

Bölüm 11

EBELERDE İKİNCİL TRAVMATİK STRES

Hacer YALNIZ DİLCEN¹

GİRİŞ

Ebeler normal doğumun koruyucularıdır.¹ Ebeler çoğu zaman pozitif doğumlara tanık olurken, aynı zamanda travmatik doğumlara ve üzücü olaylara da tanık olmaktadır.² Doğum travması, doğum ve doğum sonu süreçte annenin veya bebeğinin ölüm veya ciddi yaralanma riski altında olduğu durumdur. Kadınlarda travmatik doğum sıklığı %5-45 arasında değişmektedir.³ Ebelik bakım veren meslekler ile bazı ortaklıkları paylaşsada, ebeliğin belirleyici bir özelliği hizmet verdikleri kadınlar ile yakın ilişki ebelik hizmetlerinin çekirdeğini oluşturmaktadır.^{4,5} Ebelerin rolünün doğası, yani 'kadın ile' olması⁴ ebe, özellikle travmatik doğuma tanıklık ederken duygusal sıkıntıya maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalabilir.

Ebelerin üçte ikisinden fazlası travmatik bir doğum olayına tanık olduğunu bildirmiştir.³ Kadınlarda TSSB kriterleri sıklığı %33'tür ve bir ebe için travmaya maruz kalma sayısı yılda 60 veya ayda 5 kezdir.⁶ Bir ebenin travmaya maruz kalmasının ne kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Ebeler her karşılaştıkları travmatik doğumun sayısı artıkça uzun süreli travmaya maruz kalma ve travmatik anıların birikmesi, şefkat yorgunluğuna neden olmaktadır.⁷ Buna rağmen, ebelerin çocuk doğuran kadın ile yakın bir ilişki içinde olmalarını nasıl deneyimledikleri ya da refahları için olası sonuçları hakkında çok az şey bilinmektedir.

Ebelerde ikincil travmatik stresin (İTS) potansiyelini kabul etmek önemlidir. İlk olarak, çalışmalarının psikolojik boyutunun ebelerinde artan farkındalık, zihinsel refahlarının geliştirilmesine ve korunmasına yardımcı olabilir. İkincisi, ebelerde potansiyel ikincil travmanın yönetimi, çocuk doğuran kadınların duygusal olarak uzak bakım sağlayan bir ebe ile karşılaşma olasılığını azaltırsa, kendi travmatik reaksiyonlar yaşama riski de azaltılabilir. Ebelerde ikincil travmanın da sağlık açısından önemli ekonomik sonuçları vardır. İkincil travmatik stres sonucunda ebelerde işe devamsızlık ve işi bırakma ile sonuçlandığı görülmektedir.^{3,8}

Bu kitap bölümünü amacı, ebelerde görülen İTS ile ilgili mevcut bilgilerin kuramsal çerçevede sunulması ve dikkat dikkat çekilmesi ile farkındalığın artırıl-

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi, hdilcen@bartin.edu.tr

ması ve İTS'in olumsuz etkilerinden korunmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Ayrıca yapılacak çalışmaların artırılması konusunda bir ışık tutmayı hedeflemiştir.

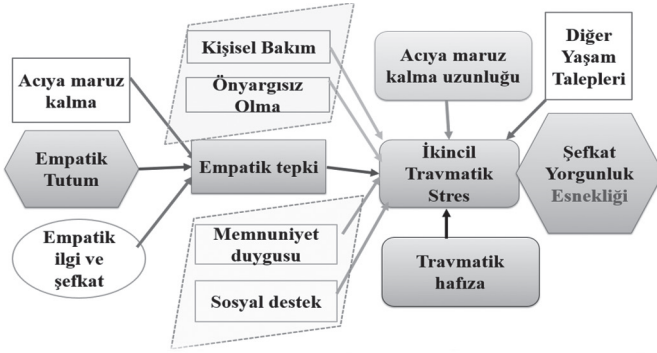
İKİNCİL TRAVMATİK STRES (İTS) KURAMSAL ÇERÇEVESİ NEDİR?

