



T.C

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KANSER HASTASI ÇOCUK VE ERGENLERİN
EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞUNUN VE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİN
BELİRLEYİCİLERİ: SOSYAL DESTEK, RUMİNASYON VE
YÜKLEME BİÇİMLERİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Hazal MOĞULKOÇ

BURSA-2014



T.C

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KANSER HASTASI ÇOCUK VE ERGENLERİN
EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞUNUN VE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİN
BELİRLEYİCİLERİ: SOSYAL DESTEK, RUMİNASYON VE
YÜKLEME BİÇİMLERİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Hazal MOĞULKOÇ

Danışman:

Doç. Dr. Gülay Dirik

BURSA – 2014

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda 700945004 numaralı Hazal Moğulkoç'un hazırladığı "Kanser Hastası Çocukların Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ve Travma Sonrası Gelişimin Belirleyicileri: Sosyal Destek, Ruminasyon ve Yükleme Biçimleri" konulu Yüksek Lisans Çalışması ile ilgili tez savunma sınavı, 07/01/2014 günü 13:30- 15:00 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin başarılı olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.



Doç. Dr. Gülay DİRİK
Uludağ Üniversitesi
Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu
Başkanı)



Doç. Dr. Emre ŞENOL DURAK
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Pınar Leman TOSUN
Uludağ Üniversitesi
Üye

07/01/2014

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Hazal MOĞULKOÇ
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Psikoloji
Bilim Dalı : Klinik Psikoloji
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : XI + 106
Mezuniyet Tarihi : 07 / 01 / 2014
Tez Danışman(lar)ı : Doç. Dr. Gülay DİRİK

KANSER HASTASI ÇOCUK VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN VE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİN BELİRLEYİCİLERİ: SOSYAL DESTEK, RUMİNASYON VE YÜKLEME BİÇİMLERİ

Bu çalışma, kanser hastası çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve travma sonrası gelişim (TSG) düzeylerini ve bunlarla ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla, 78 anne ve 34 babadan oluşan toplam 117 ebeveynle gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlere toplam 6 adet ölçek uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkileri belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testleri, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, ebeveynlerin orta düzeyde TSSB ve yüksek düzeyde TSG yaşadıkları, annelerin babalara göre daha yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşadıkları fakat travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde ebeveynlerin cinsiyeti açısından herhangi bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bunun yanında ebeveynlerin travma sonrası gelişim ve travma sonrası stres bozukluğu puanları birbirleriyle pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Son olarak, çocuk yaşının, ebeveyn cinsiyetinin, yükleme biçimlerinin iyi olaylar için önemlilik, kötü olaylar için önemlilik ve iyi olaylar için içsellik, genellik ve değişmezlik toplam puanlarından oluşan birleşik pozitif alt boyutlarının travma sonrası gelişim düzeylerini yordadığı, ebeveynlerin gelir düzeyi ve ruminasyonun da travma sonrası stres bozukluğu düzeylerini yordadığı belirlenmiştir. Sosyal destek ise ne TSSB ne de TSG ile ilişkili bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Gelişim, Sosyal Destek, Ruminasyon, Yükleme Biçimleri, Çocukluk Dönemi Kanseri

ABSTRACT

Name and Surname : Hazal MOĞULKOÇ
University : Uludağ University
Institution : Institute of Social Sciences
Field : Psychology
Branch : Clinical Psychology
Degree Awarded : Master
Page Number : XI + 106
Degree Date : 07 / 01 / 2014
Supervisor (s) : Assoc. Prof. Gülay DİRİK

DETERMINERS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND POSTTRAUMATIC GROWTH IN PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENT WITH CANCER: SOCIAL SUPPORT, RUMINATION AND EXPLANATORY STYLES

This study is conducted to identify posttraumatic stress disorder (PTSD), posttraumatic growth (PTG), and other related variables among the parents of children with cancer. There were 117 parents, 78 mother and 34 father, in the study. Six scales were administered to participating parents. Independent samples t-tests, correlation, and regression analyses were conducted to identify the relationships between the variables. Based on the analyses, it was found that the parents had experienced medium levels of PTSD and high levels of PTG, moreover mothers had experienced higher levels of posttraumatic growth than the fathers, and there were no gender differences in the levels of posttraumatic stress disorder. Additionally, there was a positive relationship between parents' scores of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth. Finally, it was found that the level of posttraumatic stress disorder was predicted by parents' income levels and rumination, and posttraumatic growth was predicted by child's age, parent's gender, and the subdimensions of explanatory style, which are importance for good events, importance for good bad events, and a positive composite composed of scores of internalization for good news, generalization, and stability. Social support was not found to be related to either PTSD or PTG.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, posttraumatic growth, social support, ruminastion, explanatory styles, childhood cancer

ÖNSÖZ

Hem lisans, hem de yüksek lisans eğitimim boyunca akademik aktarımlarının yanı sıra desteğini ve ilgisini esirgemeyen, özellikle tez yazım dönemindeki katkıları ve hassasiyeti ile bu çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan danışman hocam Doç. Dr. Gülay Dirik'e teşekkür ederim.

Değerli katkılarıyla ve destekleriyle bu çalışmayı daha nitelikli bir hale getiren jüri üyelerim Doç. Dr. Emre Şenol Durak ve Doç. Dr. Pınar Leman Tosun'a teşekkürü borç bilirim.

Zorlu veri toplama sürecinde bana sağladıkları kolaylık ve destek için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Birimi'nin tüm çalışanlarına, ebeveynlere ulaşmam için elinden geleni yapan Lerzan'a ve yaşadıkları bu sıkıntılı dönemde sabırla ve fedakarlıkla çalışmaya katkı sağlayan kanser hastası çocukların ebeveynlerine çok teşekkür ederim.

Yalnızca sıkıntılı tez döneminde değil, her anda hayatımda olmaları ile yaşamı keyifli kılan, bütün yorgunluğumu kapıdan içeri girdiğimde yok eden ev arkadaşlarım Begüm ve Ekin, o günleri tekrar yaşayacaksak bu tezi en baştan yazmaya hazırım. Burçin, Ece, Lerzan bana olan inancınızı hiç unutmuyacağım. İsimlerini buraya sığdıramayacağım Bursa'nın bana en büyük hediyesi Uludağ Üniversitesi Oyuncuları başta olmak üzere bütün arkadaşlarım, siz olmasaydınız burası dünyanın en güzel şehri olmazdı.

Bu çalışmanın bizden çaldığı zamanda bile, desteğini en yakınımda hissettiğim Namık, iyi ki hayatımdasın.

Son olarak; bu çalışmayı hayattaki en büyük destekçilerim, varlıklarıyla beni dünyanın en şanslı insanı hissettiren, sonsuz ve koşulsuz sevgileriyle her zaman yanımda olduklarını bildiğim anneme ve babama armağan ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAY SAYFASI	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
ÖNSÖZ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar	IX
ŞEKİLLER	X
EKLER	XI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

(KANSER HASTASI ÇOCUĞA SAHİP OLMANIN EBEVEYNLER ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİ)

1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	6
1.2. Travma Sonrası Gelişim (TSG)	8

İKİNCİ BÖLÜM

(ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELLERİ)

2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişimin Teorik Olarak Bir Arada Ele Alınması	11
2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile İlişkili Modeller	14
2.2.1. Bilgi İşleme Modeli	14
2.2.2. Bilişsel Model	15
2.2.3. Yatkınlık Stres Modeli	16
2.3. Travma Sonrası Gelişim ile İlişkili Modeller	16

2.3.1. Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli	17
2.3.2. Esneklik ve Gelişim Modeli	17
2.3.3. İşlevsel Betimsel Model	18
2.3.4. Organizmik Değerlendirme Modeli	19
2.4. TSSB ve TSG ile İlişkili Değişkenler	19
2.4.1. Algılanan Sosyal Destek	21
2.4.2. Ruminasyon	22
2.4.3. Yükleme Biçimleri	26
2.4.4. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler.....	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

(KANSER HASTASI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ)

3.1. Yöntem	31
3.1.1. Katılımcılar	31
3.1.2. Veri Toplama Araçları	33
3.1.2.1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Veri Formu	33
3.1.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	33
3.1.2.3. Ruminatif Tepki Ölçeği	34
3.1.2.4. Yükleme Biçimi Ölçeği	35
3.1.2.5. Travmatik Stres Belirti Ölçeği	36
3.1.2.6. Travma Sonrası Gelişim Envanteri	37
3.1.3. İşlem	38
3.1.4. İstatistiksel Analiz	39
3.2. Bulgular	40
3.2.1. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Verilerin Betimleyici İstatistikleri	40
3.2.2. Hastalığa İlişkin Olumlu ve Olumsuz Düşünceler	42

3.2.3. Katılımcıların TSSB ve TSG Düzeyleri	44
3.2.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve TSSB ve TSG	44
3.2.5. Değişkenler Arası Korelasyonlar	46
3.2.5.1. TSSB ve TSG ile Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler Korelasyon Sonuçları	46
3.2.5.2. TSSB ve TSG ile Bağımsız Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları	50
3.2.6. Regresyon Analizleri	52
3.2.6.1. TSSB'nin Yordayıcıları	52
3.2.6.2. TSG'nin Yordayıcıları	56
3.2.6.2.2. "Diğerleriyle İlişkiler"de Değişimin Yordayıcıları	60
3.2.6.2.3. "Kendilik Algısı"ndaki Değişimin Yordayıcıları	62
3.2.6.2.4. "Yaşam Felsefesi"ndeki Değişimin Yordayıcıları	64
SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER	67
1. Genel Değerlendirme	67
2. Örnekleme İlişkin Betimsel Özellikler	67
3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	69
3.1. Sosyodemografik Değişkenler, Hastalığa İlişkin Değişkenler ve TSSB	69
3.2. Sosyal Destek, Ruminasyon, Yükleme Biçimleri ve TSSB	70
4. Travma Sonrası Gelişim	72
4.1. Sosyodemografik Değişkenler, Hastalığa İlişkin Değişkenler ve TSG	73
4.2. Sosyal Destek, Ruminasyon, Yükleme Biçimleri ve TSG	74
5. Araştırmanın Hipotezleri	76
6. Çalışmanın Sınırlılıkları	78
7. Klinik Göstergeler	80
8. Gelecekte Yapılacak Çalışmalar İçin Öneriler	81
KAYNAKLAR	83
EKLER	93
ÖZGEÇMİŞ	106

TABLolar

Sayfa No

Tablo 1	Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	32
Tablo 2	Çocuklara İlişkin Sosyodemografik ve Hastalık Bilgileri.....	41
Tablo 3	Katılımcıların Açık Uçlu Sorulara Verdikleri Yanıtlar ve Yüzdeleri.....	43
Tablo 4	Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Değişkenler ile TSSB ve TSG Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	48
Tablo 5	Çocuklara İlişkin Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler ile TSSB ve TSG Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	49
Tablo 6	Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	51
Tablo 7	Bağımlı Değişkenlere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	53
Tablo 8	TSSB’NİN Yordayıcıları.....	55
Tablo 9	Bağımlı Değişkenlere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	57
Tablo 10	Travma Sonrası Gelişimin Yordayıcıları.....	59
Tablo 11	‘Diğerleriyle İlişkiler’ Alt Boyutunun Yordayıcıları.....	61
Tablo 12	‘Kendilik Algısında Değişim’ Alt Boyutunun Yordayıcıları.....	63
Tablo 13	‘Yaşam Felsefesinde Değişim’ Alt Boyutunun Yordayıcıları.....	65
Tablo 14	TSG ile Alt Boyutlarının ve TSSB’nin Yordayıcı Değişkenleri.....	66

ŞEKİLLER

Sayfa No

Şekil 1	Travma Sonrası Stres Reaksiyonlarının Psikososyal Sistemi	13
---------	-----------------------------------------------------------------	----

EKLER

Sayfa No

Ek 1	Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Veri Formu	93
Ek 2	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	95
Ek 3	Ruminatif Tepki Ölçeği	96
Ek 4	Travma Sonrası Gelişim Envanteri	97
Ek 5	Travmatik Stres Belirti Ölçeği	98
Ek 6	Yükleme Biçimleri Ölçeği	99
Ek 7	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Belgesi.....	104

GİRİŞ

Kanser erken tanı konulmadığı ve tedavi edilmediğinde çoğunlukla ölüme yol açabilen önemli bir sağlık sorunu olup gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin dörtte birini oluşturmaktadır (Lepore & Coyne, 2006: 87). En basit tanımıyla kanser, önceden normal işleve sahip hücrelerin anormal ve kontrol edilemeyen şekilde büyümesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kontrol edilemeyen hücreler zamanla işlevlerini kaybetmeye başlarlar. Kanser hücrelerinin en belirgin özellikleri hızla bölünebilmeleri ve çoğalabilmeleridir. Kanser hücreleri temel aldıkları organdan sıçrayarak diğer organlardaki hücrelere de zarar verebilirler, bu oluşum metastaz olarak adlandırılmaktadır. Kanser hücreleri, köken aldıkları organlarda olduğu gibi metastaz sonucu sıçradıkları organların da normal işlevlerini yerine getirmesini engellemektedirler (Almeida & Barry, 2010: 2). Dünyada, kökeni oldukları organ ve dokulara göre isimlendirilen iki yüzden fazla kanser çeşidi olduğu belirtilmiştir (Criss, 1999: 22).

Kanser hastalığının tedavisinde çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Hastalara uygulanacak tedavi yöntemleri hastalığın tipine, evresine, hastanın yaşına ve genel sağlık durumuna göre değişkenlik göstermekle birlikte en sık kullanılan yöntemler cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisidir (Criss, 1999: 2-56). Kanser tedavisindeki gelişmeler sonucunda hastaların bir bölümünün iyileştiği ya da yaşam sürelerinin uzadığı görülmektedir. Ancak tedavi seçeneklerinden birisi olan kemoterapinin hastalar üzerinde önemli yan etkileri bulunmaktadır. Saç dökülmesi, bulantı ve kusma, ağrı, halsizlik, bitkinlik ve duygusal sorunlar bu yan etkilerden bazılarıdır. Hem fiziksel hem de psikolojik sıkıntılara yol açabilmesi nedeniyle de kemoterapi hastalar için zorlu bir tedavi süreci olabilmektedir (Kutluk & Kars, 1996: 23).

TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi) Kanser Çalışma Grubu'nun yaptığı çalışma bulgularında, çocukluk dönemi kanserleri genelde 0-14 yaş arasında görülen kanser türleri olarak adlandırılmasına karşın 15-19 yaş arası da ergen kanserleri olarak çocukluk dönemi kanserleri ile birlikte değerlendirilebilmektedir. Bu dönem kanserleri prevelans, çeşit, biyolojileri, gidişat ve tedaviye yanıt boyutlarında yetişkinlik dönemi kanserlerinden farklılık göstermektedirler. Uluslar arası Çocukluk Kanserleri Klasifikasyonu (ICCC) na

göre 12 tip çocukluk dönemi kanseri mevcuttur. Bunlar; Akut Lösemiler, Santral Sinir Sistemi Tümörleri, Maliyn Lenfomalar, Nöroblastoma, Wilm's Tümörü, Kemik Tümörleri, Yumuşak Doku Sarkomları, Retinoblastoma, Germ Hücreli Gonadal Tümörler, Hepatoblastoma, Tiroid Kanseri ve Maliyn Melanom'dur. En sık görülen tipleri ise akut lösemiler ve embriyonel tümörlerdir (Çavdar, 2009: 11). Çocukluk dönemi kanserlerinin nedenleri tam olarak bilinmese de kanser oluşumunu tetikleyen bazı faktörler belirlenmiştir. Bunlar; genetik nedenler, down sendromu, Turner sendromu gibi kromozom anomalileri, doğum öncesi ya da sonrasındaki enfeksiyonlar, ultraviyole ışınları, elektromanyetik dalgalar gibi çevresel etmenler olarak sınıflandırılmıştır (Estlin, Gilberston, & Wynn, 2010: 7).

Çocukluk dönemi kanserleri, yetişkinlik dönemi kanserlerine göre daha az görülmektedir. Bütün yaş grupları kanserleri içinde çocukluk dönemi kanserlerinin görülme sıklığı %1 oranındadır. Ülkemizde 0-14 yaş grubunda her yıl yaklaşık 2.500-3.000 çocuğun (Kutluk, 2002: 162), Amerika Birleşik Devletleri'nde ise her yıl 12.000 çocuğun kanser tanısı aldığı belirtilmektedir (Ries, ve ark., 2005: 1982). Çocukluk dönemi kanserleri 0-5 yaş aralığında, 6-15 yaş dönemine göre iki kat fazla oranda görülmektedir (Imbach, Kühne, & Arceci, 2011: 1-5). Çocukların yetişkinlere oranla verilen tedaviyi daha iyi tolere edebilmeleri tedavi şansını arttırmaktadır (Adaletli, 2009: 3). Günümüzde kanser tanısı alan çocukların % 70'inin tamamen iyileştiği belirtilmektedir (Kebudi, 2006: 37). Kanser teşhisi alan çocukların aktif tedavi süreci ortalama 1-3 yıldır. Devamındaki 3-7 yıl arasında ise kontroller devam etmektedir. Tedavi tamamlandıktan sonraki ilk 6 ay çocuk hasta olarak kabul edilmektedir. Tedaviden olumlu yanıt alan çocuklar daha sonraki süreçte periyodik kontroller dışında normal sağlıklı çocuklar gibi hayatlarını devam ettirebilmektedirler (Imbach, Kühne, & Arceci, 2011: 3). Çocukluk dönemi kanserlerinde de yetişkinlerde olduğu gibi kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemler gibi çok yönlü tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır. En sık kullanılan yöntem kemoterapi olmakla beraber, radyoterapi yetişkinlerde olduğu kadar tek başına, acil durumlar hariç, kullanılmamaktadır. Radyoterapi genellikle duyarlı tümörlerde kemoterapiye ek olarak kullanılmaktadır (Çavdar, 2009: 13).

Kanser tanısı almak hem kişinin kendi hem de yakınlarının yaşamında köklü değişikliklere yol açan duygusal, sosyal, ekonomik pek çok sorunu beraberinde getiren bir

durumdur. Bu nedenle kanser hastası ve yakınları ile bir çok araştırma yapılmaktadır. Kanser hastası kişiler ile pek çok araştırma yapılmış olmakla birlikte kanser hastası çocukların ebeveynleri ile daha az sayıda çalışma mevcuttur. Bu nedenle bu çalışmanın amacı kanser tanısı alan çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve travma sonrası gelişim (TSG) düzeyleri ve bunların oluşumunda belirleyici rol oynaması beklenen algılanan sosyal destek, ruminasyon, yüklenme biçimleri ve sosyodemografik değişkenlerin etkisini araştırmaktır.

Literatürde kanser hastası çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon gibi psikolojik sıkıntılarının araştırıldığı çalışmalara daha çok rastlanmaktadır (Barakat, Kazak, Meadows, Casey, Meeske, & Stuber, 1997: 843; Berrara, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin, 2004: 630; Best, Streisand, Catana, & Kazak, 2001: 299; Bruce, 2006: 233; Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang, & Reilly, 2005: 7405; Libov, Nevid, Pelcovitz, & Carmony, 2010: 501). Ancak kanser hastalığı olumlu değişimlere de yol açabilmektedir. Travma sonrası gelişim kanser hastalarının kendilerinde (Bayraktar, 2008: 1; Ho, Chan, & Yau, 2011: 269; Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009: 30; Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010: 46) ve kanser ve diğer fiziksel hastalığa sahip bireylerin yakınlarında (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009:281; Dirik G., 2006: 1; 1; Engelkemeyer & Marwit, 2008: 344; Ho, Chan, & Yau, 2011: 269; Senol-Durak E., 2007; Özlü, 2007: 1) çalışılmasına rağmen kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası gelişimi araştıran çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Best, Streisand, Catana, & Kazak, 2001: 299; Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006: 413; Micheal, Taylor, Absolom, & Eiser, 2009: 123; Schneider, Steele, Cadell, & Hemsworth, 2011: 186). Bu çalışmadan elde edilecek bulguların kanser hastası çocukların ebeveynlerinin yaşadığı hem TSSB hem de TSG'ye ilişkin literatüre katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın hipotezleri travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişime yönelik çeşitli kuramlardan ve literatürdeki çalışma bulgularından elde edilen bilgiler ışığında oluşturulmuştur. Bu hipotezler;

1. Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde cinsiyet, yaş, çalışma durumu (çalışıp çalışmama), gelir düzeyi, çocuğun yaşı vs. gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin, TSSB ve TSG ile ilişkili olması beklenmektedir. Özellikle, kadın olma, çalışıyor olma,

daha yüksek gelir düzeyine sahip olma, daha genç yaşta olma ve büyük yaşta çocuğa sahip olmanın daha fazla TSG belirtileriyle ilişkili olması beklenmektedir. Ayrıca kadın olmanın daha fazla TSSB belirtileriyle ilişkili olması beklenmektedir.

2. Çocuğun hastalığının türü, süresi, tedavi şekli gibi değişkenlerin, ebeveynlerin TSSB ve TSG düzeyleriyle ilişkili olması beklenmektedir. Hastalığın teşhisi üzerinden geçen süre arttıkça, ebeveynlerde TSG düzeylerinin de artması, hastalığın nüks etmesi ve yan etkilerin artması durumunda TSG düzeylerinin azalması ve TSSB düzeylerinin artması beklenmektedir.
3. Yüksek düzeyde sosyal destek algılanmasının ebeveynlerde daha yüksek TSG ve daha düşük TSSB düzeyleriyle ilişkili olması beklenmektedir.
4. Ruminasyonun daha yüksek TSSB ve daha düşük TSG düzeyleriyle ilişkili olması beklenmektedir. Başka bir ifadeyle ebeveynlerde ruminasyon arttıkça, TSSB düzeylerinin artması, TSG düzeylerinin azalması beklenmektedir.
5. Yükleme biçimlerinin, ebeveynlerin travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim düzeyleri ile ilişkili olması beklenmektedir.

5.1 İyi olayları içsel, genel, değişmez yükleme biçimleri ile açıklayan (birleşik pozitif) ebeveynlerin daha yüksek düzeyde travma sonrası gelişim ve daha düşük düzeyde travma sonrası stres bozukluğu; dışsal, özel ve değişebilir alt boyutlarında açıklayanların ise daha düşük travma sonrası gelişim ve daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermeleri beklenmektedir. Ayrıca iyi olayların önem derecesi arttıkça bireylerin daha düşük TSG düzeylerine sahip olmaları beklenmektedir.

