ayrıca kanser TSSB'ye neden olan diğer etkenlerden farklı olarak kısa süreli değil oldukça uzun süreli yaşanan bir travma özelliği taşımaktadır. Süreç hastalık tanısının konulmasıyla başlamakta, tedaviler boyunca ve hatta tedavi sonrası kontrol taramalarında da devam etmektedir (Alter ve diğ., 1996; Posluszny ve diğ., 2011). Yapılan bir araştırmada (Tokgöz ve diğ., 2008) kanser tanısı almış hastaların en az %19'unda TSSB saptanmıştır. Kangas ve ark. (2002) yaptığı erişkin kanser hastalarında TSSB sıklığını bildiren 13 yayınlanmış çalışmayı özetleyen derlemede, kansere bağlı TSSB sıklığını değerlendirmek için SCID-DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV) ölçeğini kullanan çalışmalarda TSSB sıklığı %0 ile %6 arasında, PCL-C (PTSD Checklist Civilian Version) ölçeğini kullanan sekiz çalışmada sıklık %5 ile %19 arasında ve CAPS-I (Clinician Administered PTSD- Structured Interview) kullanılan iki çalışmada ise TSSB sıklığının %14 ile %32 arasında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaların dışında bir çalışma örnekleminin %60'ında eşik altı TSSB bildirirken, diğer bazı çalışmalar eşik altı TSSB sıklığının %5-13 arasında olduğunu bildirmiştir. İçinde kanser hastalarının yer aldığı farklı müracaatçılarla çalışan 221 terapistle (%41,5'i sosyal çalışmacı, %35'i danışman, %12,4'ü psikolog vd.) yapılan bir çalışmada (Kadambi ve Truscott, 2007), katılımcıların %58,2'si DSM-IV kriterleri içinde yer alan travmatik stresörlere kişisel olarak maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Diğer

bir çalışmada ise Quinal ve ark. (2009), onkoloji personelindeki sekonder travmatik stresin (STS) yaygınlığının %16 ile %37 arasında olduğunu bildirmiştir. Onkoloji personelinde en sık görülen semptomların uyuma güçlüğü, hastalar hakkında rahatsız edici düşünceler ve sinirlilik olduğu bildirilmiştir. Hiradfar A. ve ark. (2010), STS'i değerlendirdikleri bir çalışmada onkoloji personelindeki STS yaygınlığını %35 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada görülen en sık belirtiler ise fizyolojik tepkiler, danışanların travmasını yeniden yaşama, sinirlilik ve uyarılmışlıkta artmadır. Bu veriler dikkate alındığında, onkoloji profesyonellerinin hastalarla kurdukları bağlar nedeniyle travmatizasyona karşı daha savunmasız oldukları söylenebilir. Kanser deneyimi belirsizliğin, inkârın ve sürekli umudu koruma çabasının bir arada sürdüğü bir hastalık özelliği taşır ve profesyoneller bu yaşantıları hastalarla birlikte deneyimler.

Dolaylı Travmatizasyona Etki Eden Unsurlar

Schou (1993) hastanın özel dünyasını ve tedavinin gerçekleştiği kurumsal alanı içeren tıbbi etkileşimlerin karmaşık doğasını açıklamıştır. Bu çerçevede, dolaylı travmatizasyonun gelişimine etki eden bazı unsurları tanımlamıştır. Bunlar, travmatik deneyimle temasın yoğunluğu, sürece katılan profesyonellerin sosyodemografik özellikleri, kullanılan başetme stratejileri, mesleki sosyalizasyon, mesleki roller, işbölümü, toplumsal katman, toplumsal cinsiyet ve son olarak onkoloji alanının ödülleridir.

Yoğunluk travma mağduruyla kurulan mesleki bağlantının ve hasta tarafından tedavi sürecinde aktarılan duygusal yüklerin yoğunluğuyla ilgilidir. Profesyonelin hasta sayısı ve bağlantı yoğunluğu arttıkça dolaylı travmatizasyon yaşama olasılığı artmaktadır (Cunningham, 2003).