Psikolojik travma bireyin güçsüzlük ve çaresizlik duygularını yaşamasıdır. Travma anında kişi karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz kalır.⁹ Kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya gelmesi ya da şahitlik etmesidir.¹⁰ Travmatik bir olay yaşandığında veya şahit olunduğunda, bedenimiz ve beynimiz tehlike ve tehditte hızla yanıt verir. Bedenimiz çok daha hızlı yanıt verirken, beynimizin olayı anlamlandırması daha sonra gelişir. Bunun sonucunda denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duygularını veren olağan baş etme sistemleri felce uğrar. Yani travmayı olağan dışı kılan, diğer yaşam olaylarına uyumu sağlayan baş etme yollarının kullanılmayacak kadar şiddetli olmasıdır.⁹ Kısacası travma nesnel tehdit ile öznel baş etme gücü arasındaki dengesizlikten doğmaktadır.¹¹

Travmatik yaşantılar travma yaşayan kişinin ailesi veya arkadaşı, ona bakım veren ya da müdahalede bulunan çalışanları da etkileyebilmektedir.⁷ Tüm bakım mesleklerinde empati ve şefkat temel değerdir. İnsanlara doğrudan hizmet veren bu grupların karşılaştığı yaşantılar, travmatik olaya doğrudan maruz kalan bireylerle empati kurduğu için, İTS ve daha sonra da Post Travmatik Stres Sendromu (PTSS) gelişebilmektedir.¹² PTSS'nin bir bireyin başkalarıyla etkileşim kapasitesini, benlik saygısı ve öz-yeterliliği azaltarak ve fiziksel, zihinsel yorgunluk ve tükenmeye neden olmaktadır. Bu da bireyin günlük ve mesleki yaşamında problemlere yol açtığı bilinmektedir.¹³ İTS semptomları ile PTSS semptomları neredeyse aynıdır. İTS ve şefkat yorgunluğu kavramlarını birbirinin yerine kullanır. Çünkü şefkat yorgunluğunu, travmatik olayın kendisinden ziyade travmatize olmuş bireye maruz kalmanın yol açtığı duygusal stres tepkisine gönderme yapan bir terim olarak kabul edilmektedir.¹⁴ Bu bağlamda, travmatik birey ile travma ortamında yoğun etkileşim veya iletişim içinde olan sağlık hizmeti veren meslek grupları açısından ruhsal bir risk oluşturmaktadır. Özetle, İTS kavramını, değer verilen ya da sorumlu hissedilen bireyin travma yaşantısını deneyimlemektedir.¹⁵ İTS semptomları tipik olarak başlangıçta hızlıdır ve belirli bir olayla ilişkilidir; korkular, uyku zorlukları, üzücü olayın müdahale görüntüleri veya belirli olayların

tetikleyicilerinden kaçınmayı içerebilir.¹⁶ İTS semptomları, çaresizlik ve karışık duyguları da içerebilir.¹⁷

Birincil ve ikincil travmatik stres semptomlarının tip ve şiddet açısından benzer olabileceğini ve bazı ampirik araştırmaların bunu desteklediğini iddia etmektedir. Tükenmişliğin tekrarlayan İTS deneyimine bir tepki olarak kademeli olarak ortaya çıkabileceğini gözlemlemiştir.⁷ Ludick ve Figley (2016) günümüze kadar literatürde yapılan ikincil travma araştırmaların sonucunda İTS'yi azaltan ve arttıran bir işleyiş modeli geliştirmişlerdir (Şekil 1).



Şekil. 1 İkincil Travma Stresi Azaltan ve Arttıran Bir İşleyiş Modeli

Model; empatik tutum, İTS ve İTSB dayanıklılığı olmak üzere üç yapıdan oluşmuştur. Empatik tutum, mağdurun acısına maruz kalma, empatik ilgi/şefkat, empati becerisi ve bu becerinin ortaya çıkardığı empatik tepki değişkenlerinin bir araya gelmesiyle birinci yapı oluşturur. İTS olarak adlandırılan ikinci yapı, travmatik yaşantı maruziyetinin yarattığı açık tehlikeye işaret eder ve kişisel travmatik hafıza ve diğer yaşam talepler söz konusu yapının iki etmenini oluşturmaktadır. Travmaya maruz kalma süresi ve travmatik hafıza İTS belirtilerini artırmaktadır. Bu faktörler ikincil travmatizasyona katkı sağlarken, aynı zamanda, bireyin ruhsal dayanıklılığını da etkilemektedir.¹⁸ Bu faktörler ikincil travmatizasyona katkı sağlarken, aynı zamanda, bireyin ruhsal dayanıklılığını da etkilemektedir.⁷ Şefkat yorgunluğu yaşayan bir kişi yardım etmekten ve şefkatli olmaktan bıkmıştır. Müdahalenin bitiminde mağdur ve mağdurun yaşantılarından ayrışa bilme becerisini başaran kişi, yardımın kişide yarattığı hoşnutluk duygusu ve kişinin sosyal destek imkanları da ikincil travmanın neden olduğu zorlukları azaltmaya katkıda bulunmaktadır. Kişinin özbakım becerilerinin travmanın olumsuz etkisini azalttığını