5.2 Kötü olayları içsel, genel ve değişmez yükleme biçimleri ile açıklayan (birleşik negatif) ebeveynlerin daha düşük düzeyde travma sonrası gelişim ve daha yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu; dışsal, özel ve değişebilir boyutlarında açıklayanların ise daha yüksek travma sonrası gelişim ve daha düşük travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermeleri beklenmektedir. Bunun yanında ebeveynlerin yüklemelerinde kötü olayların önemlilik boyutu arttıkça TSG düzeylerinin de artması beklenmektedir.

olarak belirlenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KANSER HASTASI ÇOCUĞA SAHİP OLMANIN EBEVEYNLER ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Kronik hastalıkların yetişkinlik döneminde olduğu gibi çocukluk çağında da görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Kanser, devam eden kontrolleri, ilerleyen süreçlerdeki medikal etkileri, tekrarlama riski göz önüne alınarak kronik hastalık olarak değerlendirilmektedir (Barakat, Kazak, Gallagher, Meeske, & Stuber, 2000: 190). Baysal (1996: 912-924), Martin ve Nisa (1997: 1049-1054) ve Westbom (1992: 625-629) çocukluk çağında çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran çocuklarda kanser, şeker hastalığı, böbrek hastalıkları, doğumsal anomaliler gibi kronik hastalık yaygınlığının %15-50 arasında olduğunu belirtmektedirler (Akt: Toros, Tot, & Düzovalı, 2002: 241). Pek çok çalışmadaki kanser görülme sıklıkları değerlendirildiğinde çocukluk dönemi kanserleri oranının oldukça fazla olduğu görülmektedir (Bruce, 2006: 233-256; Hutchinson, Willard, Hardy, & Bonner, 2009: 515-523; Norberg, Pöder, & Essen, 2010: 1-5; Patistea, 2005: 283-296).

Çocuk sahibi olma, anne ve babaların yeni sorumluluklar ve görevler üstlenmesini gerektirmektedir. Doğan çocuğun kronik sağlık problemleri yaşaması bu sorumlulukların yanında birçok ek problemi de beraberinde getirmektedir. Çocuğun kronik hastalık teşhisiyle beraber ailenin yaşamı önemli derecede değişmekte ve etkilenebilmektedir (Krulik, Turner-Henson, Kanematsu, Al-Ma'aitah, Swan, & Holaday, 1999: 132).

Çocukluk dönemi kanserleri, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastalık tanısı, tedavisi ve belirsizliği sebebiyle hasta çocuklarda fiziksel, psikososyal ve davranışsal birçok probleme yol açmaktadır (Bruce, 2006: 234). Kanser tanısı yalnız çocukta değil,

ebeveynlerde de önemli psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Barakat, Kazak, Meadows, Casey, Meeske, & Stuber, 1997: 843; Bruce, 2006: 234; Norberg, Pöder, & Essen, 2010: 1). Bu nedenle ebeveynlerin de psikolojik sıkıntılarının değerlendirildiği çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır (Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006: 413; Berrara, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin, 2004: 630; Best, Streisand, Catania, & Kazak, 2001: 299; Bruce, 2006: 233; Hutchinson, Willard, Hardy, & Bonner, 2009: 515; Toros, Tot, & Düzovalı, 2002: 240). Çocuğun kanser teşhisi alması ve tedavi sürecindeki zorlu yöntemler, hastalığın gidişatındaki belirsizlik ve olası ölüm korkusu ailede strese ve krize yol açabilecek bir durum olarak nitelendirilmektedir (Berrara, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin, 2004: 632). Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalarda, çocuğun kanser teşhisi almasının ebeveynlerde stres, depresyon, kaygı ve TSSB' ye yol açtığı belirlenmiştir (Kazak, 2005: 29-39). Çocuğun kanser tanısı alması ailede travma sonrası stres bozukluğu gibi bazı sorunları beraberinde getirdiği yapılan diğer çalışmalarda da desteklenmiştir (Norberg, Pöder, & Essen, 2010: 1-5). Yine DSM-IV' te; bireyin çocuğunun yaşamını tehdit eden bir hastalığa yakalanması; travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilecek potansiyel bir stresör olarak belirtilmiştir (American Psychiatric Association, 1994: 395).

1.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)

Kanser, önceki bölümde de belirtildiği gibi sadece bireylerin kendisini değil, aile üyelerinin de psikolojik sağlığını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Kanser tanısı almak hastanın olduğu kadar aile bireyleri ve yakınları üzerinde de kaygı ve gerilime yol açmaktadır. Sevdikleri kişinin yaşadığı ruhsal ve bedensel problemleri ve sıkıntıları en yakından gözlemleyen hasta yakınları, rol değişiklikleri, tedavinin sebep olduğu maddi zorluklar ve hastanın bakımını üstlenme gibi problemlerle baş etmek zorunda kalmaları sonucu stresli, yorgun, mutsuz ve kaygılı olmaktadır. Ayrıca son yıllarda yapılan araştırmalarda kanserin aile fertleri üzerindeki stres yaratan etkisi de belirtilmektedir (Alacalıoğlu, 2007: 1-52). Kanser hastası çocuk ve bu çocukların ailelerinde travma sonrası stresi inceleyen çalışmaları kapsayan gözden geçirme çalışmalarında, kanser hastası çocukların ve ailelerinin, genel popülasyona göre anlamlı olarak daha yüksek travma sonrası stres ve travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları rapor edilmiştir. Hatta

kanser hastası çocuğa sahip olmak, kanser hastası olmaktan daha travmatize bir durum olarak tanımlanmıştır (Bruce, 2006: 237).

DSM-IV-TR’te travma sonrası stres bozukluğu; “kişinin gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşaması, böyle bir olaya tanık olması ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmesi” olarak tanımlanmıştır (Amerian Psychiatric Association, 2000: 349). Bir çok çalışmada kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stres ve travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir (Bruce, 2006: 237; Dalmaz, 2009: 32; Kazak, 2005: 31; Krulik ve ark., 1999: 137; Norberg ve ark., 2010: 2). Travma sonrası stres bozukluğu; doğuştan sahip oldukları hastalıklar yüzünden ameliyat geçiren pediatrik cerrahi hastalarının ebeveynleri (Nagata ve ark., 2008: 1480), epilepsi hastası çocukların ebeveynleri (İşeri ve ark., 2006: 250), spina bifida’lı çocukların ebeveynleri (Vermaes ve ark., 2008: 446) ve kanser hastası çocukların ebeveynleri (Barakat, Kazak, Meadows, Casey, Meeske, & Stuber, 1997: 843; Best, Streisand, Catana, & Kazak, 2001: 299; Bruce, 2006: 233; Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang, & Reilly, 2005: 7405) gibi farklı hastalıkları olan çocukların ailelerinde incelenmiş ve ebeveynlerin yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir.

Literatürde kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynleriyle ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunu kanser hastası çocuklar oluşturmaktadır. Tıp alanındaki gelişmeler, günümüzde çocukluk dönemi kanserlerinin ölümcül olmaktan çok kronik bir hastalık olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Dolayısıyla bu gelişmelerle paralel olarak kanser hastası çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesini ve psikososyal problemlerini kapsayan çalışmalar da artmıştır (Ağaoğlu & Nogay, 1999: 416-424). Barakat ve arkadaşları (1997: 843-859), 8-20 yaş arası 309 kanser hastası çocuk ve 219 sağlıklı çocuk ebeveyninden oluşan örnekleme travma sonrası stres belirtilerinin görülme sıklığını araştırmışlardır. Bu araştırmada kanser hastası çocukların anne babalarının, sağlıklı çocukların anne babalarına göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtileri yaşadıkları belirlenmiştir (Barakat, Kazak, Meadows, Casey, Meeske, & Stuber, 1997: 843-859). Kazak ve arkadaşları (2005: 29-39), kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres belirtilerini araştırmak amacıyla 119 anne ve 52 baba ile yaptıkları çalışmalarında araştırmaya katılan ebeveynlerin en az birinde travmatik stres

belirtilerinin görülme sıklığını % 80 olarak belirlemişlerdir (Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang, & Reilly, 2005: 29-39). Stuber ve arkadaşları (1996: 254-261) 7-19 yaş arası pediatrik lösemi hastaları ve ebeveynlerinden oluşan örnekleme travma sonrası stres belirtilerinin görülme sıklığını araştırdıkları çalışmalarında; lösemi hastası çocukların %12.5 inde, annelerin %39.7 sinde ve babaların %33.3 ünde travma sonrası stres belirtileri görüldüğünü belirlemişlerdir (Stuber, Christakis, Houskamp, & Kazak, 1996: 254-261). Kazak ve arkadaşları (2001), lösemi hastası çocukların ebeveynlerinde tedavi sırasındaki kaygı düzeyi ile tedavi sonrasında travma sonrası stres belirtilerinin ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, 113 kanser hastası çocuğun anne ve babasına tedavi sırasında ve dört yıl sonrasında uygulanan ölçümlerde, tedavi sırasındaki kaygı düzeyinin annelerin travma sonrası stres belirti düzeyinde yordayıcı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. (Best, Streisand, Catana, & Kazak, 2001: 299-307). Norberg ve arkadaşları 0-18 yaş arası ilk kez kanser teşhisi alan çocuklardan oluşan örnekleme 11 anne ve 109 baba ile çalışmışlar ve ebeveynlerin anlamlı düzeyde travma sonrası stres belirtileri gösterdiklerine yönelik bulgular elde etmişlerdir (Norberg, Pöder, & Essen, 2010: 1-5). Pek çok çalışmanın bulguları TSSB'nin kanser hastası çocukların ebeveynleri için önemli bir psikolojik sorun olduğunu göstermiştir. Bu nedenle TSSB ve TSSB ile ilişkili faktörlerin neler olduğunu detaylı olarak incelenmesinin gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

1.2. TRAVMA SONRASI GELİŞİM

Travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerin sadece psikolojik sıkıntılar yaşamadıkları, bazı bireylerin bu travmatik yaşam olaylarından sonra pozitif değişimler de yaşadıkları belirlenmiştir. Tedeschi (2004)' ye göre travmatik bir olay yaşayan bireylerin 2/3 ü bazı olumlu değişimler yaşamaktadırlar. Bu olumlu değişim; travma sonrası gelişim, yarar sağlama, strese bağlı gelişim, olumlu doğurgular, olumlu değişim, anlam bulma, dönüşümsel baş etme, olumlu yorumlama gibi farklı terimlerle ifade edilmektedir (Calhoun & Tedeschi, 2004: 1-18).

Tedeschi ve Calhoun (2004: 2) travma sonrası gelişimi “yüksek düzeyde stres içeren yaşam krizleriyle mücadele sonucu bireylerin yaşadığı olumlu değişimleri anlatmak için kullanılan bir terim” olarak nitelendirmişlerdir. Yine Tedeschi ve arkadaşları (2004: 1-

18), bu gelişimin, bireyin yaşam felsefesinde, kendilik algısında ve kişilerarası ilişkileri boyutunda yaşandığını; yaşam değeri algısında yükselme, kişilerarası ilişkilerin daha anlamlı hale gelmesi, bireyin kendilik algısının güçlenmesi, manevi ve varoluşsal değerlerde artış şeklinde kendini gösterdiğini belirtmişlerdir (Tedeschi & Calhoun, 2004: 1-18). Bu çalışmada da olumlu gelişim, Tedeschi ve Calhoun'un geliştirdikleri travma sonrası gelişim kavramı ile ifade edilecektir.

Travma sonrası gelişim değişik travmatik olaylara maruz kalan kişiler üzerinde incelenmiştir. Travma sonrası gelişimin literatürde arama kurtarma çalışanları, depremzedeler gibi afet yaşantısı olan bireylerde (Yılmaz, 2006: 1; Yu ve ark., 2010: 327), terör mağdurları ve yakın partneri tarafından şiddet görenler gibi şiddete maruz kalan bireylerde (Laufer ve ark., 2010: 647; Tedeschi ve ark., 2006: 3), romatoid artrit hastaları, AIDS hastaları, kronik böbrek yetmezliği hastaları, kalp krizi hastaları ve üreme yetersizliği olanlar gibi kronik hastalığa sahip bireylerde (Dirik, 2006: 193; Paul ve ark., 2010: 133; Sawyer ve ark., 2010: 436; Senol-Durak, Ayvaşık, 2010: 150 Yorulmaz ve ark., 2010: 2313), şizofreni hastalarına bakım verenler, kalp krizi hastalarının eşleri, çocuğunu kaybeden aileler, otistik çocukların aileleri, asperger sendromlu çocukların aileleri ve gibi hastalığa sahip bireylerin yakınlarında (Elçi, 2004: 1; Engelkemeyer & Marwit, 2008: 344; Özlü, 2007: 1; Samios, Pakenham, & Sofronoff, 2009: 258; Senol-Durak, 2007: 1) çalışıldığı görülmektedir. Ayrıca Linley ve Joseph (2004: 11-24) yaptıkları derleme çalışmasında; kanser hastaları, kalp krizi hastaları gibi kronik hastalıkları olan bireyler, meme kanseri hastalarının eşleri, çocuğunu kaybeden aileler, doğal afet mağdurları, çocuklukta cinsel tacize maruz kalanlar, savaş mağdurları gibi bireylerle yapılan çalışmalarda travma sonrası gelişimin rapor edildiğini belirtmişlerdir (2004: 11-24).

Kronik hastalıklara sahip bireylerin yakınlarında olduğu gibi kanser hastası çocukların ailelerinde de travma sonrası gelişimi inceleyen çalışmalar da mevcuttur (Best, Streisand, Catana, & Kazak, 2001: 299; Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006: 413; Micheal, Taylor, Absolom, & Eiser, 2009: 123; Schneider, Steele, Cadell, & Hemsworth, 2011: 186). Micheal ve arkadaşları (2009: 123-129) 12- 15 yaş arası çocukluk dönemi kanseri tanısına sahip çocukların 48 ebeveyni ile yaptıkları çalışmalarında hem çocuklarda hem de ebeveynlerde travma sonrası gelişimi araştırmışlar ve annelerde travma sonrası gelişimin anlamlı olarak daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşmışlardır (Micheal, Taylor, Absolom, &

Eiser, 2009: 123-129). Barakat ve arkadaşları (2006: 413-419) kanser tanısı üzerinden en az bir yıl geçen 11-19 yaş arası 150 çocuk ve 146 anne ve 107 baba ile travma sonrası gelişimi araştırmışlar ve anne ve babaların yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşadıklarını belirlemişlerdir (Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006: 413-419).

İKİNCİ BÖLÜM

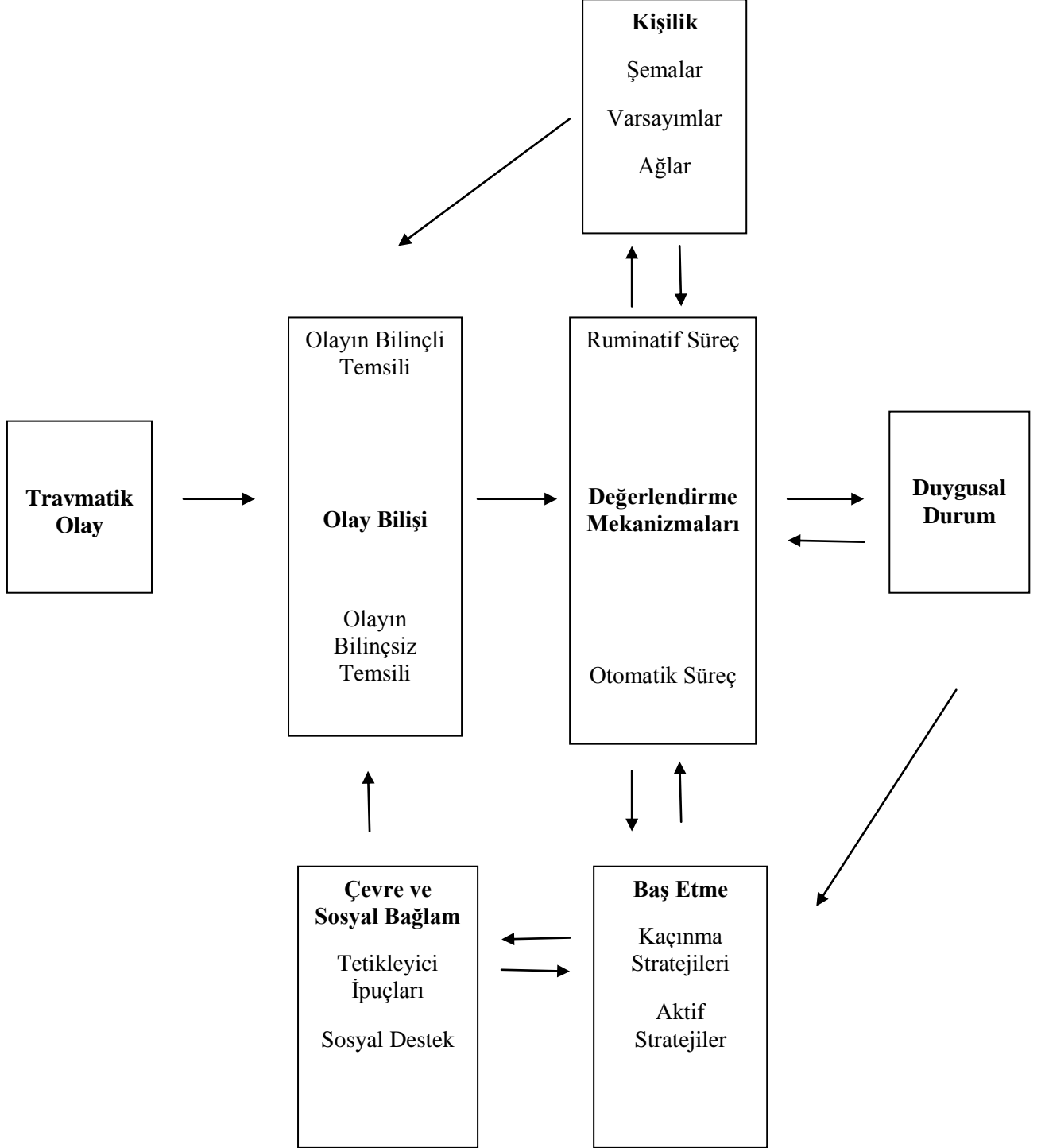
ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELLERİ

2.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİN TEORİK OLARAK BİR ARADA ELE ALINMASI

Travmatik olaylara maruz kalmanın, bireyler üzerinde önemli psikolojik etkilere yol açtığı bilinmektedir. Bu nedenle travmaların bireyler üzerinde yalnızca olumsuz psikolojik etkilere değil, olumlu değişimlere de yol açtığı son zamanlarda pozitif psikoloji perspektifinde ele alınan konulardan biridir (Joseph & Linley, 2008: 4). Travmatik bir olayın değerlendirilmesinde, geçmişte travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası stres bozukluğu incelenirken, yakın zamanda travma sonrası gelişim gibi olumlu değişimler de incelenmeye başlanmıştır. Calhoun ve arkadaşları (2000: 521-527) travma sonrası gelişim oluşumunun, travma sonrası stresi değerlendirme sürecinde geliştiğini bildirmişlerdir. Travma sonrası gelişim üzerinde ruminasyonun önemi üzerinde durmakta, dolayısıyla travma sonrası stres belirtilerine de dikkat çekmektedirler (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000: 521-527). Joseph ve Linley (2004: 11-21), travma sonrası gelişimi açıklayabilmek için travma sonrası stresi de açıklamak gerektiğini, gelişimin gerçekleşmesinin tek yolunun travmatik bir yaşantıya maruz kalmak olduğunu düşünmektedirler. Fakat literatür incelendiğinde genellikle travma sonrası gelişim ve travma sonrası stres kavramlarının birbirinden bağımsız çalışıldığı karşımıza çıkmaktadır. Joseph, Williams ve Yule (1997), travma sonrası gelişim ve travma sonrası stresi tek bir model altında birleştirmek amacıyla “travma sonrası stres reaksiyonlarının psikososyal sistemi” başlığı altında bir model önermektedirler (Akt.:Linley & Joseph, 2008: 8). Bu çok faktörlü sistem, sosyal ve bilişsel öğeleri içermektedir. Sistemin bileşenleri Şekil 1’ de görülmektedir. Travma sonrası stres reaksiyonları sistemine göre; travmatik olayın

ardından olay biliş, olayı değerlendirme mekanizmaları, bireyin duygusal durumu, baş etme yöntemleri, kişilik özellikleri ve geçmiş yaşantılarının etkisinin bulunduğu değerlendirme ve sosyal çevre basamakları gerçekleşir ve bu sistem dairesel döngü halinde devam eder (Joseph & Linley, 2008: 9). Bu psikososyal sistem, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki etkileşimin, bireylerdeki bilişsel duygusal sürece nasıl olumlu ya da olumsuz etki ettiğini tanımlamaktadır. Sistem şu şekilde çalışmaktadır: yaşanan travmatik olay bireyde olay bilişinin oluşumuna temel oluşturmaktadır. Olay biliş, bilinçli ya da bilinçsiz temsil olmak üzere değerlendirme sürecine zemin hazırlayan iki farklı boyutta gerçekleşebilir. Bu değerlendirme de ruminatif ya da otomatik olarak iki farklı boyutta gerçekleşmektedir. Bilişsel değerlendirmelerin ortaya çıkışında stres yaratan utanç, kızgınlık, öfke gibi negatif ya da umut, neşe gibi pozitif bazı duygu durumların etkisi olabilir. Bu duygusal ve bilişsel durumlar bireylerin içinde buldukları durumları anlamlandırmak amacıyla yöneldikleri çeşitli baş etme yollarının kullanılmasına zemin hazırlar. Bu oluşumların hepsi sosyal çevre içinde gerçekleşmektedir, dolayısıyla sosyal çevre ile etkileşim halindedir. Sosyal desteğin önemi de burada devreye girmektedir. Sosyal ortam olay bilişini de baş etmeyi de dolaylı yoldan etkiler çünkü travmalardan yüksek derecede etkilenen birey çevresinden desteğe ihtiyaç duyar. Çevresinden aldıkları bu destek bireylerin değerlendirme süreçlerini, duygusal durumlarını, geçmiş yaşantılarını ve baş etmelerini etkiler (Joseph & Linley, 2008: 9). Kısacası travma sonrası stres reaksiyonlarının psikososyal modeli, psikolojik ve sosyal faktörlerin bireylerin bilişsel işleme süreci üzerine nasıl etkisi olduğunu belirlemeye yönelik oluşturulan bir modeldir.

Şekil.1 Travma Sonrası Stres Reaksiyonlarının Psikososyal Sistemi (Akt. :Joseph & Linley, 2008: 9).