Sosyodemografik özellikler de dolaylı travmatizasyon yaşama olasılığına etkide bulunur. Profesyonelin eğitimi, medeni durumu, sosyal destek ağlarının niteliği koruyucu faktörler arasındadır. Meslekte geçirilen süre ve travma mağdurlarıyla çalışılan süre de dolaylı travmatizasyona etkide bulunmaktadır.

Mesleki sosyalizasyon kişinin mesleki aidiyetiyle bağlantılıdır. Diğer deyişle, egemen meslek kültürüyle, mesleğin bilgi, beceri ve değer repertuarını içselleştirerek bütünleşmek profesyonelin mesleki sosyalizasyonunu tamamladığına işaret eder. Mesleki sosyalizasyonu gelişmiş bir kişinin dolaylı travmatizasyona yakalanma riski daha azdır.

Hasta-sağlık çalışanı etkileşiminde *toplumsal cinsiyet* kaynaklı farklılıklar da görülmektedir. Kadınlar başkalarının duygularına karşı daha duyarlı ve duygularını açığa çıkarmada erkeklere göre daha rahattırlar. Magen ve Konasewich (2011) doğal bir ortamda, bayan ve erkeklerde, sorunları olan bir kişiye destek verirken duygusal etkilenmedeki cinsiyet farklılıklarını değerlendiren bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda, kadınların erkeklere göre olumlu duygusal durumunda daha fazla bozulma yaşadığı, kadınların duygusal durumundaki değişikliklerle görüştükleri sorunlu kişilerin duygusal durumu arasında pozitif bir korelasyon olduğu ve bu durumun erkeklerde mevcut olmadığını bildirmişlerdir. Dolayısıyla kadın profesyonelin tedavi sürecindeki bir hastayla daha fazla empatik

bağlantı kurması olasılığı artmaktadır. Öte yandan yapılan araştırmalar tıp alanındaki eğitim sürecinin hastaların yaşantılarına verilen duygusal tepkilerde cinsiyet farkını ortadan kaldırabildiğini göstermiştir. Yine de kadınlar erkek meslektaşlarına oranla hastalara daha fazla empatik tepki vermekte ve onlarla daha eşit bir iletişim dili kurmaktadırlar. Şu halde kadınların erkeklere göre daha çok dolaylı travmatizasyon riski altında olduğu söylenebilir.

Mesleki roller açısından incelendiğinde, onkoloji servislerinde çalışan sosyal çalışmacıların ve psikologların dolaylı travmatizasyona maruz kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Hermann ve Carter (1994:712) onkolojide sosyal çalışmacının ayırt edici rolünü şöyle ifade etmektedir: "Hekim ve onkoloji hemşiresi, destekleyici bir ortamda hastaya klinik becerilerini ve uzmanlıklarını sunma sorumluluğu taşırken, bazı hastalar ve aileleri kanser deneyiminde daha fazla kontrol hissine sahip olmak için özel ve yakından ilgili bir danışmanlık almak isterler. Onkoloji sosyal çalışmacıları, uygun akademik temelleri ve kanser deneyimiyle pekişmiş bilgileriyle böylesi bir danışmanlığı sağlayacak profesyonellerdir. Sosyal çalışmacılar, hastanın ve ailesinin hastalıkla mücadelesinde rol oynayan kişisel, kişilerarası ve çevresel unsurlara özenle odaklanırlar." Hiç şüphesiz, onkoloji çalışanlarının tümü, acıya, kedere ve ölüme düzenli olarak tanıklık ederler. Oysa sosyal çalışmacının işi sadece tanıklık değil aynı zamanda ölüm tehdidi altındaki ya da ölmekte olan hastalara empatik sıcaklık göstermek, onları etkili ve dikkatli biçimde dinlemek ve tedavi süreçlerine aktif katkı ve katılım göstermektir. Sonuçta, hekim tedavi planı yapmakta hemşire ise bu planı uygulamaktadır. Mesleki uygulamanın dikkatini yoğunlaştırdığı odak tedavi olmaktadır. Oysa sosyal çalışmacı, hastalığı ilerlemiş olan ya da kansere uyum konusunda güçlük yaşayan hastalarla çalışır (Preyde ve Synnott, 2009). Hastalığın olumsuz seyri, başetmede yetersizlik, depresyon, anksiyete ya da başka bir psikososyal sorun karşısında hasta ile görüşür. Bu yüzden sosyal çalışmacının dolaylı travmatizasyona maruz kalma olasılığı tedavi ekibinin diğer üyelerine göre daha fazla olmaktadır. Sosyal çalışmacı ve diğer onkoloji çalışanlarının genç yaşta ve bekar olması, iletişim ve yönetim becerilerinde yetersiz olduklarını hissetmeleri ve iş yerinde yüksek düzeyde stres yaşıyor olmaları onların ruh sağlıklarının bozulma riskini arttırmaktadır (Graham & Ramirez, 2002).