belirtmiştir. Geliştirdikleri modeli temel alarak uygulaması basit, düşük maliyetli ve ampirik sonuçlara dayanan birçok önlemin olduğunu belirten Ludick ve Figley (2016), bu konuda yapılacakların yalnızca ikincil travmayı önlemeye yönelik olmadığını, sunulan hizmetlerin kalitesini de arttıracaklarını ve örgütsel kazanımlara yol açacağını savunmaktadırlar.¹⁸

EBELERDE İKİNCİL TRAVMA NASIL GELİŞİR?

Son yıllarda ebelik bakımında yeniden bir yönelim olmuştur. Ebelik bakımı ile ilgili 'kadınla birlikte olmak', 'kadın merkezli bakım' ve 'kadınlarla ortaklık' ortaya çıkan terimlerdir.¹⁹ Kadın ile yakın ilişkisi, kadına bakım sağlandığında, hizmet verdiği kadın için avantajlı sonuçları ilgili çok sayıda kanıt vardır.²⁰ Ebeler, çocuk doğuran kadın ile ilişkilerini önemli bir iş motivasyonu ve memnuniyeti kaynağı olarak görmektedir.^{21,22} Artık, hastalığı önleme, tedavi etme ve yönetme ve zihinsel ve fiziksel refahı koruma süreci olan bakımın, hem fiziksel hem de zihinsel varlığı yoluyla kolaylaştırıldığını ve hastanın duygusal ihtiyaçlarını ele almayı içerdiği kabul edilmektedir.¹⁹ Ancak, bu yakın ilişkide ebeler travmaya ikincil tanık haline gelebilir ve kadından dinledikleri doğum travması, cinsel saldırı, aile içi şiddet, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ve çocukluk travması anılarını anlatabilirler.²³ Bir ebeğin görevi, duygularını ifade eden ve deneyimlerini paylaşan kadını dinlemek, desteklemek ve onaylamaktır.^{24,25} Doğumda yaşanan travmayı birebir yaşayan annelerken, annelere bakım veren, empatik ve emosyonel iletişim kuran ebelerde bu travmaya şahit olmaktadır. Tüm bakım meslekleri empati ve merhameti temel değerler olarak tutsa da,^{26,27} kadınlar ve ebeleri arasındaki yakın ilişki, bazen daha fazla dostluk olarak tanımlanır.²⁸ Ebelerin kadınlar ile son derece empatik bir ilişkisi olduğu anlamına gelir. Ebelerin kendilerini travmatik duygusal sıkıntıdan korumaları gerekirken, 'kadınlarla' rollerinin doğası bunu başarmak için zor bir denge haline gelir.²⁹ Yardım etme durumuna uzun süre ve yoğun olarak maruz kalma, travma mağdurunun travmasını gözlerinden, kulaklarından emerek yeniden yaşamak, aşırı empati ve duruma odaklanma kişide ikincil travmatik stres yaşamasına neden olabilir. Bunun sonucunda olayı anımsatıcı durumlardan kaçınmak, tepkisiz kalmak veya sürekli uyarılma sonucunda birey empati yorulmuşluğu ve tükenme yaşamaktadır.³⁰

Ebeler bir taraftan kadın ile birlikten kadın doğum ve travma sürecinde travmatik bir olayda travmada iyileşmesi sağlarken aynı zamanda parçalanmış ve bölünmüş bakım modeline bağlı olarak iş yeri ve kadın arasında sezgisel ve anın farkında olamadığı için ikincil travma yaşamaktadır. Kadının istekleri ve kurumun istekleri arasında kalmakta ve kadınlara yardım edemediği için suçluluk yaşamaktadır. Kurumların talepleri doğrultusunda ebeler şefkatli ve nitelikli bakım