Bu sistem her ne kadar bilişsel duygusal süreçleri tanımlasa da süreçlerin kişilik özelliklerinden ve sosyal psikolojik faktörlerden önemli dercede etkilendiğini özellikle vurgulamaktadır. Travma sonrası stres bu sistemde başlı başına bir sonuç olarak değil, olay bilşi, baş etme, olay değerlendirmesi, sosyal destek, kişilik özellikleri gibi faktörlerin etkileşiminin süreci olarak tanımlanmaktadır. Travma sonrası stresin karakteristik özellikleri olan olayı tekrar yaşama, kaçınma ve uyarılma kavramları sırasıyla olay bilşi ve değerlendirmesi, baş etme ve duygusal durum başlıklarında ele alınmaktadır. Modelde, bu karakteristik özellikler travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin patoloji olarak değil, yeni travmatik olaya ilişkin bilginin bilişsel duygusal işleme ihtiyacına bir belirti olarak nitelendirilmektedir. Travma sonrası reaksiyonların psikososyal modeline göre, kişilik ve dünya ile ilgili varsayımlardaki değişikliklerin oluşumu, yeni değerlendirmelerle ilgili olarak bireylerdeki uyum sürecine bağlı olabilir. Eğer bu değişimler var olan şemaların olumlu yeniden yapılandırılmasını içerirse bu değişim travma sonrası gelişim kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kısacası, kişiliğin, değerlendirme, duygusal durum ve baş etme döngüsüne olan etkisi travma sonrası stres reaksiyonları ile, bu döngünün kişiliği etkilemesi ise travma sonrası gelişim kavramı ile açıklanmaktadır (Linley & Joseph, 2004: 9).

2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİLİ MODELLER

Travma sonrası stres bozukluğunu açıklamaya yönelik psikodinamik, davranışçı, bilişsel kuramları içeren farklı bir çok model bulunmaktadır. Bu çalışma kapsamında ise bireysel farklılıklara ve bilişsel değerlendirmelere vurgu yapan Brewin ve Holmes (2003: 339-376) tarafından geliştirilen bilgi işleme modeli, Ehlers ve Clark (1999: 319-345) tarafından geliştirilen bilişsel model ve son olarak yatkınlık stres modeli ele alınacaktır.

2.2.1. Bilgi İşleme Modeli

Brewin ve Holmes (2003: 339-376) tarafından geliştirilen modelde travmatik olayın bilgi işleme süreci üzerinde durulmaktadır. Modele göre, travmatik olay bellekte doğru bir şekilde temsil edilmez ve işlenmezse travma sonrası stres bozukluğu ortaya

çıkılmaktadır. Travmatik yaşantıya ilişkin, olaya verilen duygusal tepkilere ilişkin ve korkunun derecesine ilişkin anlam bilgileri modelin temelini oluşturmaktadır. Travmatik olaylar bireyde korku ağı oluşturmaktadır ve bu ağ travmatik olayın ardında bile bazı uyarılarla ayakta kalmaktadır. Bu ağ sistemi fazla ve sık çalışırsa travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin görüldüğü ileri sürülmektedir (Brewin & Holmes, 2003: 339-376).

Bilgi işleme modelinde yalnızca travmatik bilginin nasıl işlendiğiyle değil, bireylerin yaşadıkları travmatik duyguları nasıl değerlendirip anlamlandırdığı ve travmatik yaşantı öncesindeki sahip oldukları değerlendirme mekanizmalarıyla da ilişkisinin üzerinde durmaktadır. Modele göre travmatik yaşantı öncesinde katı bakış açısına sahip olanların, olmayanlara göre daha yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri geliştirecekleri düşünülmektedir (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992: 462). Özetle bilgi işleme modelinde travmatik olayın bellekte temsilinin yanında bireylerin değerlendirme süreçlerinin önemine de vurgu yapılmaktadır.

2.2.2. Bilişsel Model

Ehlers ve Clark'ın (2000: 319-345) geliştirdikleri bilişsel model travma sonrası stresi açıklayan en kapsamlı modellerden birini oluşturmaktadır. Modele göre bireyler travmatik olayı ciddi ve hala devam eden tehdit olarak değerlendirdiklerinde travma sonrası stres bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Modelde tehdit algısı, bireyin travmatik yaşantıyı ve sonrasındaki durumu değerlendirmesi ve bellekte travmatik yaşantıya ilişkin anılar ve bu anıların otobiyografik bellekteki diğer anılarla etkileşimi olmak üzere iki durumla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yani kuramın temelini tehdit algısı ve bellek süreçleri oluşturmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireyler travmatik yaşantıyı geçmişte kalmış ve ileriki süreçte de kendi yaşamına olumsuz etkisi olmayacağı şeklinde değerlendirmedikleri için tehdit algısı sürekli devam eder ve belirtiler gözlenir. Bellek süreçleri ele alındığında ise Ehlers ve Clark (1999: 319-345) otobiyografik belleğe yönelik açıklamalarda bulunmaktadır. Otobiyografik bellekte hatırlama istemli ve otomatik olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Travmatik yaşantıların bireylerde yıkıcı olmasından dolayı iki süreçte de problem yaşanmaktadır. İstemli hatırlamada travmatik olay sonrasında zarar görmekte, dolayısıyla otomatik süreç daha fazla devreye

girmekte yani duyuşsal özellikler yoluyla hatırlanma sağlanmaktadır. Böylece travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu belirtilerin sürdürülmesinde ise bazı adaptif olmayan bilişsel ve davranışçı stratejiler ortaya çıkmaktadır. Bunlar, düşünceyi baskılama, tehditle ilgili ipuçlarına aşırı önem verme ve bu ipuçlarına yönelik tedbir alma gibi yöntemlerdir (Ehlers, Clark, 2000: 319-345).

2.2.3. Yatkinlık Stres Modeli

Yatkinlık stres modeli psikopatolojinin bir çok türü için açıklayıcı modellerden birini oluşturmaktadır. Özellikle depresyonu açıklamakta bu modelin sıklıkla kullanıldığı karşımıza çıkmaktadır. Bu modele göre insanlar depresyon geliştirmede diğerlerine göre daha farklı düzeylerde yatkinlığa ve eğilime sahiptirler. Bu yatkinlık tek başına bir anlam ifade etmezken, bireyde stres yaratan bir durumla etkileşim içinde olduğunda depresif belirtilerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Beck, 1967: 125-164).

Travma sonrası stres bozukluğunu açıklamada kullanılan yatkinlık stres modeli ise genel olarak yaşanan travmatik olayların, travmatik olaylardan etkilenmeye yatkinlığı olan bireylerde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ortaya çıkardığı temelinde ele alınmaktadır (Elwood, Mott, Williams, Lohr, & Schroeder, 2009: 544-557). McKeever ve Huff (2003: 237-250) bireylerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirmelerinde travmatik olayın kendisi kadar travma öncesi bireysel farklılıkların da rol oynadığını, travmatik olaylara yatkinlığın da bu farklılıklardan biri olduğu belirtmektedirler.

2.2. TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLİŞKİLİ MODELLER

Travma sonrası gelişim ile ilişkili birçok model bulunmasına karşın bu çalışmada travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi bilişsel süreçler ve bireysel farklılıkları ele alan Schaefer ve Moos'un (1992: 149) yaşam krizleri ve kişisel gelişim, O'Learly ve Ickovicks'in (1998: 127) esneklik ve gelişim, Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 1), işlevsel betimsel ve Joseph ve Linley'in (2005: 262) organizmik değerlendirme modelleri ele alınacaktır.

2.3.1. Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli

Schaefer ve Moos (1992: 149-170), “yaşam krizleri ve kişisel gelişim” modellerinde travma sonrası gelişimin belirleyicileri olarak dört faktörden söz etmişlerdir. Bunlar; sosyodemografik değişkenler ve kişisel özelliklerden oluşan kişisel faktörler, sosyal destek ve bireyin yaşam koşullarından oluşan çevresel faktörler, travmatik olayın türü, zamanı, şekli, boyutundan oluşan olaya ilişkin faktörler, baş etme ve kaçınarak baş etme yöntemlerinden oluşan değerlendirme ve baş etme stratejileridir. Bu modele göre, bireylerin kişisel ve çevresel kaynakları, travmatik olaya ilişkin faktörleri etkiler, bu faktörler de baş etme tepkileri ve değerlendirme süreçlerinin oluşumunu etkilemektedir. Bu etkileşim sonucunda bireylerde yaşam krizleri ya da geçişlerine bağlı olumlu sonuçlar olarak travma sonrası gelişim ortaya çıkar. Yani bu süreç içinde sosyal destek ve baş etme yöntemlerinin önemine vurgu yapılmaktadır, travma sonrası gelişimin ortaya çıkışında bilişsel süreçlerin, diğer modellerde olduğu gibi belirleyici rol oynadığı, modelin temelini oluşturduğu düşünülmektedir. Schaefer ve Moos (1998)’ a göre travma sonrası oluşan bu gelişim, sosyal kaynaklarda, kişisel kaynaklarda ve baş etme stratejilerinde gelişim olarak ortaya çıkar (Schafer, Moos, 1998: 99-125).

2.3.2. Esneklik ve Gelişim Modeli

O’Learly ve Ickovicks’in (1998: 127-151), esneklik ve gelişim modeline göre, bireyler travmatik olaylarla karşılaştıklarında hayatta kalma (survival), iyileşme/düzelme (recovery) ve gelişim (thriving) olmak üzere 3 farklı sonuç ortaya çıkmaktadır. Hayatta kalan bireyler, olayı yalnızca atlattılar fakat yaşamlarına olay öncesi işlevsellik düzeylerinden daha düşük bir seviyede devam ederler. Olaydan sonra iyileşen bireyler önceki işlevsellik düzeyinde yaşamlarını sürdürürler. Gelişme gösteren bireyler ise büyüme yaşarlar ve olay öncesi işlevsellik düzeylerinde daha yüksek düzeyde işlevselliğe sahip olurlar. Bu gelişim, duygusal (affective), bilişsel ve davranışsal boyutlarda gerçekleşir. Modele göre bireylerin gelişme göstermelerini belirleyici olan faktörler, özyeterlik, optimizm, dayanıklılık, uyumluluk, aktif baş etme gibi bireysel kaynaklar ve sosyal destek, dini kaynakları kullanma ve geleneksel ve toplumsal kaynakları kullanma gibi sosyal kaynaklardır (O’Learly, Alday, & Ickovicks, 1998: 127-151).

2.3.3. İşlevsel Betimsel Model

Tedeschi ve Calhoun'un (1995: 265) işlevsel betimsel modeli, travma sonrası gelişim ile ilgili literatürde bir çok model olmasına rağmen genel bir model niteliği taşımaktadır. Bu modele göre, travmatik olaylar bireylerin var olan şemalarında önemli değişimlere yol açar ve kişiler bu travmatik olayla baş edebilmek için varolan şemalarıyla mücadele haline girerler ya da yeni şemalar oluştururlar. Şemalar bireyler için sağlam ve zarar göremez olarak bilindiğinden şemalarda oluşan değişimler kişilerde travmatik etkiler yaratabilir. Eğer bu değişimler olumlu yönde olursa travma sonrası gelişim ortaya çıkar (Akt.: Calhoun & Tedeschi, 2004: 1-18).

Bu modele göre kişilerde gelişim kendilik algısında, kişiler arası ilişkilerde ve dünya görüşünde değişim olarak 3 alanda meydana gelmektedir. Kendilik algısında, kişisel güçlenme hissi, dayanıklılık ve özgüven, kişiler arası ilişkilerde fedakarlık ve merhamet hislerinde artış, kendini açma ve ifade etme ve ilişkilerde artan yakınlık hissi, dünya görüşü ve yaşam felsefesinde ise yaşanan her günün değerini bilme, varoluşla ilgili anlam arayışı manevi ve dini inançlarda artış şeklinde yaşanmaktadır (Calhoun & Tedeschi, 2006: 17).

Calhoun ve Tedeschi (2004: 1-18), travma sonrası gelişim modelini açıklarken şu kavramlar üzerinde durmuşlardır: kişilik özellikleri, ruminasyon, baş etme yolları, sosyal destek. Modele göre; yaşanan travmatik olay bireylerin bazı kişilik özelliklerini ve şemalarını sarsar, bunlar değişebilir ya da tamamen ortadan kalkabilir. Bu değişim sonucunda bireyler yaşadıkları değişimi anlamlandırmaya çalışırlar ve zorlayıcı ve istemsiz (intrusif) ruminasyon ortaya çıkar. Baş etme stratejileri bu aşamada devreye girer. Bireyin yaşadığı sosyal çevreden bağımsız ele alınamayacağı ve bu süreçleri de sosyal çevre içinde yaşadığı düşünülürse bu süreçte sosyal desteğin rolünün de önemli olduğu bilinmektedir. Sosyal desteğin etkisiyle bireyin yaşadığı stres azalır ve uyum süreci kolaylaşır. Daha sonra planlı ve problem çözmeyi kolaylaştırıcı (deliberate) ruminasyon sürecinin tamamlanmasıyla bireylerde travma sonrası gelişim kavramı oluşmaktadır (Calhoun & Tedeschi, 2004: 1-18).

2.3.4. Organizmik Değerlendirme Modeli

Joseph ve Linley'in (2005: 262-280) geliştirdikleri organizmik değerlendirme süreci modeline göre bireyler travmatik olay yaşadktan sonra, travmatik olay öncesi olan dış dünya ile ilişkili olan varsayımları doğal olarak tekrar yapılandırma eğilimindedirler. Travmatik olayın ardından ne oldu nasıl ve neden oldu sorularını ele alarak yaşanan olayı anlamlandırmaya çalışırlar. Modele göre, travmaya ilişkin bilgi iki farklı türde yapılandırılmaktadır; travmaya ilişkin yeni bilgi bireyde travma öncesi var olan bilgilerle asimile edilir ya da var olan modeller travmaya ilişkin yeni bilgilere uyum sağlar. Bu uyum sağlama da kişinin var olan varsayımlarının pozitif ya da negatif olarak değişmesine yol açar. Dış dünyaya ilişkin varsayımlar negatif olarak değiştiğinde psikopatolojiye, pozitif olarak değiştiğinde ise travma sonrası gelişime yol açmaktadır (Joseph, Linley, 2005: 262-280).

2.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ile İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER

Travmatik bir olaya maruz kalan her bireyin travma sonrası stres bozukluğu geliştirmedeği, bazı faktörlerin kişilerin bu bozukluğu geliştirmesinde veya belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra, travma sonrası stres ve travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riskini arttıran bazı faktörlerin olduğu düşünülmektedir. (Calhoun & Tedeschi, 2004: 5). Brewin ve Holmes (2003: 339-376), travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin teorilerden yaptıkları derleme çalışmasında, travma sonrası stres bozukluğunun dikkat, bellek, bilişsel duygusal reaksiyonlar, inançlar, baş etme stratejileri ve sosyal destek gibi psikolojik süreçlerle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bruce (2006: 233-256) kanser hastası çocuklar ve ailelerinde travma sonrası stresi incelemek amacıyla literatürde yer alan 24 çalışmayı gözden geçirdiğinde; en çok incelenen değişkenlerin, sosyodemografik değişkenler, sosyal destek, kişilik özellikleri ve bilişsel süreçler olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ise, sosyodemografik özellikler, sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimleri değişkenleri

incelenerek kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğunu araştıran çalışmalara katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

Pek çok çalışmada travma sonrası gelişim kavramı ile de hangi faktörlerin ilişkili olduğu incelenmiştir. Linley ve Joseph (2004: 11-21); yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler, kişilik özellikleri, bilişsel değerlendirme, olaya ilişkin kontrol algısı, dayanıklılık, baş etme stratejileri, sosyal destek, dindarlık, ruminasyon, kaçınma, anksiyete, depresyon, madde kullanımı, travma öncesi psikiyatrik tanı alma gibi değişkenlerin; travma sonrası gelişim araştırmalarında etkisi incelenen değişkenler olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında literatür incelendiğinde sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin sıklıkla travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenler olarak incelendiği görülmektedir. Ayrıca sosyal destek, (Berrara, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin, 2004: 630; Prati & Pietrantonio, 2009: 364; Dirik, 2006: 1; Dürü, 2006: 1; Elçi, 2004: 1; Karancı & Erkam, 2007: 315; Özlü, 2007: 1; Paul, et al., 2010: 133; Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010: 46; Senol-Durak & Ayvasık, 2010: 150; Yorulmaz, Bayraktar, & Özdilli, 2010: 2313) ruminasyon (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000: 521; Senol-Durak & Ayvasık, 2010: 150; Taku, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2008: 428) ve yükleme biçimlerinin (Ho, Chan, & Yau, 2011: 269) travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travma sonrası gelişim ile de ilişkili bulunduğu görülmektedir. Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; travma sonrası gelişimi yordayan değişkenler olarak cinsiyet (Schneider, Steele, Cadell, & Hemsworth, 2011: 186), sosyal destek, baş etme stratejileri (Berrara, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin, 2004: 630), optimizm (Micheal, Taylor, Absolom, & Eiser, 2009: 123) hastalığa ilişkin değişkenler, demografik değişkenler (Micheal, Taylor, Absolom, & Eiser, 2009: 123; Hutchinson, Willard, Hardy, & Bonner, 2009: 515) gibi değişkenlerin incelendiği görülmektedir. Bu araştırmada önceki çalışmalarda olduğu gibi sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenler, ruminasyon, sosyal destek ve kanser hastası çocukların ailelerinde daha önce çalışılmayan yükleme biçimlerinin, travma sonrası gelişim ile ilişkisi incelenecektir.

2.4.1. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı etkileyen faktörlerden biridir. Sosyal desteğin, fiziksel hastalığı olan bireylerin yaşadığı psikolojik sıkıntılar ve uyum düzeylerine olan etkisi çok sayıda araştırmada incelenmiştir. Romatoid artrit hastalarında (Dirik, 2006: 1-201), kalp krizi geçiren hastalarda (Durak, 2007: 1-210), AIDS hastalarında (Sawyer ve ark., 2010: 434-447), kronik böbrek yetmezliği hastalarında (Yorulmaz ve ark., 2010: 2313-2319), üreme yetersizliği olan bireylerde (Paul ve ark., 2010: 133-141), kanser hastalarında (Bayraktar, 2008: 1-145; Bruce, 2006: 233-256; Karanci&Erkam, 2007: 315-322; Schroevers ve ark, 2010: 46-53) sosyal destek önemli bir yere sahiptir. Sosyal destek yalnızca hastalık yaşayan bireyler için değil, onların aileleri ve bakım verenlerinin de psikolojik sağlığını etkileyen önemli değişkenlerden biridir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde (Özlu, 2007: 1-96), otistik çocukların ailelerinde (Elçi, 2004: 1-103), kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde (Dalmaz, 2009: 1-105), çocuğunu kaybeden ailelerde (Riley ve ark., 2007: 277-299), kanserli çocukların ebeveynlerinde (Barrera ve ark., 2004: 630-641; Bruce, 2006: 233-256) sosyal desteğin, psikolojik sağlığı etkileyen faktörlerden birisi olarak ele alındığı görülmektedir.

Bireylerin yaşadıkları stresli durumlarla başa çıkmalarında önemli rol sahibi olan sosyal destek literatürde değişik araştırmacılar tarafından farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Thoits (1986: 418) sosyal desteği, “stres altındaki kişinin kendisi için önemli olan kişiler tarafından etkili ve duygusal içerikli aldığı yardım” olarak tanımlarken, Hobfoll ve Stephens (1990: 455) “ilgilendiği veya sevdiği bir kişiyle veya grupla, kişide desteklenmişlik veya bağlılık hissi uyandıran sosyal etkileşimler veya ilişkiler” olarak tanımlamışlardır. Sosyal desteğin değerlendirilmesinde bireyin desteği algılaması önemli olduğu düşünüldüğünden son dönemde çalışmalar genelde sosyal desteğin yeterli olup olmadığı konusunda, bireyin kendi değerlendirmelerine yani algılanan sosyal destek üzerine yoğunlaşmaktadır (Eker, Arkar, & Yıldız, 2001: 17-25). Lazarus da (1990: 5) sosyal desteğin birey tarafından algılanan kısmına vurgu yapmaktadır. Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin ebeveynlerin travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim düzeylerine etkisi araştırılmaktadır.

Algılanan sosyal destek, pek çok çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Bruce, 2006: 233-256; Dirkzwager ve ark., 2003: 1545-1559; Dürü,

2006: 1-157; İşeri ve ark., 2006: 250-255; Tokgöz ve ark., 2008: 51-61). Kanser hastası çocuklar ve ailelerinde travma sonrası stres bozukluğunu inceleyen araştırmalardan oluşan derleme çalışmasında, çalışmaların hemen hepsinde, ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek arttıkça travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir (Bruce, 2006: 246). Kızıler (2007: 1-120) çocuğu kanser hastası olan ebeveynlerde sosyal desteği araştırmak amacıyla tedavi gören kanser hastası çocukların ebeveynleriyle gerçekleştirdiği çalışmada, sosyal desteğin hasta çocuk ve ailesinin sorunlarla baş etmesini kolaylaştırdığı ve ebeveynlerde psikiyatrik belirtilerin görülme sıklığını azalttığına yönelik bulgular elde etmiştir.

Travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili çalışmalarda olduğu gibi, travma sonrası gelişim ile ilgili çalışmalarda da sosyal destek, sıkça etkisi incelenen önemli değişkenlerden biri olarak araştırılmaktadır. Literatürde yer alan pek çok çalışmada, sosyal destek ve travma sonrası gelişimin birbirleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sosyal destek ve travma sonrası gelişim ilişkisi şizofreni hastalarına bakım verenlerde (Özlu, 2007: 1), romatoid artrit hastalarında (Dirik, 2006: 1), meme kanserli hastalarda (Karanci & Erkam, 2007: 315), otistik çocukların ailelerinde (Elçi, 2004: 1), kronik böbrek yetmezliği hastalarında (Yorulmaz ve ark., 2010: 2313), kalp krizi hastalarında (Durak & Ayvasik, 2010: 150), üreme yetersizliği olan bireylerde (Paul ve ark., 2010: 133) ve kanser hastalarında (Schroevens ve ark., 2010: 46) araştırılmıştır. Bu çalışmalarda sosyal destek veya algılanan sosyal destek travma sonrası gelişimi yordayan önemli faktörlerden biri olarak görülmüştür, sosyal destek düzeyi arttıkça travma sonrası gelişim düzeylerinde de artış gerçekleşmiştir. Ayrıca Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 1-18) oluşturdukları travma sonrası gelişim modelinde sosyal destek, travmatik yaşantıdan sonra bireyin içinde bulunduğu olumlu değişimin belirleyicilerinden biri olarak tanımlanmıştır. Modelde travmatik olayın ardından sosyal desteğin etkisiyle bireyin yaşadığı stresin azaldığı ve uyum sürecinin kolaylaştığı belirtilmiştir.

2.4.2. Ruminasyon

Ruminasyon, son yıllarda özellikle kaygı ve duygudurum bozukluklarıyla ilişkili olduğu düşünülen bilişsel süreçlerden biri olarak ele alınmaktadır (Karatepe, 2010: 232).