Onkoloji çalışanının işiyle bağlantılı streslere karşı kullandığı *başetme stratejileri* de dolaylı travmatizasyona etki eder. Onkoloji alanında çalışan kişilerin dolaylı travmatizasyonun farkında olup bununla baş etmek için bazı özel teknikler geliştirmesi ve kendilerine iyi bakması gerekir. Profesyoneller tarafından kullanılan başetme stratejileri literatürde daha çok sorun odaklı ve sosyal destek kullanımının yoğun olduğu uyuma dönük araçlar olarak gösterilmiştir (Rodriges ve Chaves, 2008; Işıkhan ve diğ., 2004). Buna karşın inkar etme, zihinsel boşverme, duygusal aktarım gibi duygu odaklı başetme stratejileri kullanan profesyonel daha çok travma riski altına girmektedir. Öte yandan kişinin kullandığı başetme araçlarını öğrendiği kaynak sosyal çevresi olup, çalışma ortamındaki

mesleki sosyalizasyon çalışanların birbirine benzer başetme stratejileri kullanımı sonucunu doğurur. Dolayısıyla birbiriyle etkileşim halinde aynı çalışma ortamını paylaşan onkoloji çalışanlarının genelde aynı başetme statejilerini paylaştıkları da görülmektedir. Aslında, doğru ya da yanlış başa çıkma stratejisi yoktur. Başa çıkma stratejileri ya etkilidir veya etkisiz kalmaktadır. Başa çıkma stratejisi seçimi oldukça kişisel bir şeydir. Mesela, gevşeme teknikleri, bazı insanlar için işe yararken, diğerleri için oldukça stresli olabilir. Bu nedenle, çalışanların kişisel özelliklerine saygı göstermek önemli olup, sorun odaklı ve uyuma dönük başetmenin daha sık kullanıldığı ve çalışanlar arası sosyal desteğin etkin olduğu bir çalışma ortamı kurma yönünde yine ortak bir çaba harcanmalıdır. İyileştireni iyileştirme ya da koruyucu teknikler arasında süpervizyon, travmayla çalışanlar için destek grupları, uygun karşı-aktarım açıklaması, ve meditasyon ve gevşeme için zaman ayırma gibi stres yönetimi teknikleri yer almaktadır (Weinberg ve ark. 2005). Aynı zamanda, eğitimin de onkoloji çalışanlarının yaşadığı stresle başa çıkmalarında faydası olacaktır. Staples ve ark. (2007) sağlık çalışanları için bütünleştirici kanser bakımı eğitim programı üzerine yaptığı bir çalışmada böyle bir eğitim programının katılımcıların mesleki becerilerini, duygudurumlarını, öz-bakım ve zihin-beden yöntemleri kullanımlarını ve kendi kurumlarında bütünleştirici kanser bakımı olması hakkındaki düşüncelerinin nasıl etkilediğini değerlendirmiştir. Bu eğitim programı, tanı ve tedavi aşamasında kanser hastalarının ve ailelerinin karşı karşıya kaldığı zihinsel, duygusal ve ruhsal sorunlarla başa çıkma ve bilimsel, konvansiyonel ve tamamlayıcı tedaviler hakkında bilginin yanı sıra rehberlik de sağlamıştır. Katılımcılar, eğitimin sonunda becerilerinin geliştiğini, hastalarla bütünleştirici tedavi seçenekleri hakkında konuşurken ve seçenekler sunarken daha kendine güvenli ve rahat olduklarını, daha iyi bir dinleyici olduklarını ve hasta ile olan etkileşimlerinin daha iyi olduğunu, klinik pratiklerini olumlu yönde etkileyen kişisel değişimler yaşadıklarını ve hastaların destek almak için sevk edilebilecekleri kaynaklardan haberdar olduklarını bildirmişlerdir.