sağlayamadığın da kendini suçlu hissetmektedir. Bu da ebeinin uğradığı zararı derinleştirmeye yarayan utanç, suçlama ve suçluluk duygusu yaratmaktadır.³¹ Zarar verme, eleştiri alma veya dava açma korkusuyla birlikte kendine olan özgüveninin azalması, risk yönetimi ve tıbbi müdahalenin artmasına neden olabilir. Ebeinin iş memnuniyetinin azalması doğumla ilişkili herkes için stres ve endişe düzeyini de yükseltebilir ve anneye sunulan kişisel bakım düzeyini tehlikeye atabilir. Creedy ve ark. (2017) ebeler duygusal tükenme yaşarlarsa, duygusal olarak geri çekilmeleri görülmektedir. Bu bağlamda ebeler, kadınlar, aileleri ve meslektaşları ile zayıf iletişim kurmaktadır. Bunun sonucunda da bakım verdikleri kadınlardan uzaklaşma ve nihayetinde işyerinde kötü performans gösterme olasılıklarını artmaktadır.³² Patterson'un (2019) yansıttığı gibi, işyeri kültürünü iyileştirmek ve ebelerin ihtiyaçlarını ele almak sadece ebelerin çalışma koşullarını değil, aynı zamanda kadınlarla etkileşimlerini de geliştirecek ve ilgili herkesin zihinsel refahını artıracaktır.³¹

İTS önleme ve durdurmak için yapılan çalışma sonuçları nelerdir?

Yapılan çalışmalar İTS'nin ebelerde sıklıkla gözlemlendiğini vurgularken, bu problemi azaltmak ya da yok etmek için ne tür koruyucu hizmetlerin kullanılması gerektiğine dair çalışmaların yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda aşağıdaki Tablo 1'de İTS'den nasıl korunacağına dair bireysel ve yönetsel düzeyde ifade edilmiştir. İTS'den önleme ve korunma yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.^{3,25,38,40,41,43, 44,45,46,47,48,49,50}

Tablo 1. Ebelerde İkincil Travmatik Stres İlgili Literatür Tarama Sonuçları

Yazar ve yılı	Örneklem	Çalışma yeri	Yöntem	Sonuç
Beck&Gable 2012	Ebe- hemşire (n:464)	Travay ve doğum	Nicel	Ebeler de İTS %35, PTSS %26 görülmüştür.
Mizuno et al. 2013	Ebe (n:86) Hemşire (n:255)	Doğum ve Jinekoloji	Nicel	Şefkat yorgunluğu ve Tükenmişlik saptanmıştır.
Beck et al. 2015	Ebe-hemşire (n:435)	Doğum	Nicel ve nitel	Ebelerde İTS %26, PTSS %36 görülmüştür.
Schröder et al. 2016	Kadın doğum uzmanı, Ebe (n:1027)	Doğum	Nicel ve nitel	%93 Kadın doğum, %82 Ebeler travmatik doğumla karşılaşmıştır.
Leinweber 2017	Ebe (n:684)	Doğum	Nicel	Ebelerde PTSS oranının %17 belirlemiştir.

Cohen 2017	Ebe (n:93)	Tıp merkezi	Nicel	Ebelerde PTSS %16 bulmuştur.
------------	------------	-------------	-------	---------------------------------

Yalnız yaşama, uzun mesai saatleri, ağır çalışma yükü, travmatik doğum sayısının fazla olması, travmatik olayın insan eliyle yapılmış olması, ağır fiziksel yaralanmayla/ölümle sonuçlanması, nöbetlerde organizasyonlarında denetim eksikliği ve sürekli çalışma yerlerinin değişikliği İTS artırmaktadır.^{33, 34} Welford (2018), 40 yaş altı olanlar ve on yıldan daha az klinik deneyime sahip olanlar ve yoğun kliniklerde tam zamanlı çalışanlar ve yalnız yaşayan ebelerin İTS için daha yüksek risk altında olduğunu söylemiştir.³⁵ Türkiye'deki bir başka çalışmada, 40 yaşın üzerindeki hemşirelerin İTS riski daha yüksek olduğunu bildirmiştir.³⁶

Ebeler travmatik doğumu %45,2 komplikasyon, çok fazla kanama ve hata, %21 anne bebek ölümü, %11,6 kadın ve ailesinin saldırgan davranışlarına maruz kalma, %8,2 acil doğumlar ve %8,2 iş kazası ve tıbbi profesyonel eksikliği olarak tanımlamışlardır.²⁵ İlk 3 travmatik doğum türü fetal ölüm/yenidoğan ölümü, omuz distosisi ve yenidoğan resüsitasyonu belirtmiştir.³⁷ Ebeler %49,4'ü yetersiz bakım, %39,6'sı ölüm, %39,3'ü zararlı eylemler, %37,1'de kişilerarası saygısızlık, %33,2'de yaralanmayı travmatik olaylar olarak belirlemiştir.³