Literatürde ruminasyonun farklı tanımlarına rastlamak mümkündür. Calhoun ve arkadaşları (2000: 523) ruminasyonu “travmatik olayla ilişkili tekrarlayıcı, problem çözme, anımsama ve beklentiyi içeren düşünme biçimi” olarak nitelendirirken (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 2000: 523), Nolen-Hoeksama (1998: 571) ruminasyonu “kişilerin stres yaşadıkları duruma ilişkin tekrarlayıcı, sürekli ve bu durumu problem çözme yollarını kullanmadan anlamlandırmaya yönelik düşünce biçimi” olarak tanımlamıştır.

Ruminasyon tanımlamalarında farklılık olabileceği gibi aynı tanımlamadaki ruminasyonun da farklı şekilde gerçekleşebileceği düşünülmektedir. Calhoun ve Tedeschi (2006: 17), ruminasyonun planlanmamış, zorlayıcı (intrusif) ve planlı (deliberate) olarak iki şekilde gerçekleşebileceğini belirtmişlerdir. Zorlayıcı (intrusif) ruminasyonun tekrarlayıcı, olumsuz ve istenmeyen düşünceleri içerdiğini, planlı (deliberate) ruminasyonunun ise travmatik olayla mücadele etmek için oluşturulan tekrarlayıcı, amaca yönelik düşünceler içerdiğini bildirmişlerdir. İntrusif ruminasyonun depresyon, kaygı, stres gibi olumsuz yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu, planlı ruminasyonun ise travma sonrası gelişim gibi pozitif olaylarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Akt.: Taku, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2008: 431). Dolayısıyla bu iki tip ruminasyonun birbirinde bağımsız olup olmadığı ya da aynı anda oluşup oluşamayacakları konusunda soru işaretleri oluşmaktadır. Fakat travma sonrası stres ve travma sonrası gelişim kavramlarının bir arada ele alınabildiği, bireylerin negatif duygudurumu yaşarken de büyüme gösterebildiği göz önünde bulundurulduğunda bu iki kavramın da aynı anda ele alınabileceği savunulmaktadır (2008: 431). Calhoun ve Tedeschi (2004: 1-18) de travma sonrası gelişimi açıklamaya yönelik kuramlarında ruminasyonun bireyde bilişsel işleme ve gelişim sürecinin önemli bir parçası olduğunu, travmatik olayın ardından istemsiz olarak ortaya çıktığını ve olaya ilişkin verilerin bilişsel olarak tekrar işlenmesini sağladığını, dolayısıyla bireyin durumu anlamlandırma çabasının bir parçası olduğunu ileri sürmektedirler. Dolayısıyla ruminasyon hem travma sonrası stres bozukluğunda hem de travma sonrası gelişimde etkisi incelenecek bir değişken olarak bu çalışmada da ele alınacaktır.

Diğer ruminasyon kavramları incelendiğinde, Nolen-Hoeksama (1991: 569-582) tarafından oluşturulan “tepki biçimleri kuramı” literatürde ruminasyon ile ilişkili en kapsamlı kuramlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu kuramda ruminasyon, depresif duygu durumuna verilen işlevsel olmayan tepkiler olarak ele alınmaktadır. Tepki biçimleri

kuramına göre, bireyler içinde buldukları olumsuz durumu değerlendirirken, olumsuz düşünceleri depresif duygu durumu ile bir araya gelerek daha aktif hale gelmektedir bu da kişilerin daha olumsuz düşünmelerine yol açarak hem problem çözme becerilerinin zayıflamasına hem de olumlu davranışların azalmasına zemin hazırlamaktadır. Bu ruminasyon döngüsü sürekli kullanıldığında sosyal destek kaybı meydana gelmekte, bu kayıp olumsuz duygu durumunda artışa yol açmaktadır (Nolen-Hoeksma, 1991: 569-582). Genel olarak ruminasyon kişilerin kendilerini üzgün ya da depresif hissettiklerinde içinde buldukları bir süreç olarak değerlendirilmesine karşın, yapılan bazı çalışmalar ruminasyona yatkınlığın yalnızca içinde bulunulan durumla ilişkili değil aynı zamanda sosyal destek, kişisel özellikler gibi bireysel bir farklılıklarla da ilişkili olduğu düşünülmektedir (Nolen-Hoeksama & Davis, 1999: 801-814).

Ruminasyonun hangi psikolojik durumlarla ilişkili olduğu incelendiğinde, kaygı ve duygudurum bozukluklarının yanında travma sonrası stres bozukluğunun da ruminasyonla ilişkisi araştırılan değişkenlerden biri olduğu görülmektedir. (Ehring, Frank, & Ehlers, 2008: 488; Ehring, Fuchs, & Klasener, 2009: 403; Micheal, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007: 307; Echiverri, Jaeger, Chen, Moore, & Zoellner, 2011: 338; Bennet & Wells, 2010: 318). Travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerin de sıkça travmatik olaya ilişkin, rahatsız edici ruminatif düşüncelerinin olduğu belirtilmektedir (Micheal, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007: 125). Ruminasyonun travmatik yaşantıya ilişkin inançlar ve travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkide belirleyici rol oynadığı düşünülmektedir (Bennet & Wells, 2010: 320). Ruminasyon kavramının literatürde 1970’li yıllarda travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin araştırmalarda da karşımıza çıktığı görülmektedir. Bu araştırmalarda intrusif (zorlayıcı) ruminasyon “istemsiz biçimde ortaya çıkan, kişinin sürdürmekte olduğu eylemlerini engelleyen, çoğunlukla geçici, kontrol edilmesi zor ve bastırmak için zorlu bir çaba gerektiren tekrarlayıcı düşünceler” olarak tanımlanmaktadır (akt.:Karatepe, 2010: 231-241). Ehlers ve Clark (2000: 319-345), bireylerin travma sonrası stres bozukluğu tanısı almalarında etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında travma sonrası stres bozukluğunun oluşumuna etkisi olan faktörlerden bazılarının travma ya da travma sonuçları ile ilişkili ruminasyon olduğunu belirtmektedirler. Ehring ve arkadaşları (2009: 403-413), travmaya ilişkin ruminasyonun, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin sürdürülmesinde etkisini incelemek için yaptıkları çalışmalarının sonucunda, ruminasyonun travma sonrası stres bozukluğunun

devam etmesinde rol oynayabileceği sonucuna ulaşmışlardır (Ehring, Fuchs & Klasener, 2009: 319-345). Literatürde ruminasyon ve kanser hastası çocukların ebevenlerinde travma sonrası stres bozukluğu ilişkisini araştıran çalışmalara rastlanmamaktadır.

Tedeschi ve Calhoun (1999) daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi bilişsel süreçlerin, travma sonrası gelişimin ortaya çıkma sürecinde önemli bir etken olduğunu ileri sürmektedirler. Calhoun ve arkadaşları (2000: 521-527), travma sonrası gelişim, din ve bilişsel süreçlerin ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, ruminasyonu tekrarlayıcı, problem çözme amaçlı düşünceler olarak yani planlı ruminasyon biçiminde ele almışlar ve son 3 yıl içinde büyük travmatik bir olay geçiren 54 üniversite öğrencisinden oluşan örneklem grubundan elde edilen bulguların ışığında olay odaklı ruminasyonun travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000: 521-527). Senol-Durak'ın (2007: 1-210), miyokard enfaktüs hastaları ve eşlerinde travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenleri incelemek amacıyla 151 hasta ve eşiyle yaptığı araştırma sonucunda, bilişsel süreçler başlığı altında ele alınan baş etme stratejileri, ruminasyon ve dini düşüncelerin her birinin travma sonrası gelişim ile anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Her ne kadar intrusif ruminasyonun stres, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik sıkıntılarla, planlı ruminasyonun ise travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu düşünülse de Nolen-Hoeksama ve ark. (1999), psikolojik sıkıntıların planlı ruminasyon ile de ilişkili olabileceği çünkü bazı araştırmalarda hem planlı olarak sürekli anlam arama çalışmaları hem de zorlayıcı ruminasyonun daha fazla psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Nolen-Hoeksama & Larson, 1999: 1-236). Hem bu bilgi ışığında hem de ruminasyona yatkınlığın yalnızca kişinin kendini üzgün hissettiği durumda yaşadığı süreç değil, bireysel bir farklılık olduğu bilgisi göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişimin belirleyicisi olarak incelenen ruminasyon, tepki biçimleri kuramında ele alınan ruminasyon kavramı yani depresif duygu durumua verilen malaadaptif tepkiler dahilinde ele alınmıştır.

2.4.3. Yükleme (Açıklama) Biçimleri

Travma sonrası gelişimi araştıran çalışmaların birçoğunda bilişsel süreçlerin etkisi araştırılan önemli değişkenlerden biri olduğuna önceki bölümlerde de değinilmişti. Ruminasyon, anlam arama, pozitif değerlendirme, baş etme yöntemleri gibi bilişsel süreçlerin yanında bazı çalışmalarda yükleme biçimlerinin de bilişsel bir faktör olarak incelendiği görülmektedir (Park & Helgeson, 2006: 792). Peterson ve arkadaşları (1995: 2) yükleme biçimlerini “bireylerin başlarına gelen iyi ya da kötü olaylar için yaptıkları açıklama eğilimi” olarak tanımlamaktadır. Yükleme biçimlerinin içsellik-dışsallık (kendimden kaynaklı-benim dışında herhangi birinden kaynaklı), genellik-özellik (hayatımı bir çok yönden etkiler- hayatımı yalnızca bu yönden etkiler) ve değişebilirlik-değişmezlik (kısa süreli bir durum- sürekli devam edecek bir durum) olmak üzere üç farklı boyutta ele alındığını belirtmektedirler. İyimser açıklama ve kötümser açıklama biçimi olarak 2 farklı açıklama biçimi belirten araştırmacılar, iyi olaylar için iyimser açıklama biçimini kullanan bireylerin olaylara içsel, genel ve değişmez olarak atıfta bulduklarını, iyi olaylar için kötümser açıklama biçimini kullananların ise olaylara dışsal, özel ve değişebilir olarak atıfta bulduklarını; kötü olaylar için iyimser açıklama stilini kullanan bireylerin kötü olayın sebebine ilişkin dışsal, özel ve değişmez atıflarda bulunduğunu, yine kötü olaylar için kötümser açıklama stilini kullananların olayı içsel, genel ve değişmez olarak atıfta bulduklarını ileri sürmektedirler (Peterson, Buchanan, & Seligman, 1995: 1-20). Bunlara ek olarak üç boyuttan oluşan yükleme biçimlerinin Wortman ve Dintzer (1978) önemlilik-önemsizlik olmak üzere dördüncü boyutunu tanımlamışlardır. Bu boyutta yaşanan olumlu ve olumsuz olayların birey açısından taşıdığı önem derecesini belirlemek amaçlanmıştır. Olayların önem derecesi arttıkça yapılan yükleme önemlilik, önem derecesi azaldıkça yükleme önemsizlik boyutunda yer almaktadır (Akt.: Piri & Kabakçı, 2007: 4). Bu çalışmada da yükleme biçimleri belirtilen dört boyut üzerinden değerlendirilmektedir.

Yükleme biçimleri, temelini öğrenilmiş çaresizlik modelinden almaktadır. Seligman ve arkadaşları (1995: 1-20) öğrenilmiş çaresizlik modelini yeniden formüle ederek yükleme biçimleri kavramını oluşturmuşlardır. Öğrenilmiş çaresizlik modelinde kişilerin sahip olduğu yükleme biçimi bireylerin depresyona yatkınlığını belirlemektedir. Olumsuz olayları içsel, kalıcı ve genel faktörlerle açıklayan bireylerin depresyona daha yatkın oldukları düşünülmektedir (Peterson, Buchanan, & Seligman, 1995: 1-20). Yükleme

biçimleri genellikle depresyon ve kaygı bozuklukları ile çalışılmasına rağmen travma sonrası stres ile ilişkisini araştıran çalışmalar da literatürde yer almaktadır (McKeever & Huff, 2003: 237; Elwood, Mott, Williams, Lohr, & Schroeder, 2009: 544; Gray, Pumphrey, & Lombardo, 2003: 289). Travma sonrası stresi açıklamada kullanılan modellerden birini oluşturan yatkınlık stres modeline göre travmatik olaylar, bireylerdeki travmatik olaydan etkilenmeye yatkınlık ile birleştiğinde travma sonrası stres belirtileri olarak ortaya çıkmaktadır (McKeever & Huff, 2003: 241). Yükleme biçimlerinin de bireysel yatkınlıklardan birini oluşturduğu düşünülmektedir. Joseph ve arkadaşları (1993: 501-513), afet mağdurlarıyla yaptıkları çalışmalarında, kötü olaylar için kötümser açıklama stilini kullanan bireylerin daha yüksek travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri sonucuna ulaşmışlardır (Joseph, Yule, & Williams, 1993: 501-513). Gray ve arkadaşları (2003: 289-303) üniversite öğrencilerinde travmatik yaşantıya ilişkin kötümser açıklama stili ve travma sonrası stres semptomlarının ilişkisini incelemiş ve travmatik olaya ilişkin içsel, genel ve değişmez açıklamalar yapmanın bireylerde travma sonrası stres semptomlarının ortaya çıkışında anlamlı etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Gray, Pumphrey & Lombardo, 2003: 289-303). Ho ve arkadaşları (2011: 269-285) kanser hastalarında yükleme biçimi ve travma sonrası stres bozukluğu ilişkisini araştırmak amacıyla 90 meme kanseri hastasıyla yaptıkları çalışmada negatif olayları içsel, genel ve değişmez olarak açıklayan hastaların bu olayları dışsal, özel ve değişebilir olarak açıklayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdiklerini belirtmektedirler (Ho, Chan & Yau, 2011: 269-285). Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu ve yükleme biçimleri ilişkisi inceleyen çalışmalara rastlanmazken bu çalışmada literatürdeki diğer çalışmalar ışığında kanser hastası çocukların ebeveynlerinde bu değişkenlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travma sonrası gelişimde de yükleme biçimleri son dönemlerde bilişsel süreçler başlığı altında incelendiği karşımıza çıkmaktadır. Fakat travmaya ilişkin çalışmalarda yükleme biçimlerinin daha çok depresif belirtiler ve travmatik stres gibi olumsuz psikolojik durumlarla ilişkisinin araştırıldığı ancak travma sonrası gelişim gibi olumlu psikolojik durumlarla ilişkisinin araştırıldığı çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde yakınlarını kaybeden bireylerde (Ho, Chu, & Yiu, 2008: 461) ve kanser hastalarında (Ho, Chan, & Yau, 2011: 269; Ho, Rajandram, Chan, Samman, McGrath, & Zwahlen, 2011: 121-124)

travma sonrası gelişim ve yüklenme biçimleri ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir. Ho ve arkadaşları (2008: 461-478), yakınıni kaybeden bireylerde yüklenme biçimleri ve travma sonrası gelişim ilişkisi araştırmışlar ve iyi olayları içsel, genel ve değişmez olarak atıfta bulunmanın, bu olaylara dışsal, özel ve değişebilir olarak atıfta bulunmaya göre anlamlı olarak daha yüksek travma sonrası gelişim düzeyleri ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ho ve arkadaşları (2011: 269-285) Çinli meme kanseri hastalarında iyi olaylar için iyimser açıklama stilleri kullanmanın yani bunlara içsel, genel ve değişmez olarak atıfta bulunan hastaların, dışsal, özel ve değişebilir olarak atıfta bulunanlara göre daha yüksek travma sonrası gelişim puanlarına sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Literatürde kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalara rastlanmazken, kanser hastalarında olduğu gibi hastaların yakınlarında ve bakım verenlerde de travma sonrası gelişim ve yüklenme biçimleri arasında anlamlı ilişki olması beklenmektedir.

2.4.4. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Değişkenler

Kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğunu araştıran çalışmaların birçoğunda sosyodemografik özellikler, travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası stres bozukluğunun görülme sıklığı ile ilişkili değişkenler olarak incelenmiştir (Best, Streisand, Catania, & Kazak, 2001: 299; Bruce, 2006: 233; Iseri, Özten, & Aker, 2006: 250; Nagata, et al., 2008: 1480; Norberg, Pöder, & Essen, 2010: 1). Ailedeki çocuk sayısının ebeveynlerde travma sonrası stres düzeyleriyle ile ilişkili olduğu düşünülmektedir, çocuk sayısı arttıkça ebeveynlerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirme düzeyi azalmaktadır (Iseri, Özten, & Aker, 2006: 250-255). Ebeveynlerin cinsiyeti farklı çalışmalarda farklı sonuçlar ile ilişkili bulunmaktadır. Örneğin Spina Bfida'lı çocuklarda ebeveynlerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirmesinde anne veya baba olmanın herhangi anlamlı bir etki yaratmadığı (Vermaes, Gerris, Mullaart, Geerdink, & Janssens, 2008: 446-454) fakat kanser hastaları çocukların ebeveynlerinde annelerin babalara göre daha yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu geliştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Bruce, 2006: 233-256). Yapılan bazı derleme çalışmalarında da ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin bazı çalışmalarda daha

yüksek, bazı çalışmalarda ise daha düşük travma sonrası stres bozukluğu skorlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir (Bruce, 2006: 233-256).

Kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, sosyodemografik veriler ile ilgili olduğu gibi çocuğun hastalığına ilişkin değişkenler ile de ilişkili bulunmaktadır. Hastalık türü, süresi, tedavi şekli, tedavinin fiziksel etkileri, evresi gibi hastalığa ilişkin değişkenler de kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinde ilişkileri araştırılan değişkenler olarak incelenmektedir. Hastalık şiddetinin, daha yüksek travma sonrası stres belirtileriyle, tedavinin içinde bulunmanın ise daha az travma sonrası stresle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Nagata, et al., 2008: 1480-1486). Kanser tanısı alan çocukların ebeveynlerinde tedaviye ilişkin stresin ebeveynlerin travma sonrası stres belirtileri geliştirmeleriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Norberg, Pöder, & Essen, 2010: 1-5). Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan diğer çalışmalarda da, kanserin tipi, süresi, evresi, tedavi şekli gibi değişkenlerin ebeveynlerde travma sonrası stres bozukluğu oluşumunda belirleyici değişkenler olarak incelendiği görülmektedir. Beyin tümörü teşhisi alan çocukların ebeveynlerinin, lösemi teşhisi alan çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu geliştirdikleri belirlenmiştir (Stuber, Christakis, Housekamp, & Kazak, 1996: 257; Fuemmeler, Mullins, & Marx, 2001: 171).

Pek çok çalışmada, sosyodemografik değişkenler travma sonrası stres bozukluğu ile olduğu gibi travma sonrası gelişim ile de ilişkili bulunmuştur (Bayraktar, 2008: 1-145; Dirik, 2006: 1-201; Sawyer, Ayers, & Field, 2010: 436-447; Yılmaz, 2006: 1-195; Yorulmaz, Bayraktar, & Özdilli, 2010: 2313-2319). Meme kanseri hastalarında hastaların gelir düzeyi arttıkça, stresle ilişkili büyüme düzeylerinin azaldığı (Karanci & Erkam, 2007: 319), kronik böbrek yetmezliği hastalarında eğitim düzeyi ve gelir seviyesi arttıkça travma sonrası gelişim düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Yorulmaz, Bayraktar, & Özdilli, 2010: 2314). Travma sonrası gelişim ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisini araştıran çalışma bulgularına göre travmatik yaşam olayına maruz kalan bireylerin yanında onlara bakım verenlere ve yakınlarına ilişkin sosyodemografik değişkenlerin, bu kişilerin travma sonrası gelişim düzeylerinde belirleyici etkiye sahip olduğuna sonucuna ulaşılmaktadır. Örneğin Özlü (2007: 1-96) şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişimi incelemek üzere hasta yakınları ile yaptığı araştırmasında bakım verenin genç

olması ve genç hastalara bakım vermenin daha yüksek travma sonrası gelişimle ilişkili olduğunu belirlemiştir. Otistik çocukların aileleriyle yapılan çalışmada ise ebeveynlerin cinsiyetinin, travma sonrası gelişim düzeyleri ile ilişkili olduğu ve anne babalarda farklı değişkenlerin travma sonrası gelişimi yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Annelerde sosyal destek, problem çözme/ iyimser başa çıkma stratejisinin; babalarda ise bu iki değişkenin yanında dindarlık, yaş ve evlilik süresinin de travma sonrası gelişimi anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (Elçi, 2004: 1-103). Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip çocuklara bakım verenlerde cinsiyet değişkeninin psikososyal sıkıntılar üzerinde etkisi olduğu, kadınların erkeklere oranla daha yüksek travma sonrası gelişim gösterdikleri belirlenmiştir (Schneider, Steele, Cadell, & Hemsworth, 2010: 186-199).

Hastalıkla ilgili değişkenler ve travma sonrası gelişim ilişkisini araştıran çalışmalarda bu değişkenlerin hastaların ve hastaya bakım verenlerin travma sonrası gelişim düzeyinde belirleyici etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yorulmaz ve arkadaşları (2010: 2313-2319) hastalık farkındalığının yüksek travma sonrası gelişim düzeyiyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Yorulmaz, Bayraktar, & Özdilli, 2010: 2313-2319). Cordova ve arkadaşları (2001: 176-185), meme kanseri hastaları ve sağlıklı bireylerde travma sonrası gelişim düzeylerini karşılaştırmışlar ve meme kanseri hastalarında teşhis üzerinden geçen süre uzadıkça travma sonrası gelişim düzeylerinin yükseldiğini belirlemişlerdir (Cordova, Cunningham, & Andrykowski, 2001: 176-185). Micheal ve arkadaşları (2009: 123-129), kanser hastası çocukların ebeveynlerinde, hastalığın onları ne kadar etkilediği algısının anlamlı şekilde travma sonrası gelişimle ilişkili olduğunu fakat hastalığın teşhisi ve sosyoekonomik düzeyin, ebeveynlerin travma sonrası gelişim düzeyleriyle anlamlı ilişkili içinde olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. (Micheal, Taylor, Absolom, & Eiser, 2009: 123-129). Bu çalışmada da sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimi değişkenlerinin yanında kanser hastası çocuklara ve ebeveynlere ait sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin, ebeveynlerin travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim düzeylerine etkisi incelenmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KANSER HASTASI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

3.1. YÖNTEM

Bu bölümde ilk olarak, araştırmaya gönüllü olarak dahil olan katılımcılara ve kullanılan veri toplama araçlarına yönelik bilgilere yer verilecek. Daha sonraki bölümlerde ise çalışmanın yürütülme şekli ve hipotezleri test etmek için kullanılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgilere yer verilecektir.