Onkoloji alanında *ekip çalışması* kaliteli bir bakım ve tedavi için gereklidir. İyi bir ekip ayrıca, dolaylı travmatizasyonun profesyonel üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmektedir (Stearns, 2001). Ekipler doğası itibariyle üyelerin hem yakın etkileşim halinde hem de birbirlerine bağımlı oldukları, işbölümünün temel norm olduğu yapılardır. Onkolojide ekip çalışmasıyla ortaya çıkan açık iletişim, karşılıklı saygı ve destek sayesinde profesyonellerin travma riski azalmaktadır.

Son olarak, onkolojide çalışmanın doğasında bir ödülün var olduğunu belirmek gerekir. Özellikle medikal onkoloji branşı profesyonel üzerinde, diğer uzmanlıklardan farklı olarak daha insanileştirici bir etki yapmaktadır. Kanserin tehdit edici özellikleri nedeniyle hastaların yaşamsal riskler altında olduğuna kuşku yoktur. Ayrıca tedavi, bakım ve izleme süreci oldukça uzun bir zamana yayılabilmekte bu süreçte profesyonelle hasta arasında daha derinlikli bir etkileşim kurulmaktadır. Onkoloji çalışanlarının öz-farkındalıklarının tanık oldukları anlamlı hastalık deneyimleri nedeniyle daha yüksek olduğu da görülmektedir (Rohan ve Bausch, 2009).

Onkoloji çalışanları yaşamın hassasiyeti ve ölümün kaçınılmazlığı ile sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Bu kişiler bilmeden de olsa hastaya ve ailelerine kendi önyargılarını, duygularını ve ölümle ilgili deneyimlerini yansıtan bir şekilde tepki verebilirler. Tabii bu durum olduğunda, profesyonel nesnellik azalmakta, doğru tanı koyma, uygun tedavi ve şefkat içeren bakım vermek risk altına girmektedir. Eğer çalışanlar dürüstçe hisleriyle karşı karşıya gelip bu hislerin ne şekilde hasta-profesyonel ilişkisine katkıda bulunabileceği hakkında sorumluluk alırsa, bu durumdan hem hasta fayda görür hem de çalışanların öz-farkındalıkları ve etkin bir şekilde yardımcı olabilmek için kapasiteleri gelişir. Çalışanların bu konuda bir araya getirdikleri bilgiler şevkatli ve terapötik bir birliktelik için adeta bir köprü görevi görür. Çünkü kişi ancak bu güçlü birliktelik içerisinde hastanın yaşadıklarını iyi bir şekilde anlayabilir. Eğer hastanın ve ailesinin işlenmemiş bazı duyguları ve dinamikleri ortaya çıkarılmışsa, bu son derece karmaşık ve kişisel yolculukta çalışan, insan olduğunu ve kendi bağlanma kapasitesini iletebileceği mükemmel bir fırsat yakalamış olur (Katz & Genevay, 2002).

Literatürde, onkoloji ortamlarında çalışanların yaşadığı stres ve tükenmişlikle ilgili oldukça fazla sayıda araştırma yer almaktadır. Fakat dolaylı travmatizasyona odaklanan çalışmaların sayısının oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Kanser, kişinin yaşama olan uyumunu bozarken bedensel bütünlüğü ve sağlığı belirgin biçimde tehdit ettiği için travmatik bir yaşantı olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla kanserle doğrudan ya da dolaylı olarak bağlantısı olan herkes için travma riski bulunmaktadır. Cunningham (2003) iki ayrı sosyal çalışmacı grubunda dolaylı travmatizasyonu incelemiştir. Cinsel istismar mağduru bireyle çalışanların, kanser hastalarıyla çalışanlara göre daha yüksek düzeyde travma yaşadıklarını saptamıştır.