Ebelerin üçte ikisinden fazlası (%67,2) travmatik bir doğum olayına tanık olduğunu bildirmiştir.³ Cohen ve ark. (2017) İsrailde 93 ebe ile yaptığı, tanımlayıcı bir çalışma da %75,2 1-30 arasında travmatik doğum, %13,9'u 30'un üzerinde travmatik doğumu deneyimlediğini belirtmiştir.²⁵ Schröder et al. (2016)'da Kadın Doğum Uzmanı ve Ebeler üzerinde yaptığı çalışma da; doktor ve ebeden oluşan grupta %85, kadın doğum uzmanlarında %93 ve ebelerde ise %82 travmatik bir doğuma tanık olduklarını tespit etmiştir.³⁸ Gerçekten de, 421 İngiltere ebesinin yakın tarihli bir literatür taramasına göre, %33'ü travmatik perinatal olaylara maruz kaldıktan sonra klinik düzeyde PTSS yaşadıklarını belirtmiştir.³⁹

Beck ve Gable (2012) doğumhanede çalışan 464 ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada; %35'inin orta ila şiddetli İTS ve %26'sı PTSS tanısını koyduracak semptomlar yaşadığını bildirmiştir.⁴⁰ Daha sonraki bir çalışmada, %42'si orta ila şiddetli İTS seviyeleri hakkında rapor vermiştir.⁴¹ Japonya'da perinatal dönemde gebelerin bakımı ile ilgili olayların ve deneyimleri olanlar PTSS en şiddetli olarak algıladığını bildirmiştir.⁴² Leinweber ve ark. (2017), araştırılan ebelerin neredeyse beşte birinin olası TSBB kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır. Çoğu araştırmacı, İTS sahip ebelerin insidansının şaşırtıcı derecede yüksek olduğu konusunda hemfikirdir.³

Travmatik doğum olayına tanık olan ebelerin %97,2'si derin endişe, %92'si çaresizlik, %84,2'si öfke, %82'si güçsüzlük, %75'i dehşete kapılma, %65,3'ü suçluluk, %51'i korku duyguları ve %46,7'si travmatik doğumdan kendini sorumlu hissetmişlerdir.³ Hastalardan, akranlardan ya da resmi makamlardan suçlama korkulmasına ve bazen de yaşanmasına rağmen, suçluluk ilgili iç mücadeleler daha belirgin yaşatmaktadır. Suçluluk duygusunu %49'u yaşadığı belirlenmiştir. Travmatik doğumlara katılan ebelerin hayatlarını dava korkusu hâkim olduğunu, davaların yaşamlarını işgal ettiğini ve dava süreçlerinde yeniden travmatize olduklarını belirtmişlerdir.⁴¹ Ayrıca ebeler ve kadın doğum uzmanları; travmatik doğum deneyimleyen bir anneye yardım ettiklerinde %50'si hayatın anlamı, %40'ı kişisel gelişim fırsatlarına, %65'i daha iyi bir ebe veya doktor olduklarını hissetmişlerdir. Bu kişilerin büyük çoğunluk %76'sı mesleklerinden ayrılmayı düşünmediklerini ifade etmişlerdir.³⁸ Bu bağlamda travmatik yaşantılar sonucunda büyüme mesleki gelişime katkı sağladığını söyleyebiliriz. Tablo 2'de İkincil travmatik stresten bireysel ve yönetsel düzeyde korunma yöntemleri verilmiştir. ^{5, 25, 38, 40, 41, 43}

Tablo 2. İkincil Travmatik Stresten Bireysel ve Yönetsel Düzeyde Korunma Yöntemleri