3.1.1. Katılımcılar

Çalışmanın örneklemi 0-18 yaş aralığında, ilk tanı üzerinden en az 6 ay geçen, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji klinik ve poliklinikleri'nden izlenen 117 kanser hastası çocuğun, araştırmaya gönüllü olarak katılan ebeveynlerinden (78 anne ve 34 baba) oluşmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı 27 ile 52 arasında (ort = 37.86 ss = 5.89) değişmektedir. Örneklemi oluşturan bireylerin çalışmaya kabul edilmesi kriterleri, katılımcıların çocukların yalnızca anne veya babası olması, çocuğun 0-18 yaş arasında olması, ilk tanı üzerinde en az 6 ay süre geçmiş olması ve çocukluk dönemi kanserlerinin herhangi bir türüne sahip olması olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ölçekleri doldurmalarını engelleyecek düzeyde bilişsel veya fiziksel yetersizliklerinin olması ve psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor olmaları ise araştırmanın dışlama kriterlerini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlere ait bazı sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo .1 Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı (Yüzdeler)	Ortalama	Standart Sapma	Ranj
Cinsiyet				
Kadın	78 (% 69.6)			
Erkek	34 (% 30.4)			
Yaş		37.86	5.89	27-52
Eğitim				
Okur-yazar	5 (% 4.5)			
İlkokul	40 (% 35.7)			
Ortaokul	27 (% 24.1)			
Lise	26 (% 23.2)			
Yüksekokul	5 (% 4.5)			
Üniversite	9 (% 8)			
Çocuk Sayısı		2.33	0.98	1-6
Evlilik Süresi		14.53	6.75	2-32
İş Durumu				
Tam Zamanlı	30 (% 26.8)			
Yarı Zamanlı	7 (% 6.2)			
Çalışmıyor	75 (% 67)			
Aylık Gelir				
1000 TL'den az	56 (% 50.8)			
1000-2000 TL	35 (% 31.2)			
2000 TL'den çok	19 (% 17)			

3.1.2. Veri Toplama Araçları

3.1.2.1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacıyla sırasıyla ebeveynlerin sosyodemografik bilgilerini, çocukların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin bilgilerini içeren ve her iki kısmın da ebeveyn tarafından doldurulması istenen bölümlerden oluşmaktadır. Ebeveynin bilgilerini içeren kısımda; yaş, cinsiyet, medeni durum, evlilik süresi, toplam çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik gelir, psikiyatrik tanı alma gibi ebeveyne ait, hasta çocuk bilgilerini içeren kısımda ise yaş, cinsiyet, hastalık tanısı, süresi, evresi, alınan tedavi yöntemleri gibi çocuğa ve hastalığına ait bilgiler olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır. Son bölümde ise hastalığın ebeveynler üzerinde yarattığı olumlu ve olumsuz etkileri belirlemek amacıyla “çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumlu değişiklikler oldu?” ve “çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumsuz değişiklikler oldu?” şeklinde iki ayrı açık uçlu soru bulunmaktadır.

3.1.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Zimet, Dahlen, Zimet ve Farley (1988: 30-41) tarafından algılanan sosyal desteği ölçmek için geliştirilen, 12 maddeden oluşan ölçek, aile, arkadaş ve özel kaynaktan olmak üzere 3 farklı alt boyutta sosyal desteği ölçmektedir. Ölçek maddelerinin her biri 1 ile 7 arasında (1 = kesinlikle hayır, 7 = kesinlikle evet) derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84'tür ve alınan yüksek puan, bireyin yüksek düzeyde sosyal destek algıladığını belirtmektedir. Orijinal formunun güvenirlik ve geçerlik katsayılarını belirlemek amacıyla 275 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışma sonucunda ölçeğin tümü için güvenirlik katsayısı 0.91 olarak, alt ölçekler için ise 0.91 (diğer kişilerden), 0.87 (aileden) ve 0.85 (arkadaşlardan) olarak elde edilmiştir. 2-3 aylık periyotlarla yapılan test-tekrar test güvenirliği diğer kişiler alt ölçeği için 0.72, aile alt ölçeği için 0.85 ve arkadaş alt ölçeği için 0.75 olarak elde edilmiştir.

Arkar ve Eker (1995: 121-126) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri psikolojik problemleri olan üniversite öğrencileri, yatan ve ayaktan takip edilen psikiyatri hastaları, böbrek yetmezliği hastaları ve normal kontrol grubu üzerinde test etmiştir. Yapılan analizler sonucunda güvenirlik katsayılarının .85 ile .91 arasında, alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayısının da .78 ile .91 arasında değiştiğini ve ölçeğin faktör yapısında “diğer kişiler”, “aile” ve “arkadaş” olmak üzere 3 alt faktöre yüklendiği belirtilmiştir (Eker, Arkar, & Yaldız, 2001: 17-25). Ölçeğin bu versiyonunun fibromyalji hastaları (Dirik, Sertel, & Kartal, 2011: 45) ve romatoid artrit hastaları (Dirik & Karanci, 2008: 193) gibi farklı hasta gruplarında da kullanıldığı görülmektedir.

Bu çalışmada algılanan sosyal destek puanları, ölçek puanlarının toplanıp madde sayısına bölünerek elde edilen ortalama puanlarla elde edilmiştir (Ort= 5,21 SS= 1,73). Ölçeğin maddelerinin toplam puanı ise 62,51 olarak bulunmuştur. Ölçek maddeleri toplamından alınabilecek en yüksek puanın 84 olduğu göz önünde bulundurulduğunda ebeveynlerin ortalama puanı olan 62,51 örneklemin oldukça yüksek düzeyde sosyal destek algıladığını düşündürmektedir. Güvenirlik analizi sonucunda ölçeğin toplam maddelerinin Cronbach Alfa katsayısı 0.91 olarak elde edilmiştir. Ölçek maddelerinden alınabilen en yüksek puanın 7 olduğu düşünüldüğünde örneklemden elde edilen 5,21 in ortalama üzerinde bir puan olduğu ve bu örneklemden bireylerin yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları görülmektedir.

3.1.2.3. Ruminatif Tepki Ölçeği (RRS)

Ruminatif Tepki Ölçeği, Nolen-Hoeksema ve Marrow (1991: 569-582) tarafından “Tepki Türleri Anketi” nin alt skalası olarak geliştirilmiştir. Tepki türleri anketi dikkat dağıtıcı tepki skalası, problem çözme skalası, hareketli aktiviteler skalası ve ruminatif tepki skalasından oluşmaktadır. Ruminatif tepki ölçeği, bireylerin olumsuz olaylara yönelik ruminasyon eğilimlerini ölçen 22 maddeden oluşmaktadır. Derinlemesine düşünme (reflection) ve geniş getirir gibi düşünme (brooding) olmak üzere iki faktörden oluşan ölçek 4'lü derecelendirmeden (1 = Neredeyse hiç, 4 = Neredeyse her zaman) oluşturmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde ruminatif tepki biçimi

kullanıldığına işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik geçerlik çalışmalarında derinlemesine düşünme alt boyutunun iç tutarlılığı 0.72, geniş getirir gibi düşünme alt boyutunun iç tutarlılığı ise 0.77 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği ise 0.62 olarak elde edilmiştir.

Ruminatif Tepki Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması Neziroğlu (2010: 1-110) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla 131 kadın, 93 erkek olmak üzere toplam 224 üniversite öğrencisi ile yapılan güvenirlik geçerlik çalışmalarında Cronbach Alfa katsayısı “geniş getirir gibi düşünme” alt boyutu için 0.77, “derinlemesine düşünme” alt boyutu için 0.67 ve tüm ölçek için 0.89 olarak hesaplanmıştır (Neziroğlu, 2010: 1-110). Test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için 4 hafta sonra yapılan ölçümlerde “geniş getirir gibi düşünme” ve “derinlemesine düşünme” alt boyutları için elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayıları 0.63 ve 0.74 olarak, toplam puan ise 0.72 olarak elde edilmiştir.

Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan bu çalışmada ise güvenirlik analizleri sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa katsayıları derinlemesine düşünme alt boyutu için 0.65, geniş getirir gibi düşünme alt boyutu için 0.75, toplam maddeler için de 0.91 olarak elde edilmiştir. Çalışmada ruminatif tepki biçimleri ölçeğinin puanları, ölçek maddelerinin toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilen ortalama puanlar üzerinden değerlendirilmiştir (Ort= 2,07, SS= 1,20). Ölçek maddelerinin toplam puanı ise 45,51 olarak elde edilmiştir. Ölçek maddelerinden alınabilen en yüksek puanın 4 olduğu göz önünde bulundurulduğunda 2,07'nin ortalama düzeyinde bir puan olduğu ve bu örneklemdaki kişilerin orta düzeyde ruminatif tepki biçimlerini kullandıkları belirlenmiştir.

3.1.2.4. Yükleme Biçimi Ölçeği (YBÖ)

Peterson ve arkadaşları (1982: 287-300) tarafından bireylerin kendileri ve önem verdikleri kişi hakkındaki nedensel yüklemelerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, Peterson ve arkadaşları (1984: 347-374) tarafından yeniden düzenlenmiştir. Katılımcılardan ölçekte belirtilen altı tanesi iyi, altı tanesi kötü olayla ilişkili toplam on iki olayı kendi başlarına geldiğini hayal ederek her bir olaya neyin sebep olduğunu yazmaları ve bunların nedenlerini (içsel-dışsal, değişebilir- değişemez, genel-özel ve önemli-

önemsiz) boyutlarını dikkate alarak 7 dereceli ölçek üzerinden değerlendirilmeleri istenmektedir. Elde edilen puanlar her bir yükleme boyutu için iyi ve kötü olaylar için ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar içsellik, değişmezlik, genellik ve önemlilik, düşük puanlar ise dışsallık, değişebilirlik, özellik ve önemsizliği belirtmektedir. Peterson ve arkadaşları (1984: 347-374) tarafından ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla 130 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmalarda Cronbach alfa katsayıları iyi olaylar için 0.75, kötü olaylar için 0.72 olarak bulunmuştur. 5 hafta sonra yapılan test-tekerrar test çalışmalarında ise korelasyon katsayıları iyi olaylar için 0.70, kötü olaylar için ise 0.64 olarak bulunmuştur.

Yükleme biçimi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması Papatya (1987) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla, güvenilirlik çalışmaları test-tekerrar test yöntemi ile 40 kişiye 5 hafta ara ile uygulanmış ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplamaları sonucunda değişmezlik katsayıları iyi olaylar için 0.86, kötü olaylar için 0.61 ve ölçeğin tümü için 0.76 olarak bulunmuştur. Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan bu çalışmada ise güvenilirlik analizleri sonucunda iyi olaylar için 0.84, kötü olaylar için 0.76, toplam maddeler için ise 0.83 olarak elde edilmiştir. Bu çalışmada ölçek maddelerinden iyi olaylar için içsellik, iyi olaylar için genellik ve iyi olaylar için değişmezlik maddeleri toplanarak birleşik pozitif; kötü olaylar için içsellik, kötü olaylar için genellik ve kötü olaylar için değişmezlik maddeleri toplanarak birleşik negatif puanları elde edilmiştir. İyi olaylar için önemlilik ve kötü olaylar için önemlilik boyutları ise birleşik puanlardan ayrı olarak analizlerde değerlendirilmektedir.

3.1.2.5. Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği (TSSBÖ)

Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği, DSM-IV tanı kriterleri esas alınarak Foa ve ark. (1998: 206-214) tarafından travma sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla geliştirilen 50 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin bir alt ölçeğidir. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin ilk bölümünde travmatik yaşantının türünü, ikinci bölümünde hangi travmatik yaşantılardan daha çok etkilendiğini ve üçüncü bölümde de travma sonrası stres belirtilerini belirlemeyi amaçlamışlardır.

Bu çalışmada kullanılan Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği de üçüncü alt ölçektir. 4'lü derecelendirme (0 = Hiç ya da yalnızca bir kez, 3 = Haftada 5 ya da daha fazla/nerdeyse bütün gün) şeklindeki ölçek toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “yeniden yaşama”, “kaçınma” ve “aşırı uyarılmış” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek ranjı 0-51 aralığındadır. Ölçekten alınan 1-10 hafif, 11-20 orta, 21-35 orta-ağır ve 36 üzeri ağır düzeyde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine işaret etmektedir. Foa ve arkadaşları (1998: 206-214), ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla yaptıkları güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Craonbach Alfa katsayısını 0.92, test-tekrar test güvenilirlik katsayısını ise 0.83 olarak belirlemişlerdir. Türkçeye uyarlaması, Işıklı ve Dürü (2006: 157) tarafından yapılan ölçeğin, toplam maddeler için Cronbach Alfa katsayısı ($\alpha=0.93$) olarak bulunmuştur. Kanser hastası çocukların ebeveynleri ile yapılan bu çalışmada ise toplam maddelerin güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak elde edilmiştir.

3.1.2.6. Travma Sonrası Gelişim Envanteri (PTGI)

Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından bireylerdeki pozitif değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri, “yeni olasılıklar”, “diğerleriyle ilişkiler”, “kişisel güçlenme”, “manevi değişim” ve “hayatın değerini bilme” olmak üzere 5 alt boyutu içermektedir. 0 ile 6 arasında derecelendirilen (0 = “Böyle bir değişimi yaşamadım”, 5 = “Bu değişikliği aşırı derecede yaşadım”) bir ölçektir. Ölçeğin orijinal formunun Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarında iç tutarlılık katsayısı 0.90, test tekrar test güvenirliliği 0.71 olarak, alt testlerinin iç tutarlılıkları ise 0.67 ve 0.85 arasında değişen değerler olarak elde edilmiştir.

Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nin Türkçe'ye çevirisi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Dirik (2006: 158) tarafından romatoid artrit hastalarıyla gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik geçerlik çalışmaları kapsamında yapılan faktör analizinde ise orijinal ölçekten farklı olarak “kendilik algısında değişim”, “diğerleriyle ilişkilerde değişim” ve “hayat felsefesinde değişim” olmak üzere 3 alt boyut belirlenmiştir. Faktör analizinin sonucuna göre; 1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. maddeler “kendilik algısında

değişim”, 6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. maddeler “diğerleriyle ilişkiler” ve son olarak 3, 7, 11, 14 ve 17. maddeler de “yaşam felsefesinde değişim” alt boyutlarında toplanmıştır. Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda, kendilik algısındaki değişim alt boyutu için 0.92, diğerleriyle ilişkiler alt boyutu için 0.87, yaşam felsefesindeki değişim alt boyutu için 0.81 ve toplam maddeleri için güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu değerler travma sonrası gelişim envanterinin kanser hastası çocukların ebeveynlerinde kullanılabilir bir ölçek olduğuna işaret etmektedir. Bu verilerden yola çıkılarak bu çalışmada ebeveynlerin travma sonrası gelişim düzeyleri Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nin Dirik (2006: 73-75) tarafından uygulanan formu ve faktör yapısıyla belirlenmiştir.

3.1.3. İşlem

Araştırmanın verileri Nisan 2012- Eylül 2012 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Birimin'nden takip edilen 117 kanser hastası çocuğun anne veya babaları ile 6 ay süren bir çalışma sonucunda elde edilmiştir. Ölçekleri dolduran ebeveynlerden 5 tanesinin psikiyatrik tanı veya ilaç kullanımı olduğundan bu kişiler araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Dolayısıyla toplam 112 ebeveyn üzerinden analizler yapılmıştır. Uygulama öncesinde hem Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Birimi akademisyenlerinden hem de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınıp araştırmanın yapılabilmesi için gereken prosedürler yerine getirilmiştir. Ölçekler hem kliniklerde yatan hasta çocukların hem de polikliniklerde ayaktan takip edilen çocukların ebeveynlerine uygulanmıştır. Veri toplama araçları birimlerde poliklinik ve toplantı odalarının uygulamaya elverişli hale getirilerek kullanılmasıyla uygulanmıştır. Kliniklerde yatan çocukların ebeveynlerine araştırma ve ölçekler hakkında bilgi verilerek, yatan çocuklara sürekli bakım vermeleri gerektiği için, onlara verilen sürede herhangi bir zamanda doldurmaları, polikliniklerde muayene sırası bekleyen ebeveynlere ise araştırma için tahsil edilen odada araştırmacı eşliğinde gerekli açıklamalar yapılarak o sırada ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Ölçekler 40-80 dakika arasında değişen sürelerde tamamlanmıştır. Poliklinik odasında oturma düzeni bireylerin birbirinden etkilenmeyeceği şekilde oluşturulmuş, araştırmacının uygulamanın her anında katılımcıların yanında bulunarak gerekli yerlerde katılımcıların sorularına açıklık getirilmesi sağlanmıştır.

Uygulama öncesinde hem sözel olarak hem de onam formu okutulup imzalatılarak araştırmanın amacı, uygulayıcılar, gizlilik ve gönüllülük esasları hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Ölçekler onam formu ve sosyodemografi veri formu ilk sırada olmak üzere, olası sıra ve ardışıklık etkisini ortadan kaldırmak amacıyla; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Ruminatif Tepki Ölçeği, Yükleme Biçimi Ölçeği, Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği ve Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nin seçkisiz olarak sıralanmış şekliyle dağıtılmıştır.

3.1.4. İstatistiksel Analizler

Araştırmada elde edilen verilerin analizi için SPSS16.0 (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) kullanılmıştır. Analizlere başlanmadan önce hatalı girilen verileri ayıklamak amacıyla veri temizliği yapılmıştır. Bunun yanında araştırmanın sonuçlarını etkileme riski göz önüne alınarak psikiyatrik tanısı bulunan ve psikiyatrik ilaç kullanan beş katılımcıya ilişkin veriler çıkartılmış ve analizler kalan 112 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada sosyodemografik veriler ve hastalığa ilişkin değişkenler ve travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim düzeylerinin neye göre farklılaştığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi ve tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için ise Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizinden sonra ise Travma Sonrası Gelişim (TSG), TSG Kendilik Algısındaki Değişim, TSG Diğerleriyle İlişkilerdeki Değişim ve TSG Hayat Felsefesindeki Değişim ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu olmak üzere bağımlı değişkenler için hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Sosyodemografik Veri Formunda kullanılan hastalığa ilişkin olumlu ve olumsuz düşüncelerini değerlendirmek amacıyla kullanılan açık uçlu sorular ise değerlendiriciler arası tutarlık Kohen Kappa katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir.

3.2. BULGULAR

Bu bölümde öncelikle çocukların sosyodemografik ve hastalıklarına ilişkin bulgulara daha sonra da sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimleri ile travma sonrası gelişim ve travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin bulgulara yer verilecektir. Son olarak da araştırmanın bağımlı değişkenleri olan travma sonrası gelişim ve travma sonrası stres bozukluğu ile yapılan regresyon analizlerine yer verilecektir.

3.2.1. Çocukların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Betimleyici İstatistikleri

Çocuklara ilişkin sosyodemografik ve hastalığa ilişkin betimleyici bilgiler Tablo 2’te verilmiştir.

Tablodan da görülebileceği gibi çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklarından 51’i kız (% 45.5), 61’i (% 54.5) erkektir. Ortalama hastalık teşhis süresi 20 aydır (ort=20.79, S.S=23.13). 63 (% 56.2) çocuğun aktif tedavisi bitmişken, 49 (% 43.8) çocuğun tedavisi halen devam etmektedir. Çocukların 7 (% 6.2) tanesinin kanser dışında da başka bir hastalığı varken, 104 tanesinin başka herhangi bir hastalığı yoktur.

Tablo 2. Çocuklara İlişkin Sosyodemografik ve Hastalık Bilgileri

Değişkenler	Sayı	Yüzde	Ortalama	Standart Sapma	Min-Maks
Cinsiyet					
Kız	51	% 45.5			
Erkek	61	% 54.5			
Yaş			9.32	4.76	1-18
Teşhis Süresi (ay)			20.79	23.13	6-144
Tanı					
ALL	61	% 54.5			
AML	11	% 9.8			
Ewing Sarkom	2	% 1.8)			
Lenfoma	9	% 8.04			
Karaciğer Ca	1	% 0.9			
Kolon Ca	1	% 0.9			
Medullablastom	4	% 3.57			
Nöroblastom	7	% 6.25			
Osteosarkom	4	% 3.57			
Retinablastom	1	% 0.9			
Wilms Tümörü	2	% 1.79			
Hepotblastom	1	% 0.9			
Yumurtalık Ca	1	% 0.9			
Salk Tümörü	1	% 0.9			
Nazofarenks	1	% 0.9			
Belirtilmeyen	5	% 4.46			
Tedavi					
Tedavisi Bitmiş	63	% 56.2			
Tedavisi Devam	49	% 43.8			
Ediyor					
Diğer Hastalık					
Var	7	% 6.2			
Yok	104	% 92.9			

3.2.3. Hastalığa İlişkin Olumlu ve Olumsuz Düşünceler

Kanser hastası çocukların ebeveynlerine, hastalık teşhisinin ardından yaşadıkları olumlu ve olumsuz düşünceleri belirlemek amacıyla iki açık uçlu soru sorulmuştur. “Çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumlu değişiklikler oldu?” ve “Çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumsuz değişiklikler oldu?” soruları sosyodemografik ve hastalığa ilişkin sorular kısmında yer almıştır.