Onkoloji alanında yapılacak, çalışan (hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog vd.) odaklı araştırmalar, onkolojik bakım ve tedavinin disiplinlerarası doğasını dikkate almalıdır. Zira ancak iyi bir ekip çalışmasıyla kaliteli bir bakım ve tedavi yapılabilmektedir. Ekipteki bir çalışanın dolaylı travmatizasyonu diğer ekip üyelerine de etki etmektedir. Dolayısıyla bu konudaki araştırmaların multidisipliner olmasında yarar vardır.

Dolaylı travmatizasyon konusu onkoloji dışındaki çeşitli uzmanlık alanlarında ve yardım edici meslekler üzerinde çalışılmaktadır. Cinsel istismar, saldırı, aile içi şiddet, soykırım vb. mağdurlarıyla çalışan psikolojik danışmanlarda (Sexton, 1999; Schauben ve Fraizer, 1995), psikologlarda (O'Connor, 2001) bazı bulgular elde edilmiştir. Kadın klinisyenlerin erkek meslektaşlarından daha yoğun etkilenmedikleri görülmüş, bu çalışmalarda cinsiyete göre travma açısından bir fark bulunmamıştır. Ayrıca acil servis hemşirelerinde (Little, 2002) ve travma mağdurlarıyla çalışan terapistlerde (Neumann ve Gamble, 1995) dikkat çekici bulgulara rastlanmıştır. Tıbbi sosyal çalışmacılarla çalışan Dane ve Chachkes (2001) bu meslek grubunun uygulamada yoğun stres, suçluluk ve vakaların duygusal etkileriyle başetme güçlüğü yaşadığını bulmuş olsa da araştırma grubunda dolaylı travmatizasyona rastlamamıştır. Ne var ki, başka bir çalışmada (Bride ve diğ., 2007) çocuk koruma hizmeti

yapan sosyal çalışmacılarda dolaylı travmaya ilişkin ayırt edici belirtilere rastlanmıştır. Kişi, başetme kapasitesini aşan yoğunlukta vaka yükü altında kaldığında travma ortaya çıkmıştır.

SONUÇ

Kavramsal tasarımı geniş ve kapsayıcı olan dolaylı travmatizasyon tükenmişlik ve karşı-aktarımdan farklıdır, profesyonelin travma deneyimi yaşayan kişilerle çalışmasının olumsuz sonuçlarını keşifte, tanımlamada ve açıklamada sistematik bir yol sunar. Bu sürecin doğru kavramsallaştırmayla anlaşılması olumsuz etkilerin ortadan kaldırılmasına yardım eder. Bu konu, onkolojide her zaman önemini koruyacaktır, çünkü tedavi yöntemleri ne kadar geliştirilirse geliştirilsin duygu ve düşünce dünyasıyla insan faktörünün gerçekliği aynı kalacaktır. Dolayısıyla, onkoloji alanında çalışanların önce kendilerini, sonra hastalarını ve ailelerini zarar verici davranış ve eylemlerden korumaları için güçlü bir farkındalığa her zaman gereksinimleri olacaktır.