Bireysel Düzeyde	Yönetsel Düzeyde
Farkında olmak	Mesleki bilgi ve beceriyi arttırmak
Düzenli sağlıklı beslenmek	Dinlenme için zaman ayırmak
Hobilerin edinmek	Stres azaltıcı programlar oluşturmak
Fiziksel egzersiz yapmak	Destek grupları oluşturmak
Gevşeme egzersizleri öğrenmek	Nefes Egzersizleri eğitimi vermek
Sosyal destek ağlarını kuvvetlendirmek	Düzenli ekip içi toplantıları yapmak
Kişisel bakımımıza önemsemek	Çalışma koşullarını iyileştirmek
İş ve özel yaşam arasında denge sağlamak	Yargılayıcı olmayan akran ve yönetsel destek
Kişisel gücümüzü geliştirmek	Şefkat ve özşefkat eğitimi düzenlemek
Bağlantılarımızı arttırmak	Psikodrama grupları oluşturmak
Gerektiğinde profesyonel yardım alma	Kurumsal danışmanlık hizmeti vermek
Pozitif enerji kaynakları geliştirmek	Güvenli akran ve yönetsel destek vermek
Empati dengesi kurma öğrenmek	Düzenli mesleki süpervizyon vermek
Kişisel iletişim becerilerini geliştirmek	İTS konulu psikoeğitim hazırlanmak
İTS hakkında eğitim almak	Öğrenci ebelere İTS hakkında eğitmek

SONUÇ

Travmatik doğum olaylarına tanık olmak ve katılmak, ebe rolünün doğasında vardır. Şimdiye kadar yapılan bilimsel çalışmalar, kadınlar ile ebelerin empatik ilişkileri bulunmaktadır. Bu bağlamda Litaratürde ebeler TSBB'ye benzer İTS belirtileri göstermelerinin kaçınılmaz olduğunu vurgulamışlardır. Sağlık personellerinin ve ebelerin görevleri gereği olumsuz etkilenme düzeylerini en aza indirgeyecek yaklaşımların belirlenmesi ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının yapılması önemlidir. Ebeler, kadınlarla olumlu şefkatli etkileşimler sunmalarına ve sürdürmelerine yardımcı olabilecek ve kadınlar ile daha iyi iletişimi nasıl yapabilecekleri araştırmalara yapılabilir. Türkiye de ebeler ile yapılmış İTS çalışması bulunmamaktadır. Bu konuda araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca Ebelik öğrencilerine ve ebelere İTS hakkında eğitimler düzenlenebilir ve travma sonra büyüme yöntemleri öğretilir. Bu konuda yapılacak düzenlemeler ebelerin motivasyonunu artıracak ve dolayısıyla daha kadınların daha kaliteli sağlık hizmet almalarını ve sezaryen oranlarının azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak literatürde yer alan İTS bozukluğunun sıklığı ve bu konuda koruyucu ve önleyici çalışmalara ihtiyaç vurgulanmıştır. Bu kapsamda İTS önlemeye ve korumaya yönelik yöntemler belirlenmiş olup, daha kapsamlı ve sistematik düzeyde koruma hizmetlerinin geliştirilip yaygınlaştırılması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

1. Rini BI, Wilding G, Hudes G, et al. Phase II study of axitinib in sorafenib refractory metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 2009;27:444-448.
1. Bryar R, Sinclair M. Theory for midwifery practice. Fahy K, Foureur MJ, Hastie C. (Ed). *Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice*, Published for Macmillan Palgrave, Second Edition: Elsevier, İngiltere, 2011; 215-237.
2. Hunter B, Berg M, Lundgren I, et al. Relationships:the hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*; 2008; 24:132-137.
3. Lundgren J, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2007;21: 220-228.
4. Carolan M, Hodnett E. With woman'philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*; 2007;14:140-152.
5. Leinweber J, Creedy D, Rowe H and Gamble J. Responses to Birth Trauma and Prevalence of Posttraumatic Stress Among Australian Midwives, *Women and Birth*, 2017; 30(1):40-45.
6. Creedy D, Horshfall I, Shocket I. Child birth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* ; 2000; 27:104-111.
7. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*, 2002;58:1433-1441.
8. Australian Institute for Health and Welfare. *Nursing and midwifery workforce 2013*. 2014. <http://www.aihw.gov.au/workforce/nursing-and-midwifery/>
9. Aker T & Önder ME. Psikolojik travma ve sonuçları. 5US Yayınevi. İstanbul. 2003;9-21.
10. APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association. Köroğlu, (ed). DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara.