Açık uçlu soruları analiz etmek amacıyla ilk olarak olumlu ve olumsuz sorular ayrı ayrı olmak üzere kategorilere ayrılmıştır. “Çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumlu değişiklikler oldu?” sorusuna verilen yanıtlar olumlu yanıtlar “fikrim yok, değişiklik yok”, “yaşam ve sağlığın önemini anlama”, “aile ve diğer insanlarla ilişkilerde değişim” ve “olumsuz duygular ve deneyimler” olarak; “Çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumsuz değişiklikler oldu?” sorusuna verilen yanıtlar ise olumsuz yanıtlar olarak “maddi sıkıntılar ve iş değişikliği”, “psikolojik sıkıntılar”, “fiziksel sağlık sorunları”, “sosyal hayat ve yaşam kalitesinde bozulma” ve “aile düzeninde bozulma” kategorileri olmak üzere tezi yazan araştırmacı ve aynı zamanda tez danışmanı olan psikoloji bölümündeki bir doçent tarafından birbirlerinden bağımsız şekilde belirlenen bu kategorilere yerleştirilmişlerdir. Boş bırakılan cevaplar değerlendirmeye alınmamıştır. Kategorilere uygun bulunan yanıtların örnekleri ve yüzdeleri Tablo 4.’ te verilmektedir. Daha sonra araştırmacıların belirlediği kategorilerdeki yanıtların tutarlılık katsayılarını belirlemek amacıyla Cohen’in Kappa katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda Kappa katsayıları olumlu yanıtlar için .77, olumsuz yanıtlar için .70 ($p < .001$) olarak elde edilmiştir. Landis ve Koch (1977: 161), Kappa analizlerinde .60-.80 arası tutarlılıkta önemli derecede uyuma olduğunu belirtmişlerdir (1977: 161). Bu bilgi değerlendirildiğinde analiz sonucunda elde edilen tutarlılık katsayılarının anlamlı olarak önemli derecede yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Açık Uçlu Sorulara Verdikleri Yanıtlar ve Yüzdeleri

Kategoriler	Örnekler	Yüzde (%)
Fikrim yok, değişiklik yok	“Herhangi bir değişiklik olmadı, her şey aynı.”	11.6
Yaşam ve sağlığın önemini anlama	“Olumlu bir değişiklik olmadı.” “Hayatın değerini daha çok anladım.” “Yaşamın güzelliklerini öğrendik, her şeyi büyütmemeyi, sağlığın ne kadar önemli olduğunu anladım”	25
Aile ve diğer insanlarla ilişkilerde değişim	“Aile kavramı daha sıkılaştı.” “Birbirimize daha sıkı tutunduk.”	12.5
Olumsuz duygular ve deneyimler	“Genelde olumsuzluklar oldu” “Hayatın ne kadar acımasız olduğunu öğrendim.”	6.2
Maddi sıkıntılar ve iş değişikliği	“Maddi sıkıntılar yaşadım.” “Maddi sıkıntı yaşadım, işimi değiştirmek zorunda kaldım.”	15.2
Psikolojik sıkıntılar	“Stres, gerginlik, diken üzerinde bir hayat.” “Çok üzüldüm, psikolojim bozuldu.”	23.2
Fiziksel sağlık sorunları	“Yorgunluk, uykusuzluk.”	3.6
Sosyal hayat ve yaşam kalitesinde bozulma	“Sosyal hayat bitme derecesine geldi.” “Kanser yaşam kalitemizi düşürdü.”	15.2
Aile düzeninde bozulma	“Aile düzenimiz bozuldu.” “Ev düzeni yok oldu	7.1

3.2.3. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri

Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği'nin maddelerinin toplanmasıyla (Ort.= 20.73, S.S= 1.10, Min.= 0.0, Maks.= 46) elde edilmiştir. Ölçeğin ranjı 0-51 olarak belirtilmektedir ve alınan yüksek puan kişinin travma sonrası stres belirtileri gösterdiği anlamına gelmektedir. Bulgular, örneklemin orta düzeyde travma sonrası stres belirtileri yaşadığını göstermektedir

Travma sonrası gelişim düzeyleri ise Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nin maddeleri toplanarak (Ort.= 72.34, S.S= 2.29, Min.= .0, Maks.= 105) elde edilmiştir. Ölçeğin alt boyutları için ortalamalar her bir alt boyutun maddelerinin toplanmasıyla ayrı ayrı elde edilmiştir. Buna göre; kendilik algısındaki değişim alt boyutu için (Ort.= 33.96, S.S= 1.05, Min.= 0.0, Maks.= 45), diğer insanlarla ilişkiler altboyutu için (Ort.= 23.80, S.S= 8.40, Min.= 0.0, Maks.= 35) ve son olarak yaşam felsefesinde değişim alt boyutu için ise (Ort.= 14.58, S.S= 6.28, Min.= 0.0, Maks.= 25) olarak elde edilmiştir. TSG envanterinden alınabilecek en yüksek ortalama puanın 5 olduğu düşünüldüğünde, araştırmaya katılan kanser hastası çocukların ebeveynlerinin aldıkları ortalama puanın 3.44 olması örneklemin oldukça yüksek düzeyde TSG yaşadığını göstermektedir.

3.2.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Travma Sonrası Stres ve Travma Sonrası Gelişim

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik ve hastalığına ilişkin özelliklerinin travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim ve alt boyutları açısından farklılık gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla bir takım istatistiksel analizler yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler aşağıda belirtilmektedir.

Ebeveyn cinsiyeti ile TSSB düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre; travma sonrası stres bozukluğu puanlarında anne ve babalar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [$t(111)= 1.80$,

$p=.074$]. Başka bir ifadeyle kanser hastası çocuğun annesi veya babası olmanın travma sonrası stres bozukluğu düzeyiyle ilişkisi olmadığı belirlenmiştir.

Ebeveyn cinsiyeti ve travma sonrası gelişim düzeyleri incelendiğinde ise anne ve babaların travma sonrası gelişim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t(111)= 3.47, p<.001$]. Başka bir ifadeyle, anneler (Ort.= 77.06, S.S= 17.62) babalara göre (Ort.= 61.30, S.S= 29.47) daha yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşamaktadırlar.

Ebeveynlerin gelir düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre gelir düzeylerine göre TSSB belirtileri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$F(2,109)= 3.25, p< .05$]. Farklılığın hangi gelir düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla Post-Hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; 1000TL'den az ve 2000TL üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. Gelir düzeyi 1000TL'den az olan ebeveynlerin (Ort.= 23.16, S.S= 10.17), gelir düzeyi 2000TL'den fazla (Ort.= 16.89, S.S= 8.21) olan ebeveynlere göre anlamlı düzeyde daha fazla travma sonrası stres bozukluğu düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur.

Ebeveynlerin gelir düzeyi ile travma sonrası gelişim puanları arasındaki bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonucunda ise anlamlı bir fark bulunmamıştır [$F(2,107)= 1.64, p>.05$]. Diğer bir ifadeyle ebeveynlerin sahip olduğu gelir düzeylerinin travma sonrası gelişim düzeylerinde istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Ebeveynlerin çalışma durumu (1= Çalışmıyor, 2= Çalışıyor) ile TSSB düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda çalışma durumu ve TSSB arasında anlamlı ilişkiye rastlanmıştır [$F(2,111)= 2.23, p< .05$], çalışmayan ve çalışan ebeveynlerin travma sonrası stres puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre, çalışmayan ebeveynlerin (Ort.= 22.00, S.S= 11.40) çalışan ebeveynlere (Ort.= 17.13, S.S= 9.88) göre daha fazla TSSB puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir.

Ebeveynlerin TSG puanları ve çalışma durumlarıyla arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA)

sonucunda ise istatistiksel düzeyde anlamlı bir farka rastlanmıştır [$F(2,109)= 6.30, p<.05$]. Hangi düzeyler arasında ne yönde bir fark olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Post-Hoc analizinin sonucunda çalışmayan (Ort.= 77.43, S.S= 16.83) ve tam zamanlı çalışan (Ort.= 60.86, S.S= 28.72) ebeveynler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu, çalışmayan ebeveynlerin çalışan ebeveynlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek TSG skorlarına sahip oldukları bulunmuştur.

3.2.5. Değişkenler Arası Korelasyonlar

Bu bölümde araştırmanın bağımlı değişkenleri olan travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim ile bağımsız değişkenleri olan algılanan sosyal destek, ruminasyon, yükleme biçimleri ve sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin ilişkisine yer verilecektir. Bu amaçla değişkenler arasında Pearson korelasyon analizi bulgularına yer verilecektir.

3.2.5.1. TSSB, TSG ile Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler İçin

Korelasyon Sonuçları

Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenler ile TSSB ve TSG arasındaki Pearson korelasyon katsayıları ebeveynler için Tablo 4, çocuklar için ise Tablo 5'te verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre travma sonrası stres bozukluğu gelir düzeyi ve çalışma durumu (1= Çalışmıyor, 2= Çalışıyor) ile negatif yönde ilişkili olarak bulunmuştur. Travma sonrası gelişim ise ebeveyn cinsiyeti (1= Anne, 2= Baba) ve çalışma süresi ile negatif yönde ilişkiliyken, çocuk yaşı ve travma sonrası stres bozukluğu ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. TSG'nin alt boyutları ele alındığında, başkalarıyla ilişkiler alt boyutu çocuk yaşı ile pozitif ebeveyn cinsiyeti, çalışma durumu ve hastalık yan etkileriyle ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. TSG kendilik algısı alt boyutu TSSB ve çocuk yaşı ile pozitif, ebeveyn cinsiyeti ve çalışma durumu ile negatif, TSG yaşam felsefesi alt boyutu

ise çocuk yaşı ile pozitif, ebeveyn cinsiyeti ve çalışma durumu ile negatif yönde ilişkili olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Değişkenler ile TSSB ve TSG Arasındaki Korelasyon Değerleri

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. TSG	,91**	,93**	,87**	,21*	-,32**	,09	-,14	-,12	,16	,17	-,32**	-,15	,03
2. TSG Diğerleriyle İlişkiler		,74**	,73**	,17	-,22*	,13	-,15	-,13	,15	,11	-,25**	-,14	,06
3. TSG Kendilik Algısı			,72**	,23*	-,32**	,06	-,17	-,13	,15	,15	-,32**	-,15	,03
4.TSG Yaşam Felsefesi				,15	-,33**	,06	-,02	-,04	,14	,21*	-,30**	-,09	-,07
5. TSSB					-,17	,02	-,09	,04	-,01	,04	-,18*	-,23*	,01
6. Ebeveyn Cinsiyeti						,14	,25**	-,10	-,09	-,10	,69**	,08	,02
7. Yaş							-,06	-,02	,69**	,26**	,16	,07	,03
8. Eğitim Süresi								-,10	-,28**	-,28**	,33**	,48**	-,09
9. Medeni Durum									-,09	,20	-,11	-,11	,04
10. Evlilik Süresi										,58**	-,06	-,06	,06
11. Çocuk Sayı											-,12	-,19	,25**
12. Çalışma												,34**	,05
13. Gelir Düzeyi													,02
14. Diğer Hastalık													

*p<0.05,**p<0.01

Tablo 5. Çocuklara İlişkin Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler ile TSSB ve TSG Arasındaki Korelasyon Değerleri

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. TSG	,91**	,93**	,87**	,21*	,08	,26**	,12	-,06	,14	-,01	-,01
2. TSG Diğerleriyle İlişkiler		,74**	,73**	,17	,07	,25**	,10	-,09	,11	-,19*	-,07
3. TSG Kendilik Algısı			,72**	,23*	,05	,21*	,11	,00	,12	,01	,06
4. TSG Yaşam Felsefesi				,15	,12	,25**	,14	-,10	,17	-,13	-,03
5. TSSB					,07	,04	-,00	,02	-,02	,07	,15
6. Çocuk Cinsiyeti						,10	,02	-,01	,00	-,09	,09
7. Çocuk Yaşı							,11	-,05	,16	-,16	-,08
8. Teşhis Süresi								-,42**	,21*	-,06	,13
9. Tedavi									-,04	,07	-,07
10. Nüks										-,16	-,09
11. Yan Etki											,07
12. Diğer Hastalık											

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

3.2.5.2. TSG ve TSSB ile Bağımsız Değişkenlerin Korelasyon Analizleri

Çalışmanın bağımlı değişkenleri TSSB ve TSG ile çalışmanın bağımsız değişkenleri olan algılanan sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimlerinin aralarındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçları hem TSSB hem de TSG için toplu olarak Tablo 6'da verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; bağımlı değişkenlerden TSG toplam puanının, TSSB ve yükleme biçimlerinin iyi olaylar için genellik, kötü olaylar için değişmezlik ve kötü olaylar için önemlilik alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

TSG'nin diğerleriyle ilişkiler alt boyutunun diğer değişkenlerle ilişkileri incelendiğinde, TSG'nin yükleme biçimlerinden iyi olaylar için genellik, kötü olaylar için değişmezlik ve kötü olaylar için önemlilik alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.

TSG'nin bir diğer alt boyutu olan kendilik algısı alt boyutunun travma sonrası gelişimde olduğu gibi TSSB, TSG'nin yükleme biçimlerinden iyi olaylar için genellik, kötü olaylar için değişmezlik ve kötü olaylar için önemlilik alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Son boyut olan hayat felsefesindeki değişim alt boyutunun TSSB ve bağımsız değişkenlerle korelasyonu incelendiğinde herhangi bir bağımsız değişkenle anlamlı ilişkiye sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

TSG ile birlikte çalışmanın ikinci bağımlı değişkeni olan TSSB'nin yapılan korelasyon analizleri sonucunda; ruminasyon ve her iki alt boyutuyla (geviş getirir gibi ruminasyon ve derinlemesine ruminasyon) ve yükleme biçimlerinin kötü olaylar için içsellik alt boyutuyla pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. TSG	,91**	,93**	,87**	,21*	,01	,12	,12	,07	,17	,20*	,11	,13	,09	,07	,22*	,26**
2.TSG Diğerleriyle İlişkiler		,74**	,73**	,17	,11	,11	,15	,10	,18	,21*	,12	,14	,09	,07	,20*	,23*
3. TSG Kendilik Algısı			,72**	,23*	-,01	,13	,10	,07	,14	,20*	,12	,12	,11	,01	,22*	,28**
4.TSG Yaşam Felsefesi				,15	-,07	,07	,09	-,01	,15	,11	,04	,06	,02	,14	,16	,16
5.TSSB					-,11	,64**	,52**	,55**	,08	,02	,07	,05	,23*	,03	,13	,12
6.Sosyal Destek						-,09	-,07	-,03	-,00	,11	,08	,02	-,20*	-,09	-,09	-,02
7.Ruminasyon							,80**	,85**	,13	,11	,12	,09	,20*	,02	,12	,17
8.Derinleme Ruminasyon								,56**	,11	,14	,17	,16	,23*	,09	,20*	,27**
9.Geviş Getirir Gibi Ruminasyon									,09	,06	,06	-,00	,06	-,01	-,00	,08
10. İyi Olaylar İçin İçsellik										,86**	,66**	,63**	,38**	,24*	,33**	,33**
11.İyi Olaylar İçin Genellik											,71**	,76**	,40**	,31**	,37**	,48**
12.İyi Olaylar İçin Değişmezlik												,79**	,35**	,22*	,52**	,47**
13. İyi Olaylar için Önemlilik													,34**	,24*	,41**	,51**
14.Kötü Olaylar İçin İçsellik														,46**	,52**	,47**
15.Kötü Olaylar İçin Genellik															,40**	,44**
16.Kötü Olaylar İçin Değişmezlik																,63**
17.Kötü Olaylar İçin Önemlilik																

* $p < .05$, ** $p < .001$

3.2.6. Regresyon Analizleri

Bu bölümde bağımlı değişkenlerin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizlerine yer verilmiştir. TSSB ve TSG'nin regresyon analizlerinde her iki bağımlı değişken ile anlamlı ilişkileri olan değişkenler bağımsız değişken olarak regresyon eşitliğine girilmiştir.

3.2.6.1. TSSB'nin Yordayıcıları

TSSB'nin yordayıcılarını belirlemek amacıyla iki aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk olarak analizlerin ilk basamağında ebeveyn cinsiyeti, gelir düzeyi ve çalışma durumu; ikinci basamağında ise yükleme biçimlerinden kötü olaylar için içsellik, kötü olaylar için genellik, kötü olaylar için değişmezlik ve kötü olaylar için önemlilik alt boyutları ve ruminasyon regresyon eşitliğine girilmiştir.

Tablo 7.de TSSB için regresyon analizine giren değişkenlere ait ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 7. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min-Maks
Kötü Olaylar Önem	28.5	7.28	3-42
Kötü Olaylar İçsellik	23.08	8.27	2-42
Kötü Olaylar Genellik	22.40	7.62	3-42
Kötü Olaylar Değişmezlik	22.62	7.39	1-39
Ruminasyon	45.52	1.20	22-76

Travma sonrası stres bozukluğunun toplam puanının yordayıcılarını belirlemek amacıyla iki aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. 1. Aşama (ebeveyn cinsiyeti, çalışma durumu, gelir düzeyi) varyansın % 8'ini açıklamıştır [$F(3,101)= 2.85, p<.05$]. Bu aşamada gelir düzeyi ($\beta= -.23$) TSSB ile anlamlı ilişkili olarak belirlenmiştir.

İkinci aşama (kötü olaylar için içsellik, kötü olaylar için değişmezlik, kötü olaylar için genellik, kötü olaylar için önemlilik alt boyutları ve ruminasyon) varyansın % 37'sini açıklamaktadır [$F(5,96)= 12.85, p<.001$]. Bu aşamada gelir düzeyi ($\beta= -.18$) TSSB ile negatif, ruminasyon ($\beta= .59$) ise TSSB ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Toplamda iki basamak varyansın % 45'ini açıklamaktadır [$F(8,104)= 9.73, p<.001$].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde, gelir düzeyinin ($\beta= -.18$) TSSB ile negatif yönde, ruminasyonun ($\beta= .59$) ise TSSB ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, ebeveynlerin gelir düzeyi arttıkça TSSB düzeyleri azalmakta, ruminasyon arttıkça ise TSSB düzeyleri artmaktadır. Tablo 8. de travma sonrası stres bozukluğunun yordayıcıları verilmiştir.

Tablo 8. TSSB'nin Yordayıcıları

Basamak	Bağımlı Değişkenler	β	t	R ² change	df	F change
1. Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.17	-1,26			
	Çalışma Durumu	.03	.21			
	Gelir Düzeyi	-.23	-2,20	.08	3,101	2,85*
2.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.18	-1,59			
	Çalışma Durumu	.12	.98			
	Gelir Düzeyi	-.18	-2,15*			
	Kötü Olaylar İçin İçsellik	.12	1,28			
	Kötü Olaylar İçin Genellik	-.01	-.07			
	Kötü Olaylar İçin Değişmezlik	.02	.18			
	Kötü Olaylar İçin Önemlilik	-.03	-.33			
	Ruminasyon	.59	7,32**	.37	5,96	12,85***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2.6.2. Travma Sonrası Gelişimin Yordayıcıları

TSG ve alt boyutlarının yordayıcılarını belirlemek amacıyla iki aşamalı dört regresyon analizi yapılmıştır. İlk olarak bu analizlerin ilk basamağında ebeveynin cinsiyeti, çalışma durumu, çocuk yaşı ve hastalık yan etkileri (halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, saç dökülmesi, ağrı vs); ikinci basamağında ise yükleme biçimlerinden birleşik pozitif (iyi olaylar için dışsallık, değişmezlik, ve genellik boyutlarının toplamı) ve birleşik negatif (kötü olaylar için içsellik, değişmezlik, özellik boyutlarının toplamı) yükleme biçimi puanları, pozitif olaylar için önemlilik ve negatif olaylar için önemlilik alt boyutları regresyon eşitliğine girilmiştir.

Tablo 9’da TSG için regresyon analizinde kullanılan bağımlı değişkenlere ait ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 9. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min-Maks
Çocuk Yaşı	9.32	4.76	1-18
Birleşik Pozitif Yükleme	87.86	2.32	7-126
Birleşik Negatif Yükleme	68.10	1.87	6-114
İyi Olaylar İçin Önemlilik	32.74	8.00	8-42
Kötü Olaylar İçin Önemlilik	28.5	7.28	3-42

Tablo 10'de TSG için yapılan hiyerarşik regresyon analizlerinin sonuçları verilmiştir.

TSG'nin yordayıcılarını belirlemek amacıyla 2 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. 1. aşama varyansın % 17'sini açıklamıştır. [$F(4,100)= 5.10, p<.001$]. Bu aşamada çocuk yaşı ($\beta= .20$), TSG ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

İkinci aşama varyansın % 9'unu açıklamıştır. [$F(4,96)= 3.09, p<.05$]. Bu aşamada ebeveyn cinsiyeti ($\beta= -.25$) ve yükleme biçimlerinin iyi olaylar için önemlilik alt boyutu ($\beta= -.31$) TSG ile negatif ilişkili bulunurken, çocuk yaşı ($\beta= .22$), yükleme biçimlerinin kötü olaylar için önemlilik ($\beta= .26$) ve birleşik pozitif alt boyutları ($\beta= .32$) TSG ile pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Toplamda 2 basamak varyansın % 26'sını açıklamıştır [$F(8,104)= 4.31, p<.001$].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; ebeveyn cinsiyeti (1= Anne, 2= Baba) ve yükleme biçimlerinin iyi olaylar için önemlilik alt boyutu TSG ile negatif yönde ilişkili, çocuk yaşı ve yükleme biçimlerinin kötü olaylar için önemlilik ve birleşik pozitif alt boyutları TSG ile pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Başka bir ifadeyle annelerin babalara göre daha yüksek TSG düzeylerine sahip oldukları ve ebeveynlerin iyi olaylar için önemlilik yüklemeleri arttıkça daha düşük TSG gösterdikleri bulunmuştur. Bunun yanında çocuk yaşı, ebeveynlerde kötü olaylar için önemlilik, iyi olaylar için içsellik, genellik ve değişmezlik puanları arttıkça TSG düzeylerinin arttığı bulunmuştur.

Tablo 10. Travma Sonrası Gelişimin Yordayıcıları

Basamak	Bağımlı Değişkenler	β	t	R ² change	df	F change
1. Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.17	-1.5	.17	4,100	5.11**
	Çalışma Durumu	-.19	-1,6			
	Çocuk Yaşı	.20	2,17*			
	Yan Etkiler	-.09	-,97			
2.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.25	-2,03*			
	Çalışma Durumu	-.15	-1,27			
	Çocuk Yaşı	.22	2,42*			
	Yan Etkiler	-.08	-,88			
	Birleşik Negatif Yükleme	-.01	-,05			
	Kötü Olaylar İçin Önemlilik	.26	2,09*			
	Birleşik Pozitif Yükleme	.32	2,00*			
	İyi Olaylar İçin Önemlilik	-.31	-1,95*	.9	4,96	3.09***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2.6.2.2 “Diğerleriyle ilişkilerde değişim”in yordayıcıları

Tablo 11’de TSG’nin diğerleriyle ilişkiler alt boyutunun yordayıcıları verilmiştir.

‘Diğerleriyle ilişkiler’ alt boyutunun yordayıcılarını belirlemek amacıyla 2 aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. 1. aşama varyansın % 14’ünü açıklamıştır [$F(4,100)=4.07, p<.05$]. Bu aşamada herhangi bir değişken diğerleriyle ilişkiler alt boyutuyla anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır.

İkinci aşama varyansın % 7’sini açıklamıştır [$F(4,96)=2.15, p>.05$]. Bu aşamada çocuk yaşı ($\beta=.19$) diğerleriyle ilişkiler alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Toplamda 2 basamak varyansın % 21’ini açıklamaktadır [$F(8,104)=43.20, p<.05$].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; çocuk yaşının diğerleriyle ilişkiler alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle çocuk yaşı arttıkça, ebevyenlerin TSG’nin ‘diğerleriyle ilişkiler’ boyutundaki gelişim düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Travma Sonrası Gelişimin ‘Diğerleriyle İlişkiler’ Alt Boyutunun Yordayıcıları

Basamak	Bağımlı Değişkenler	β	t	R ² change	df	F change
1.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.09	-.69			
	Çalışma Durumu	-.19	-1.52			
	Çocuk Yaşı	.18	1,90			
	Yan Etkiler	-.18	-1.88	.14	4.100	4.07**
2.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.15	-1.16			
	Çalışma Durumu	-.16	-1.26			
	Çocuk Yaşı	.19	2.06*			
	Yan Etkiler	-.17	-1.79			
	Birleşik Negatif Yükleme	-.02	-.17			
	Kötü Olaylar İçin Önemlilik	.21	1.67			
	Birleşik Pozitif Yükleme	.29	1.75			
	İyi Olaylar İçin Önemlilik	-.24	-1.47	.7	4.96	2.15**

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3.2.6.2.3. 'Kendilik algısındaki değişimin' yordayıcıları

Tablo 12'de TSG'nin kendilik algısı alt boyutunun yordayıcıları verilmiştir.