Onkolojide çalışan tüm bakımverenlerin risk altında olduğunu söylemeliyiz. Kanser bireyde yaşama dair bir anlam arayışı yaratmaktadır. Hastalar tanıya verdikleri tepkiler içinde sıklıkla, "neden ben?" diye sorarken, profesyonel, "neden ben değil?" diye sorabilmektedir. Başlangıçta tüm çalışanlar için yüksek olan risk duygusal tükenmedir. Esasında çalışma ortamında profesyonel, empati yeteneği ve merhameti ile mesleki başarısını artırır, fakat yine bu özellikleri nedeniyle onun psikolojik ve duygusal zararlara maruz kalma olasılığı artmaktadır (Figley, 1999). Zira, empati iki ucu keskin kılıç gibi görünmekte, erdemli bir kişilik özelliği olmasının yanı sıra kişinin yumuşak karnı da sayılmaktadır (Bush, 2009). Doğrusu hastalar ile empatik bağlantı kurmak, onlara empatik tepkiler vermek etkili bir profesyonel yardım sürecinin anahtarı sayılır (Tuncay ve İl, 2009). Empati, tedavide güçlü bir güven ilişkisi tesis edilerek hasta ile işbirliği yapılmasına ve hastanın tedavi sürecine uyum sağlamasına hayati katkılar yapar. Dolayısıyla empatinin kendisinin dolaylı travmatizasyonun tetikleyicisi olacağını düşünmek uygun değildir. Profesyonelde travmayı tetikleyecek şey tamamlanmamış bir empatik bağlantı olabilir. Zira empatik bağlantının aşamalarına bakıldığında, kendisini karşıdaki kişinin yerine koyarak onun düşünce ve duygularına ortak olmak, bir süre onun yerinde durmak ve sonra kendi konumuna geri dönüş yapmakla süreç tamamlanır. Hastanın öyküsünü dinleyen, yaşantısına tanık olan profesyonelin empatik bağlantıyı tamamlamaya özellikle çaba harcaması kendisini travmadan koruyacaktır.

Stamm (1999), mesleki kariyerimize bir yanılsama ile başladığımızı hatırlatmaktadır. Aldığımız eğitim sayesinde hizmet verdiğimiz insanlar için acı ve kayıp hissi yaşamayacağımızı zannederiz. Eğitimin, çalışma ortamının ve araştırma birikimimizin dengemizi ve nesnelliğimizi korumada bize yardımcı olacağına inanırız. Fakat sonuçta, acı çeken, kederli ve travmatize hastalarla sürekli çalışma doğal olarak ve kaçınılmaz biçimde bizi dolaylı travmaya itebilir.

Odak hastalar ve onların esenliği olduğunda, Pearlman'ın vurguladığı gibi (1996), dolaylı travmatizasyonun incelenmesi etik bir zorunluluk olarak da ortaya çıkıyor. Zira klinisyenlerin, bir meslek elemanı olarak kendilerine,

hastalarına, meslektaşlarına ve topluma karşı etik kuralları ve sorumlulukları bulunmaktadır. Profesyonelin, bu öğelere karşı zarar verici her davranış ve tutumdan hassasiyetle kaçınması gerekmektedir. Ayrıca dolaylı travmatizasyonun gözden kaçırıldığı bir durumda, profesyonelin yaşantısı ağır düzeyde tükenmişlik ve mesleği yapamaz hale gelmekle sonuçlanabilecektir.

KAYNAKLAR

Alter, C., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., et al. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics, 37*(2), 137.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Edition (DSM-IV), Washington, DC: American Psychiatric Association.

Artinian, B. M. (1995). Risking involvement with cancer patients. *Western Journal of Nursing Research, 17*(3), 292-304.

Blair, D. T., & Ramones, V. A. (1996). Understanding vicarious traumatization. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 34*(11), 24-30.

Bride, B. E., Jones, J. L., & Macmaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work, 4*(3), 69-80.

Bush, N.J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk?, *Oncology nursing forum*, 36(1), 24-28.

Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers. *Traumatology, 5*(1), 15-31.

Cunningham, M. (1996). *Vicarious traumatization: Impact of trauma work on the clinician.* Adelphi University.

Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work, 48*(4), 451-459.

Dane, B., & Chachkes, E. (2001). The cost of caring for patients with an illness. *Social Work in Health Care, 33*(2), 31-51.

Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatisation: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling, 34*(1), 107-116.

Figley, C.R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd ed., pp. 3–29). Lutherville, MD: Sidran Press.

Graham J. & Ramirez A. (2002). Improving the working lives of cancer clinicians. *European Journal of Cancer Care*, 188–192.

Hermann, J., & Carter, J. (1994). The dimensions of oncology social work: Intrapsychic, interpersonal and environmental interventions, *Seminars in Oncology,* 21(6), 712-717.