- 2013.
11. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Baskı. Ankara, Nobel Yayınevi. 2015.
 12. Gürkan A, Yalçın N. Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;6(2): 90 – 95
 13. Weathers F & Keane T. The Criterion A problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20:107–121.
 14. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, et al. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract*, 2004;14:27-35.
 15. Kahil A, Palabıyıkoglu NR. İkincil Travmatik Stres, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2018;10(1):59-70. doi: 10.18863/pgy.336495.
 16. Stamm BH. Helping the Helpers: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Self-Care, Management, and Policy. *Resour. community suicide Prev*. 2012;1-4.
 17. Sheen K, Slade P, Spiby H. An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives, *Journal of Advanced Nursing*, 2014;70:729-743.
 18. Ludick M, Figley CR. Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology (Tallahass Fla)*, 2016;23:112-123.
 19. Corolan M, Hodnett E. 'With woman'philosophy: examining the evidence, answer in the questions. *Nursing Inquiry*. 2007;14:140–152. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00360.x>.
 20. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 2002; 186:160–172.
 21. Kirkham M. Traumatised midwives. *AIMS Journal* 2007;19;1.
 22. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;9. CD004667. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>.
 23. Mollart L, Skinner VM, Newing C, et al. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*. 2013;26: 26–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.002>.
 24. Gould D. Return-to-practice initiatives in nursing retention. *Nursing Standard*. 2005;19: 41–46. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2005.07.19.46.41.c3921>.
 25. Cohen R, Leykin D, Golan-Hadari D, et al. Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery*. 2017;50:1–8 <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.009>
 26. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In *Compassion Fatigue Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat Traumatized* (Ed CR Figley): 1995;1-20. New York, Routledge.
 27. Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*. 2006; 12:136–142.
 28. Walsh D. An ethnographic study of women's experience of partnership case load midwifery practice: the Professional as a friend. *Midwifery*. 1999; 15:165–176.
 29. Rice H, Warland J. Bearing witness: midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*; 2013;29(9):1056–63.
 30. Thomas R, Wilson J. Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatisation and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2004;6:81–92.
 31. Patterson J, Hollins Martin CJ, Karatzias T. Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth . *Midwifery*. 2019;76:21–35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010>
 32. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, et al. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* . 2017;17(13):2-8. DOI 10.1186/s12884-016-1212-5

33. Perez L, Jones J, Englert DR, et al. Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images. *J Police Crim Psychol*, 2010;23:113-124.
34. Davies S. Caring for Future Midwives, *AIMS Journal*, 2016;28(1), <https://www.aims.org.uk/journal/item/caring-for-future-midwives>
35. Welford C. What Factors Influence Professional Burnout in Midwives?, *MIDIRS Midwifery Digest*. 2018;28(1): 35-40, <https://insights.ovid.com/midirs-midwifery-digest/mmwd/2018/03/000/factors-influence-professional-burnout-midwives/9/00115386>.
36. Günüşen NP, Wilson M, Aksoy B. Secondary traumatic stress and burnout among muslim nurses caring for chronically ill children in a Turkish hospital. *J Transcul Nurs*. 2017; 29:146–54. Doi: 10.1177/1043659616689290
37. Beck C, LoGiudice J and Gable R. A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2015;60(1):16-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644069>
38. Schröder K, Jørgensen JS, Lamont RF, et al. Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2016;1-11. Doi: 10.1111/aogs.12897.
39. Sheen K, Slade P, Spiby H. An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70: 729-743, 10.1111/jan.12274.
40. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41:747-760.
41. Beck C, LoGiudice J & Gable R. A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2015; 60(1): 16-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644069>.
42. Komachi MH, Kamibepu K, Nishi D & Matsuoka Y. Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals. *International Journal of Nursing practice* 2012;18(2): 155–163.
43. Mizuno M, Kinefuchi E, Kimura R, Tsuda A. Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care. *Nursing Ethics*. 2013; 20: 539–550. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012463723>.
44. Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2011;25 (1): 1-10.
45. Leinweber J, Rowe HJ. The costs of being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 2010;26:76–87.
46. Killian K. Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology (Tallahass Fla)*, 2008;14:32-44.
47. Saakvitne KW. Shared trauma: the therapist's increased vulnerability. *Psychoanal Dialogues*, 2002;12:443-449.
48. Whitfield N, Kanter D. Helpers in distress: Preventing secondary trauma. *Reclaiming Children and Youth*, 2014;22:59-61.
49. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 2015;45: 927-945, 10.1017/S0033291714002141
50. Hunter B, Deery R. Building our knowledge about emotion work in midwifery: combining and comparing findings from two different research studies. *Evidence Based Midwifery*, 2005;3:10-16