'Kendilik algısı' alt boyutunun yordayıcılarını belirlemek amacıyla 2 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. 1. Aşama varyansın % 14'ünü açıklamıştır [F(4,100)= 4.15, $p<.05$]. Bu aşamada herhangi bir değişken kendilik algısı alt boyutu ile anlamlı ilişkili olarak bulunmamıştır.

İkinci aşama varyansın % 11'ini açıklamaktadır [F(4,96)= 3.46, $p<.001$]. Bu aşamada çocuk yaşı ($\beta= .20$) ve yükleme biçimlerinden kötü olaylar için önemlilik alt boyutu ($\beta= .32$) kendilik algısı alt boyutu ile pozitif ilişkili, ebeveyn cinsiyeti ($\beta= -2.24$) ise kendilik algısı alt boyutu ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur. Toplamda 2 basamak varyansın % 25'ini açıklamıştır [F(8,104)= 4.01, $p<.001$].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; çocuk yaşı ve kötü olaylar için önemlilik alt boyutu kendilik algısı alt boyutu ile pozitif yönde, ebeveyn cinsiyeti ise negatif yönde ilişkili olarak bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle, çocuk yaşı ve kötü olaylar için önemlilik düzeyi arttıkça TSG düzeyleri de arttığı, bunun yanında annelerin babalara göre kendilik algısı alt boyutunda daha yüksek puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. ‘Kendilik Algısında Değişim’ Alt Boyutunun Yordayıcıları

Basamak	Bağımlı Değişkenler	β	t	R ² change	df	F change
1.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.17	-1.37			
	Çalışma Durumu	-.18	-1.45			
	Çocuk Yaşı	.18	1.91			
	Yan Etkiler	.02	.21	.14	4.100	4.15**
2.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.24	-1.98*			
	Çalışma Durumu	-.14	-1.16			
	Çocuk Yaşı	.20	2.16*			
	Yan Etkiler	.03	.35			
	Birleşik Negatif Yükleme	-.04	-.35			
	Kötü Olaylar İçin Önemlilik	.32	2.59**			
	Birleşik Pozitif Yükleme	.29	1.81			
	İyi Olaylar İçin Önemlilik	-.29	-1.83	.11	4.96	3.46**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2.6.2.4. 'Yaşam felsefesindeki değişimin' yordayıcıları

Tablo 13'te TSG'nin yaşam felsefesindeki değişim alt boyutunun yordayıcıları verilmiştir.

'Yaşam felsefesi' alt boyutunun yordayıcılarını belirlemek amacıyla 2 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. 1. aşama varyansın % 18'ini açıklamıştır [F(4,100)= 5.38, $p=.001$]. Bu aşamada çocuk yaşı 'yaşam felsefesi' alt boyutu ile anlamlı ilişkili bir değişken olarak belirlenmiştir.

İkinci aşama varyansın % 5'ini açıklamıştır [F(4,96)= 1.82, $p>.05$]. Bu aşamada ebeveyn cinsiyeti ($\beta= -.30$) yaşam felsefesi alt boyutu ile negatif, çocuk yaşı ($\beta= .21$) ise yaşam felsefesi alt boyutu ile pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Toplamda 2 basamak varyansın % 23'ünü açıklamıştır [F(8,104)= 3.69, $p=.001$].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde, ebeveyn cinsiyetinin 'yaşam felsefesi' alt boyutu ile negatif yönde, çocuk yaşının ise pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle, anneler babalara göre daha fazla yaşam felsefesi alt boyutunda gelişim göstermektedirler. Bunun yanında çocuk yaşı arttıkça yaşam felsefesindeki değişim puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Tablo 15.'te TSG ve alt boyutlarına ilişkin yapılan regresyon analizi sonucunda elde edilen yordayıcı değişkenler ve TSSB yordayıcı değişkenleri birlikte verilmektedir.

Tablo 13. ‘Yaşam Felsefesinde Değişim’ Alt Boyutunun Yordayıcıları

Basamak	Bağımlı Değişkenler	β	t	R ² change	df	F change
1.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.23	-1.87			
	Çalışma Durumu	-.14	-1.14			
	Çocuk Yaşı	.19	2.07			
	Yan Etkiler	-.12	-1.33	.18	4.100	5.38***
2.Aşama	Ebeveyn Cinsiyeti	-.30	-2.40**			
	Çalışma Durumu	-.11	-.90			
	Çocuk Yaşı	.21	2.25*			
	Yan Etkiler	-.12	-1.29			
	Birleşik Negatif Yükleme	.08	.65			
	Kötü Olaylar İçin Önemlilik	.11	.89			
	Birleşik Pozitif Yükelem	.28	1.77			
	İyi Olaylar İçin Önemlilik	-.31	-1.94	.5	4.96	1.82***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 14. TSG ile Alt Boyutlarının ve TSSB'nin Yordayıcı Değişkenleri

Değişkenler	TSG (Toplam)	Diğerleriyle İlişkiler	Kendilik Algısı	Yaşam Felsefesi	TSSB
Sosyodemografik ve Hastalığa ilişkin Değişkenler	Çocuk yaşı (+) Ebeveyn Cinsiyeti (-)	Çocuk Yaşı (+)	Çocuk Yaşı (+) Ebeveyn Cinsiyeti (-)	Çocuk Yaşı (+) Ebeveyn Cinsiyeti (-)	Gelir Düzeyi (-)
Yükleme Biçimleri	İyi Olaylar İçin Önem (-) Kötü Olaylar İçin Önem (+) Birleşik Pozitif (+)		Kötü Olaylar İçin Önem (+)		
Ruminasyon					Ruminasyon (+)

SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır. İlk olarak araştırmanın amacı ve örnekleme ile ilgili bilgilere, daha sonra araştırmadan elde edilen bulgulara, bu bulguların literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılmasına ve hipotezlerin test edilmesine yer verilmiştir. En son bölümde ise çalışmanın sınırlılıkları, klinik göstergeleri ve gelecekte yapılması planlanan çalışmalar için öneriler ele alınmıştır.

1. GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışmanın amacı, kanser hastası çocukların ebeveynlerinde görülen travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim düzeylerini ve bunları yordayan olası değişkenleri incelemektir. Sosyal destek, ruminasyon, yükleme biçimleri, sosyodemografik veriler ve hastalığa ilişkin değişkenler incelenen kuramlar dahilinde kanser hastası çocukların ebeveynlerinde TSSB ve TSG düzeylerini yordayıcı değişkenler olarak ele alınmıştır. Bu amaçla kanser teşhisi üzerinden en az 6 ay geçen çocukluk dönemi kanserlerinden herhangi birinin tanısını alan çocukların ebeveynlerine ulaşılmıştır. Veriler Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji ve Hematoloji Birimi'nde ayaktan veya yatarak tedavisi ya da kontrolleri devam eden çocukların anne veya babalarından elde edilmiştir.

2. ÖRNEKLEME İLİŞKİN BETİMSSEL ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan 112 ebeveyninden 78'i anne, 34'ü babadan oluşmaktadır. Ebeveynlerin yaş ortalaması 37'dir (SS= 5). Katılımcılardan 75 kişi çalışmamakta, 7 kişi yarı zamanlı, 30 kişi ise tam zamanlı çalışmaktadır. 109'u evli, 2 si boşanmış ve 1'inin eşi vefat etmiştir. 56 kişinin toplam gelir düzeyi 1000 TL'den az, 35 kişinin 1000-2000 TL arası ve 19 kişinin 2000TL üzerindedir. Bu verilere göre katılımcıların % 81'inin orta ve alt gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde ise, %

12'si yüksekokul ve üniversite, % 23'ü lise, geri kalanının ise ortaokul, ilkokul mezunu veya okur-yazar olmadığı görülmektedir.

Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi bu çalışmada kanser hastası çocukların ebeveynlerinin yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, kadınların erkeklere göre daha yüksek TSG düzeylerine sahip oldukları (Elçi, 2004: 57; Dirik G., 2006: 89; Linley & Joseph, 2004: 16; Kesimci, Göral, & Gençöz, 2005: 72), bunun yanında hastaya bakım verenin yaşının ve hastanın yaşının genç olmasının da TSG düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkilendirildiği (Özlü, 2007: 57) görülmektedir. Bu araştırmada da ebeveynlerin yüksek düzeyde travma sonrası gelişim göstermeleri, ebeveynlerin yaş ortalamasının çok yüksek olmamasından (ort= 37) ve hasta popülasyonunun çocuk ve gençlerden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada baba sayısının anne sayısından az olması nedeniyle anne ya da baba olmanın TSG düzeyleri üzerindeki rolü ile ilişkili genelleme yapmak zor olmaktadır.

Çalışmada yer alan 112 ebeveyninden 56'sı 1000TL altında gelire sahiptir. Yani ülkemizdeki yaşam standartları değerlendirildiğinde örneklemin önemli kısmının ortalamanın altında gelir seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir. Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan gözden geçirme çalışmalarında sosyoekonomik düzey düştükçe TSSB belirtilerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Akt.: Bruce, 2006: 245). Bu bilgi, örneklemin ortalama düzeydeki TSSB bulgularını destekler niteliktedir. Bunun yanında ebeveynlerin yalnızca % 12'si yüksekokul ve üniversite mezunudur, çalışmada elde edilen sonuçlarda TSSB düzeylerinin yüksek olmaması, katılımcıların ortalamanın altında gelir seviyesine sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda literatürde eğitim seviyesi arttıkça ve TSSB görülme sıklığının azaldığı bulgusunu (Yılmaz, 2006: 100) doğrular niteliktedir.

Araştırmaya katılan ebeveynler üzerinde hastalığın yarattığı olumlu ve olumsuz etkileri belirlemek amacıyla sorulan açık uçlu sorular değerlendirildiğinde, ebeveynlerin % 37.5 i hastalıktan sonra yaşamlarında olumlu değişiklikler olduğunu, % 70.5'i olumsuz değişimler olduğunu, %11.6'sı ise yaşamlarında olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişiklik olmadığını belirttikleri görülmüştür. Bu bilgiler değerlendirildiğinde araştırmaya katılan kanser hastası çocukların ebeveynlerinin hastalıktan sonra olumsuz deneyimleri olumlu ve nötr deneyimlere kıyasla daha fazla belirttikleri sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda ebeveynlerin yüksek düzeyde TSG ve ortalama düzeyde TSSB yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda travmaya ilişkin olumsuz değerlendirmelerin de TSG oluşumu için

gerekli bir süreç olduğu düşünülmektedir. Elde edilen bu sonucun Calhoun ve Tedeschi'nin (2000:521-527), Joseph ve Linley'in 2004: 11-21) TSG oluşumu için öncelikle TSSB yaşanması gerektiği bilgisini doğrular nitelikte olduğu düşünülmektedir.

3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Bu çalışmada kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi, Travmatik Stres Belirti Ölçeği'nden alınan toplam puanlardan elde edilmiştir. Buna göre ebeveynlerin travma sonrası stres puanları ortalaması (Ort.= 20.73, S.S= 1.10, Min.= 0.0, Maks.= 46) olarak elde edilmiştir. Buna göre ebeveynlerin orta düzeyde travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde doğuştan hastalığı yüzünden ameliyat geçiren çocukların ebeveynlerinin % 20'sinde (Nagata, et al., 2008), epilepsili çocukların ebeveynlerinde % 31.5 (Iseri, Özten, & Aker, 2006) kanser hastası çocukların ebeveynlerinde % 6.2 ile % 25 oranında TSSB belirtileri görüldüğü (Akt.: Bruce, 2006) belirlenmiştir. Bu çalışmada ise kanser hastası çocukların ebeveynlerinin % 17' sinin TSSB belirtileri gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmalara oranla ebeveynlerde TSSB düzeylerinin yüksek olmamasının nedeni olarak kanser tanısı üzerinden uzun süre geçen ve şu anda kontrol hastası olarak tedavi alan çocukların örneklemin büyük kısmını oluşturması düşünülmektedir. Diğer çalışmaların büyük çoğunluğunda örneklemin halen aktif tedavisi süren çocukların ebeveynleri oluşturduğu için daha yüksek TSSB düzeyleriyle karşılaşıldığı varsayılmaktadır. Ehlers ve Clark (1999: 319-345) ele aldıkları bilişsel modelde bireyler travmatik olayı ciddi ve hala devam eden tehdit olarak değerlendirdiklerinde TSSB'nin ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir. Çocukların bir kısmının aktif tedavilerinin sona ermesinin bu tehditi ortadan kaldıran bir unsur olduğu düşünülmektedir.

3.1. Sosyodemografik Değişkenler, Hastalığa İlişkin Değişkenler ve TSSB

Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin TSSB ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, gelir düzeyinin TSSB üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerde gelir düzeyi arttıkça, TSSB düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Bu bulgunun çift ebeveynle yapılan bazı çalışmalarla tutarlılık gösterdiği (Landolt, Vollrath, Ribbi, Gnehm, & Sennhauser, 2003: 1204), yalnızca annelerle yapılan

çalışmalarla ise çeliştiği, bu çalışmalarda annelerin gelir düzeyi ile TSSB düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (Libov, Nevid, Pelcovitz, & Carmony, 2010: 508) görülmüştür. Bireylerin gelir düzeyi arttıkça daha fazla kaynakları olduğu dolayısıyla daha kolay baş edebildikleri ve daha az TSSB yaşadıkları düşünülmektedir. Bu kişinin sahip olduğu kaynaklardan biri olan gelir düzeyinin babalar için annelere kıyasla daha önemli olduğu, toplumsal roller düşünüldüğünde aileyi maddi olarak desteklemenin daha çok babaya yüklendiği düşünülmektedir. Dolayısıyla yalnızca annelerle yapılan çalışmalarda gelir düzeyi ve TSSB ilişkisinin anlamlı olmadığı fakat çift ebeveynle yapılan çalışmalarda babaların da devreye girmesiyle bu çalışma sonuçlarının tutarlılık gösterdiği yani ebeveynlerin gelir düzeyi arttıkça TSSB düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Bunun yanında ebeveynlerin TSSB düzeylerinde gelir düzeyinin etkisi, gelir kaynaklarının artmasıyla çocuğa daha iyi bir tedavi imkanı sağlanabilmesi ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Ebeveynlerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, anne ve babaların travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonucun literatürdeki diğer çalışmalarda çeliştiği görülmektedir. Bruce (2006: 245), kanser hastası çocukların ebeveynlerinde TSSB düzeylerini araştırıldığı çalışmalardan yaptığı derlemede, çift ebeveynlerle yapılan çalışmaların tümünde annelerin babalara göre daha yüksek TSSB düzeylerine sahip olduklarını belirtmiştir. Bu çalışmada anne ve babalar arasında fark olmamasının daha önceki bölümde de belirtildiği gibi çocuklarının çoğunu aktif tedavi sürecinde olmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çünkü aktif tedavi süreci birçok zorluğu beraberinde getirdiği için ebeveynlerin daha çok TSSB yaşadığı, bu süreç geçtikçe TSSB düzeylerinin azalacağı düşünülmektedir.

3.2. Algılanan Sosyal Destek, Ruminasyon, Yükleme Biçimleri ve TSSB

Bu çalışmada kanser hastası çocukların ebeveynlerinin TSSB düzeylerinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda ruminasyon TSSB düzeyleri ile ilişkili bulunurken, sosyal destek ve yükleme biçimleri ilişkili bulunmamıştır.

Analiz sonuçlarına göre kanser hastası çocukların ebeveynlerinde sosyal destek TSSB düzeyleriyle ilişkili bulunmamıştır. Birçok çalışmada, bu çalışmada da olduğu gibi, sosyal destek TSSB düzeyleriyle ilişkili bulunmazken (Dürü, 2006: 96; Pelcovitz, Libov, Mandel,

Kaplan, Weinblatt, & Septimus, 1998: 508; Tokgöz, Yaluğ, Özdemir, Yazıcı, Uygun, & Aker, 2008: 55), bazı çalışmalarda bu iki kavramın ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Kazak, Stuber, Barakat, Meeske, Guthrie, & Meadows, 1998: 825). Bu çalışmada elde edilen bulgunun literatürdeki diğer çalışma bulgularıyla örtüştüğü görülmektedir. Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde sosyal desteğin TSSB düzeyleri ile ilişkili bulunmaması bireylerin yaşadıkları ağır travmatik olayın ardından sosyal destekleri olsa bile belirli düzeyde TSSB gösterdikleri fakat sosyal desteğin düzeyinin bu stres belirtilerinin ya da bozukluğunun travma sonrası gelişime dönüşümünde önemli bir rolü olabileceği şeklinde değerlendirilmektedir. Yani sosyal desteğin travma sonrası stres bozukluğunda önleyici değil, bu olumsuz durumun travma sonrası gelişim gibi olumlu bir duruma dönüşmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın kuramsal temelleri kısmında ele alınan modellerde de, algılanan sosyal desteğin TSSB oluşumunu değil, TSG oluşumunu açıklayıcı bir faktör olarak ele alındığı karşımıza çıkmaktadır.

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde ruminasyon düzeyinin TSSB ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, ruminasyonun TSSB ile ilişkili olduğu, ebeveynlerde ruminasyon arttıkça, TSSB düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuç Micheal ve arkadaşlarının (2007: 313), ruminasyonun yalnızca zorlayıcı hatıralarla baş etmek için kullanılmadığı aynı zamanda o hatıraları tetiklediği ve canlı tuttuğu yönündeki bulgularıyla da tutarlılık göstermektedir. Bunun yanında literatürdeki diğer çalışmalarda da yüksek ruminasyon düzeyinin daha yüksek TSSB düzeyleriyle ilişkili olduğu yönünde bulgulara rastlandığı görülmektedir (Taku, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2008: 438). Travmaya ilişkin ruminatif düşüncelerin olayı canlı tuttuğu, sürekli zihinde olayın tekrar yaşanmasına yol açtığı dolayısıyla TSSB belirtilerinin devam etmesine yol açabileceği düşünülmektedir. Travmatik olayı tekrar yaşama DSM- IV-TR’de TSSB belirtilerinden biri olarak belirtilmektedir. Her ne kadar travmatik olaya ilişkin düşünceler TSG’nin oluşumunu da etkileyen faktörlerden biri olarak düşünülse de bu çalışmada ele alınan ruminasyon, bireylerin içinde bulunduğu olumsuz durumu değerlendirirken olumsuz düşüncelerin depresif duygu durumu ile bir araya gelerek daha aktif hale gelmesine yol açan kuram dahilinde ele alınmıştır (Nolen-Hoeksama, 1991: 569-582), dolayısıyla TSG ile değil, TSSB ile ilişkili olması beklenmektedir. Bireyler travmatik olayı hala devam eden tehdit olarak olarak değerlendirdiklerinde daha sık ruminatif düşünce içeriğine sahip olurlar dolayısıyla daha yüksek düzeyde TSSB geliştirmeleri beklenmektedir. Dolayısıyla bilişsel modeldeki tehdit algısı ve TSSB ilişkisi ruminatif düşünce yapısıyla da açıklanabilmektedir. Bu bilgilerden

yola çıkılarak ebeveynlerde ruminatif düşüncelerin önlenmesinin, TSSB oluşumunu azaltabilecek bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Yükleme biçimleri ve alt boyutlarının kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda, bu iki değişken birbirleriyle ilişkili olarak bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ise kötü olaylara yönelik kötümser açıklama biçimini kullanan bireylerin daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri gösterdikleri yönünde sonuçlara ulaşılmaktadır (Gray, Pumphrey, & Lombardo, 2003: 290; Ho, Chan, & Yau, 2011: 281; Joseph, Yule, & Williams, 1993: 508). Belirtilen çalışmalarda örneklem, travmatik yaşantıya direkt maruz kalan ve travmatik yaşantı üzerinden kısa zaman geçtikten sonra değerlendirilen bireyler tarafından oluşmaktadır. Bu çalışmada ise örneklem hasta çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır. Bunun yanında ilk tanı üzerinden en az altı ay geçtikten sonra ölçümler uygulanmıştır ve elde edilen TSSB puanları diğer çalışmalar göre daha düşüktür. Bu çalışmada yüklem biçimlerinin TSSB ile ilişkili bulunmamasının nedenlerinin, travmatik yaşantıyı çocukları üzerinden dolaylı olarak yaşamaları ve travmatik olay üzerinden geçen sürenin diğer diğer çalışmalara oranla daha fazla olması gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

4. TRAVMA SONRASI GELİŞİM

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinin travma sonrası gelişim düzeyi, Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nden alınan toplam puanlardan elde edilmiştir. Buna göre ebeveynlerin travma sonrası gelişim puanları ortalaması (Ort.= 72.34, S.S= 2.29, Min.= .00, Maks.= 105) olarak belirlenmiştir. Elçi (2004: 60) otistik çocukların ebeveynlerinde travma sonrası gelişim puanı ortalamalarını anneler için 64 babalar için 57 olarak, Engelkemeyer ve arkadaşları (2008: 345), çocuğunu kaybeden ailelerde gelişim puanı ortalamalarını 64, olarak elde etmişlerdir. Bu çalışmada ebeveynlerde travma sonrası gelişimin daha yüksek düzeyde yaşandığı belirlenmiştir. Kanser ölümcül bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Kanser hastası çocukların ebeveynleriyle yapılan bu çalışmada ebeveynlerin diğer hastalıklara sahip çocukların ebeveynlerine göre daha travmatik bir olayla karşılaştıkları fakat tedavi olumlu gittiğinde daha yüksek travma sonrası gelişim yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Travma sonrası gelişimin işlevsel betimsel modeline göre travmatik olaylar bireylerin var olan

şemalarını sarsar ve önemli değişiklere yol açar, birey şemaları tekrar yapılandırmaya çalışır. Şemalardaki bu değişim ve sarsıntı şiddeti büyüdükçe daha yüksek TSG düzeyleri beklenmektedir (Calhoun & Tedeschi, 2004: 1-18). Otistik çocukların ebeveynleriyle karşılaştırıldığında TSG düzeylerinin daha yüksek olmasının bu nedenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yine bu örneklemin çocuğunu kaybeden ailelerden daha yüksek TSG yaşamaları, her ne kadar kanser ölümcül bir hastalık olsa da çocukların hayatta olmalarıyla açıklanabilir. Literatürdeki diğer çalışma bulgularından farklı olarak Riley ve arkadaşlarının (2007: 281) çocuğunu kaybeden ailelerde yaptığı çalışma sonucunda ebeveynlerde gelişim düzeyi 88 olarak belirlenmiştir. Bu bulgunun kültürlerarası farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular ışığında kanser hastası çocukların ebeveynlerin travma sonrası gelişim düzeylerinin travmatik olayın şiddeti arttıkça TSG düzeyinin de arttığına yönelik bulgular çerçevesinde literatürdeki diğer çalışmalarla yakın hatta daha yüksek oranda olduğu, farklı kültürlerde de kanser hastası çocukların ebeveynleriyle çalışmalar yapılmasının faydalı olacağı, hatta yapılacak boylamsal çalışmalardan elde edilecek sonuçların da bu konuda yapılacak araştırmalara önemli ölçüde katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