Hiradfar, A., Esfandiari, N., Pedram, M. (2010). Prevalence of secondary traumatic stress in oncology staff from a referral cancer center of Iran. *Iranian Journal of Pediatric Hematology*. 1 (Supplement 1):16.

Işıkhan, V. (2006). Onkoloji alaninda bakım verenlerin tükenmişliği, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(2), 7-24.

Işıkhan, V., Comez, T., & Danis, M. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing, 8*(3), 234-244.

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. *Journal of traumatic stress, 15*(5), 423-432.

Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2007). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer and general practice. *Canadian Journal of Counselling/Revue Canadienne de Counseling, 38*(4). 260-276.

Kangas, M., Jane, L., Richard H., Bryant, A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22: 499–524.

Katz, R.S. and Genevay, B. (2002). Our patients, our families, ourselves: the impact of the professional's emotional responses on end-of-life care. *American Behavioral Scientist* 46: 327.

Little, S. (2002). Vicarious traumatisation. *Emergency nurse: The journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association, 10*(6), 27.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New Jersey, Prentice Hall. içinde Işıkhan, V. (2006).

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.

Mishne, J. (1998). Unanticipated fatal illness: Stimulus for intense transference and countertransference phenomena. *Journal of Analytic Social Work, 5*, 41-62.

Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 32*(2), 341.

O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 345.

Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558-565.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*: WW Norton & Co.

Penson, R. T., Dignan, F. L., Canellos, G. P., Picard, C. L., & Lynch Jr, T. J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist, 5*(5), 425-434

Posluszny, D. M., Edwards, R. P., Dew, M. A., & Baum, A. (2011). Perceived threat and PTSD symptoms in women undergoing surgery for gynecologic cancer or benign conditions. *Psycho-Oncology*, 20(7), 783-787.

Preyde, M., & Synnott, E. (2009). Psychosocial intervention for adults with cancer: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work, 6*(4), 321-347.

Quinal, L, Harford, S., Rutledge, D. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing*, 32: E1-E7.

Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista latino-americana de enfermagem, 16*(1), 24-28.

Rohan, E., & Bausch, J. (2009). Climbing everest: Oncology work as an expedition in caring. *Journal of Psychosocial Oncology, 27*(1), 84-118.

Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review, 23*(3), 449-480.

Sabo, B. M. (2008). Adverse psychosocial consequences: compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative Care, 14*(1), 23.

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly, 19*(1), 49-64.

Schou, K.C. (1993). Awareness contexts and the construction of dying in the cancer treatment setting: 'Micro' and 'Macro' levels in narrative analysis. In D. Clark (Ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (pp. 238-263), Cambridge: Blackwell Publishers.

Sexton, L. (1999). Vicarious traumatisation of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling, 27*(3), 393-403.

Sinclair, H. A. H., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatisation affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing, 11*(4), 348-356.

Smith, MY, Redd WH, Peyser, C, Vogl D (1999) Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psychooncology*; 8: 521-537.

Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly, 8*(2), 1-8.

Stamm, B.H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd ed.). Lutherville, MD: Sidran Press.

Staples, J.K., Wilson, A.T., Pierce, B. and Gordon, J.S. (2007). Effectiveness of CancerGuides®: A study of an integrative cancer care training program for health professionals. *Integr Cancer Ther,* 6: 14.

Stearns, N. (2001). Professional issues in oncology social work. İçinde M. Lauria, P.J., Clarke, J., Hermann ve N. Stearns (Ed.), *Social Work in Oncology: Supporting Survivors, Families, and Caregivers* (pp. 213-232). Atlanta, GA: American Cancer Society.

Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim, *New/Yeni Symposium Journal*, 46(2), 51-61.

Tuncay, T. ve İl, S. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek, *Toplum ve Sosyal Hizmet,* 20(2), 39-56.

Weinberg, H., Nuttman-Shwartz, O. and Gilmore, M. (2005). Trauma groups: An overview. *Group Analysis,* 2005 38: 187.