4.1. Sosyodemografik Değişkenler, Hastalığa İlişkin Değişkenler ve TSG

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası gelişim toplam puanı ve alt boyutlarının ebeveyn cinsiyetine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizleri ve toplam TSG puanlarının karşılaştırıldığı t testleri sonuçlarına göre, annelerin babalara göre TSG toplam puan, kendilik algısı alt boyutu ve yaşam felsefesi alt boyutunda daha yüksek düzeyde gelişim gösterdikleri, diğerleriyle ilişkiler boyutunda ise anne ve babalar arasında herhangi bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların büyük çoğunluğunda kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşadıkları belirlenmiştir (Elçi, 2004: 60; Dirik G., 2006: 89; Dirik & Karanci, 2008: 198; Kesimci, Göral, & Gençöz, 2005: 72; Linley & Joseph, 2004: 16; Tedeschi & Calhoun, 1996: 461). Fakat travma sonrası gelişimin cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucunu elde eden bazı çalışmalar da mevcuttur (Ho, Rajandram, Chan, Samman, McGrath, & Zwahlen, 2011: 122). Bu sonuçlara göre hastalığı kendi yaşayan bireylerde travma sonrası gelişim açısından cinsiyet farklılıkları olmasa da çocuğu hasta olan ebeveynlerde, annelerin babalara göre daha yüksek travma sonrası gelişim yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Annelerin babalara göre

çocuklara daha fazla bakım verdiği, hastanede ya da evde daha çok zaman geçirdiği düşünüldüğünde travmatik olayın ardından yaşadıkları gelişimin babalara göre daha fazla olması beklenen sonuçlar arasındadır. Travma sonrası gelişimi açıklayan işlevsel betimsel modele göre yaşanan travmatik olay bireyim şemalarını sarsar ya da ortadan kaldırır bu değişim olumlu olursa travma sonrası gelişim yaşanır. Annelerin babalara göre travmatik olayın içine hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha fazla dahil olduğu dolayısıyla şemalarında babalara oranla daha fazla değişim olabileceği ve travma sonrası gelişimi daha fazla yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada yer alan diğer sosyodemografik değişkenlerin TSG ile ilişkisi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizleri sonucunda, çocuk yaşının travma sonra gelişim ise pozitif ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir ifadeyle çocuk yaşı arttıkça, ebeveynlerin travma sonrası gelişim düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Bu bulgu bazı çalışma bulgularıyla çelişmektedir. Şizofreni hastalarına bakım veren kişilerde daha genç yaşta bakımlara bakımların daha yüksek travma sonrası gelişim puanlarıyla ilişkili olduğu (Özlü, 2007: 53), çocuğunu kaybeden ailelerde ise çocuklarının ölüm yaşının ebeveynlerin travma sonrası gelişim düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı (Engelkemeyer & Marwit, 2008: 345) belirlenmiştir. Bu araştırmada ise 0-18 yaş arası çocuk ve ergenlerle çalışıldığı ve çocukluk dönemi kanserlerinin ağır bir travmatik yaşam olayı olduğu, ebeveynlerin çocuk yaşı arttıkça çocukla geçirdikleri zamanın ve anıların daha fazla olduğu dolayısıyla TSG'ye yönelik daha fazla kaynağa sahip olabilecekleri düşünüldüğünde daha büyük yaşta çocuğun hastalığa yakalanmasının ebeveyn düzeyinde daha çok gelişimi sağlayan bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

4.2. Algılanan Sosyal Destek, Ruminasyon, Yükleme Biçimleri ve TSG

TSG ve alt boyutları olan yaşam felsefesi, kişilerarası ilişkiler ve diğerleriyle iletişim düzeylerinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda; algılanan sosyal destek, travma sonrası gelişim ve alt boyutlarıyla ilişkili bulunmamıştır. Literatürde sosyal destek ve travma sonrası gelişim olgusunu araştıran çalışmalar incelendiğinde, sosyal desteğin bireylerin yaşadığı travma sonrası gelişim ile anlamlı ilişkili olduğu ve sosyal destek arttıkça, travma sonrası gelişim düzeylerinin de arttığı bulgularının yer aldığı görülmektedir (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009: 287; Dirik & Karanci, 2008: 198;

Durak, Ayvaşık, 2010: 154; Elçi, 2004: 63; Karancı & Erkam, 2007: 319; Paul, et al., 2010: 137; Özlü, 2007: 63; Yorulmaz, Bayraktar, & Özdilli, 2010: 2315). Bunun yanında az sayıda olsa da sosyal destek ile TSG'nin ilişkili olmadığına yönelik sonuçlar elde eden çalışmaların da var olduğu görülmektedir (Dürü, 2006: 102). Bu çalışmanın örneklemini oluşturan kanser hastası çocukların ebeveynlerinin diğer çalışma örneklemine göre daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladığı, (Ort= 62,51) büyük çoğunluğunun bütün sorular için en yüksek skorları işaretledikleri belirlenmiştir. Bu iki değişkenin anlamlı ilişkili olmayışının bu sebeple açıklanabileceği düşünülmektedir.

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde ruminasyon düzeyinin TSG ve alt boyutlarıyla ilişkisini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda; ruminasyon TSG veya herhangi bir alt boyutu ile ilişkili bulunmamıştır. Bu çalışmada ele alınan ruminasyon kişilerin kendilerini üzgün, depresif hissettiklerinde içinde buldukları bir süreç olarak ele alınmaktadır (Nolen-Hoeksema, 1998: 216-219). Ruminasyonun TSG ile ilişkili olmadığı bulgusu Calhoun ve Tedeschi'nin (2006: 3-23) ruminasyonun zorlayıcı (intrusif) ve planlı (deliberate) olmak üzere iki türlü olabileceğini, bu çalışmada da ele alınan, zorlayıcı ruminasyonun tekrarlayıcı ve olumsuz, istenmeyen düşünceleri içerdiğini ve olumsuz duygu durumlarıyla ilişkili olabileceği kuramı ile örtüşmektedir. Bu nedenle ruminasyon TSSB ile ilişkili bulunurken, TSG gibi olumlu deneyimle ilişkili bulunmamıştır.

Yükleme biçimleri ve alt boyutlarının kanser hastası çocukların ebeveynlerinde travma sonrası gelişim ve alt boyutları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda, kanser hastası çocukların ebeveynlerinde iyi olaylar için önemlilik boyutu arttıkça TSG düzeylerinin azaldığı, kötü olaylar için önemlilik ve birleşik pozitif puanları arttıkça TSG düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Yükleme biçimleri, travma sonrası gelişimin alt boyutları açısından ele alındığında, yükleme biçimlerinin TSG 'diğerleriyle ilişkilerde değişim' ve 'yaşam felsefesinde değişim' alt boyutlarıyla herhangi bir ilişkisi olmadığı belirlenirken, kötü olaylar için önemlilik derecesindeki artışın 'kendilik algısındaki değişim' alt boyutundaki artışla ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir. Elde edilen bu bulgular diğer sınırlı sayıda olan travma sonrası gelişim ve yükleme biçimleri ilişkisini araştıran çalışmalarla kısmen tutarlılık göstermektedir. Yakınını kaybeden bireylerle ve meme kanserli hastalarla yapılan ayrı ayrı çalışmalarda iyi olaylar için iyimser açıklama biçimlerini kullananların, iyi olaylar için kötümser açıklama biçimini kullananlara göre daha yüksek düzeyde TSG yaşadıkları belirlenmiştir (Ho, Chu, & Yiu, 2008: 472; Ho, Rajandram, Chan, Samman, McGrath, & Zwahlen, 2011: 122). Bu kişilerin iyi olaylar için iyimser açıklama biçimini

kullanarak kişisel ve çevresel kaynaklarını iyi kullandıkları dolayısıyla yüksek düzeyde TSG yaşadıkları düşünülmektedir. Schaefer ve Moos'un (1992: 149-170) geliştirdikleri yaşam krizleri ve kişisel gelişim modelinde de kişisel ve çevresel faktörlerin travmatik olaya ilişkin faktörleri etkilediği ve bütün bunların değerlendirme sürecinde etkili olup TSG oluşumu sağladığını belirtmektedirler. Fakat literatürdeki her iki çalışmada da, kötü olaylara yapılan yükleme biçimlerinin TSG ile herhangi bir ilişkisine rastlanmamıştır. Bu çalışmada kötü olaylar önemlilik ve birleşik pozitif puanlarının artmasının TSG'deki artışla ilişkili bulunmasının, bireylerin kötü olaylara önemlilik yüklediklerinde onlar üzerinde daha fazla düşüncelerini sağlayacağı kısa dönemde ruminasyonun olumsuz sonuçları olsa da uzun dönemde daha fazla TSG gelişimine yol açabileceğini sağladığı düşünülmektedir. Bu çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin çocuklarının tanıları üzerinden diğer iki çalışmaya göre daha fazla zaman geçmiş olması ruminasyonun uzun dönemde TSG oluşumunu desteklediği yönündeki kuramı desteklemektedir. Bunun yanında bireylerin yükleme biçimlerinin kültürel yapılardan etkilenebileceği ve farklı kültürlerde farklı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Benzer örnekleme farklı kültürler üzerinden yapılacak yükleme biçimleri çalışmalarının bu konudaki literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerinin desteklenen ve desteklenmeyen yönleri ele alınacaktır.

Hipotez 1. Ebeveynlerde cinsiyet, yaş, çalışma durumu (çalışıp çalışmama), gelir düzeyi, çocuğun yaşı vs. gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin, TSSB ve TSG ile ilişkili olması beklenmektedir. Özellikle, kadın olma, çalışıyor olma, daha yüksek gelir düzeyine sahip olma, daha genç yaşta olma ve büyük yaşta çocuğa sahip olmanın daha fazla TSG belirtileriyle ilişkili olması beklenmektedir. Ayrıca kadın olmanın daha fazla TSSB belirtileriyle ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmi olarak desteklenmiştir. TSSB düzeylerinde ebeveynin anne ya da baba olması anlamlı bir fark oluşturmazken TSG düzeylerinde annelerin babalara göre anlamlı olarak daha fazla gelişim gösterdikleri belirlenmiştir. Çalışma durumu değerlendirildiğinde çalışmayan ebeveynlerin çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde TSSB ve TSG düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Gelir düzeyi incelendiğinde

ise, gelir düzeyi düşük olan ebeveynlerin daha fazla TSSB gösterdikleri fakat TSG açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bunların yanında ebeveyn ve çocuk yaşının TSSB açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı, fakat çocuk yaşı arttıkça ebeveynlerin TSG düzeylerinin de arttığı bulunmuştur.

Hipotez 2. Çocuğun hastalığının türü, süresi, tedavi şekli gibi değişkenlerin, ebeveynlerin TSSB ve TSG düzeyleriyle ilişkili olması beklenmektedir. Hastalığın teşhisi üzerinden geçen süre arttıkça, ebeveynlerde TSG düzeylerinin de artması, hastalığın nüks etmesi ve yan etkilerin artması durumunda travma sonrası gelişim düzeylerinin azalması ve TSSB düzeylerinin artması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Hastalığın türü, süresi, tedavi şekli gibi değişkenler ebeveynlerin TSSB ve TSG düzeyleriyle ilişkili bulunmamıştır. Yalnızca TSG ‘diğerleriyle ilişkiler’ alt boyutu, hastalık yan etkileri ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Buna göre hastalık yan etkileri azaldıkça, TSG diğerleriyle ilişkiler alt boyutu puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Hipotez 3. Algılanan sosyal desteğin ebeveynlerde daha yüksek TSG ve daha düşük TSSB düzeyleriyle ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Ebeveynlerde algılanan sosyal destek, TSSB ve TSG düzeyleriyle ilişkili olarak bulunmamıştır.

Hipotez 4. Ruminasyonun daha yüksek TSSB ve daha düşük TSG düzeyleriyle ilişkili olması beklenmektedir. Ebeveynlerde ruminasyon arttıkça, TSSB düzeylerinin artması, TSG düzeylerinin azalması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmi olarak desteklenmiştir. Ebeveynlerde ruminasyon arttıkça TSSB düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Fakat ruminasyon TSG ve TSG’nin alt boyutlarından herhangi biri ile ilişkili olarak bulunmamıştır.

Hipotez 5. Yükleme biçimlerinin, ebeveynlerin travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim düzeyleri ile ilişkili olması beklenmektedir.

Hipotez 5.1. İyi olayları içsel, genel, değişmez yükleme biçimleri ile açıklayan ebeveynlerin daha yüksek travma sonrası gelişim ve daha düşük travma sonrası stres bozukluğu; dışsal, özel ve değişebilir boyutlarında açıklayanların ise daha düşük travma sonrası gelişim ve daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermeleri

beklenmektedir. Ayrıca iyi olayların önem derecesi arttıkça bireylerin daha düşük TSG düzeylerine sahip olmaları beklenmektedir.

Hipotez 5.2 Kötü olayları içsel, genel ve değişmez yükleme biçimleri ile açıklayan ebeveynlerin daha düşük travma sonrası gelişim ve daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu; dışsal, özel ve değişebilir boyutlarında açıklayanların ise daha yüksek travma sonrası gelişim ve daha düşük travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermeleri beklenmektedir. Bunun yanında ebeveynlerin yüklemelerinde kötü olayların önemlilik boyutu arttıkça TSG düzeylerinin de artması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. TSSB için, yükleme biçimlerinden kötü olaylar için içsellik alt boyutu arttıkça TSSB düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. TSG için, iyi olaylar için önemlilik alt boyutu arttıkça TSG düzeylerinin azaldığı, kötü olaylar için önemlilik ve birleşik pozitif puanları arttıkça TSG düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. TSG'nin alt boyutları için ise kötü olaylar için önemlilik arttıkça kendilik algısındaki değişim alt boyutunun da arttığı bulunmuştur.

6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma kanser hastası çocukların ebeveynlerinde sosyal destek, yükleme biçimleri, ruminasyon ve sosyodemografik değişkenlerin ebeveynlerin travma sonrası stres ve travma sonrası gelişim düzeylerini ne derecede yordadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatüre katkılar sağlamakla birlikte çalışmanın bazı sınırlılıkları da mevcuttur.

Araştırmanın sınırlılıklarından ilki, diğer öz bildirime dayalı ölçeklerin kullanıldığı araştırmalarda olduğu gibi, katılımcıların ölçek sorularına sosyal beğenilirlik kaygısından kaynaklı gerçeği yansıtmayan yanlı cevap verebilecekleridir. Dolayısıyla sonuçların değerlendirilmesinde öz bildirimden kaynaklanan yanlılıkların göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca elde edilen veriler yalnızca araştırmaya katılmaya gönüllü ebeveynlerden elde edildiği için araştırmaya gönüllü olmayan ebeveynlerde bulguların farklılaşp farklılaşmayacağı bilinmemektedir.

Araştırmayı oluşturan örneklemden kaynaklanan bazı sınırlılıklar da bulunmaktadır. Araştırma verileri Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatrik Onkoloji ve Hematoloji Kliniği ve Polikliniği'nde tedavi gören çocukların ebeveynlerinden toplanmıştır. Bu katılımcıların, her ne kadar çevre illerden gelen hastalar olsa da, Türkiye'deki bütün

kanser hastası çocukların ebeveynlerini temsil ettiği düşünülemez. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunun düşük gelir seviyesinden gelmesi de örneklemin kısıtlı yanlarından birini oluşturmaktadır çünkü bu çalışmada elde edilen bulguların büyük oranda düşük gelir seviyesindeki dolayısıyla düşük eğitim seviyesindeki ebeveynlerin TSSB ve TSG düzeylerini yansıttığı düşünülmektedir. Araştırmada kullanılan sosyal destek ve yüklenme biçimleri değişkenlerinin gelir ve eğitim düzeyiyle ilişkili olabileceği dolayısıyla bu düzeye yönelik sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.

Örneklem ile ilişkili sınırlılıklardan bir diğeri de örnekleme bulunan katılımcı sayısının değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik daha kapsamlı analizlerin yapılabilmesi için yeterli olmamasıdır. Bunun yanında katılımcıların büyük çoğunluğunun annelerden oluşması (78 anne, 34 baba) anne ve babalara ait bulgularda sınırlı bir karşılaştırma olanağı getirmektedir. Bunların da araştırmadan elde edilen bulguların genellenebilirliğine sınırlılık getirebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılımcı sayısını olabildiğince çok tutabilmek amacıyla çocukluk dönemleri kanserleri başlığı altında herhangi bir kanser türüne sahip çocukların ebeveynleri dahil edilmiştir. Literatürdeki bir çok çalışmada da kanser türleri ayrılmamasına karşın tedavi gidişatı, tedavi süresi farklı olan kanser türlerine sahip çocukların ebeveynlerinden elde edilecek bulguların farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Diğer bir sınırlılık ise kanser hastası çocukların tedavi süreçleriyle ilişkilidir. Örnekleme dahil edilen çocukların bir kısmının aktif tedavisi devam ederken (49), bir kısmı kontrol hastasıdır (63). Bu farklılığın ebeveynlerde travmatik yaşantının boyutuna ilişkin bazı sınırlılıklar oluşturabileceği düşünülmektedir. Fakat kanser hastalarıyla yapılan literatür bilgileri incelendiğinde araştırmaların büyük çoğunluğunda, kanser kronik bir hastalık olarak ele alındığı için, örneklem belirlenirken ele alınan kriterin hastalığın tedavisinin aşamasından çok teşhis aldığı süre olduğu görülmektedir. Ayrıca bu çalışma için böyle bir ayırım yapılmasının örneklem sayısını ciddi boyutta azaltacağı, dolayısıyla analizlerin güvenilirlik ve geçerliğini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmüştür. Dolayısıyla aktif tedavisi devam eden ve kontrol hastası olan çocuklar bir arada ele alınmıştır.

Son olarak, araştırmaya yalnızca kanser hastaları çocukların ebeveynlerinin dahil edilmesi, ebeveynlerdeki TSSB ve TSG düzeylerinin başka bir hastalığa sahip çocukların ebeveynlerin düzeyleriyle karşılaştırma imkanı sağlamamaktadır. Başka bir deyişle

araştırmada kontrol grubunun bulunmayışı da araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır.

7. KLİNİK GÖSTERGELER

Bu araştırmada 0-18 yař arası kanser hastası çocukların anne ve babalarında hem travma sonrası stres bozukluğu hem de travma sonrası gelişim düzeyleri ve bu düzeylerin olası belirleyici değişkenleri incelenmiştir. Dolayısıyla araştırma sonucunda elde edilen bulguların kanser hastası çocukların aileleriyle yapılacak klinik çalışmalara katkısı olabileceği dūřünülmektedir.

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinin travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde belirleyici rol oynayan bir faktör gelir düzeyi olarak belirlenmiştir. Ailelerin gelir düzeyi azaldıkça, travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde artış gözlemlenmiştir. Bir çok ailede anne veya baba ya da her ikisi çocuklarının tedavisi yüzünden işten ayrılma ya da yarı zamanlı işlerde çalışma durumunda kalmaktadır. Bu da ailenin gelir düzeyinde azalmaya yol açmaktadır. Hastalığın getirdiği psikolojik olumsuzlukların yanında maddi sıkıntılar da ailelerin hastalıkla bař etmelerini zorlaştırmaktadır. Hasta çocukların tedavilerinin ailelerin çalışma durumunu etkilemeyecek şekilde planlanabilmesi, ihtiyaç durumundaki ailelere maddi yardım sağlanabilmesi ya da hastalık tedavisinin masraflarının azaltılmasının hastalıkla mücadelede ebeveynlere olumlu yönde destek olacağı, dolyısıyla travma sonrası stres düzeylerinde azalmaya yol açabileceği dūřünülmektedir. Bu aşamada da sağlık bakanlıklarına, sivil toplum örgütlerine, hasta dayanışma derneklere önemli rol düştüğü vurgulanmalıdır.

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinde ruminasyonun, travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinde artışa yol açtığı belirlenmiştir. Travmatik olaya ilişkin ruminasyonun ebeveynlerin olaya ilişkin anılarını taze tuttuğu dolayısıyla travmatik stresi daha yüksek düzeyde yaşamalarına yol açtığı dūřünülmektedir. Alanda alışan psikolog veya psikiyatristlerin ailelerin ruminatif dūřünce içeriklerinin üzerinde çalışmalarının, zorlayıcı ruminasyonun planlı ruminasyonla yer değiştirmesi amacıyla çalışmalar yapmalarının ebeveynlerin bu travmatik süreci daha kolay atlattıklarını ve daha dūřük düzeyde TSSB geliştirmelerini sağlayacağı dūřünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular travma sonrası gelişim boyutunda ele alındığında, bazı değişkenlerin ebeveynlerin TSG düzeyleriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Annelerin babalar göre daha yüksek düzeyde TSG gösterdiği belirlenmiştir. Diğer çalışmalarla da tutarlılık gösteren bu bulgu, annelerin babalara göre daha fazla tedavi süreci içinde yer aldığını, çocukla daha fazla zaman geçirdiğini, travmatik süreci daha çok yaşadığını, dolayısıyla travma sonrası gelişimi de daha yüksek düzeyde yaşadığını düşündürmektedir. Babaların da tedavi süreci içine katılarak, çocukla daha fazla zaman geçirmesi sağlanarak daha fazla gelişim göstermelerinin sağlanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen diğer bir sonuç da, yükleme biçimlerinin ebeveynlerin TSG düzeylerinde belirleyici bir rol oynadığıdır. Kötü olayların önemlilik derecesi ve birleşik pozitif puanlar arttıkça TSG düzeyleri artmakta, iyi olaylar için önem derecesi arttıkça TSG düzeyleri azalmaktadır. Bu bulgular ışığında, psikoterapi sürecinde ebeveynlerin bilişsel süreçlerinin, yükleme biçimlerinin ele alınmasının bu kişilerin TSG yaşamalarında önemli roloyanacağını düşündürmektedir.

8. GELECEKTE YAPILACAK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada kanser hastası çocukların ebeveynlerinden oluşan örneklem grubunun çoğunluğunu düşük sosyoekonomik düzeyde ve düşük eğitim düzeyindeki aileler oluşturmaktadır. Dolayısıyla gelir düzeyi ve eğitim seviyesi gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin TSSB ve TSG düzeyleriyle ilişkilerinde sınırlı sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, daha geniş bir sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yelpazesine sahip bir örneklem grubunun belirlenmesinin daha ayrıntılı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Araştırmanın örneklemine ilişkin bir başka öneri de anne ve baba sayısı ile ilgilidir. Bu çalışmanın örnekleminde yeterli veriye ulaşma problemi sebebiyle anne ve baba farklı çocukların ebeveynlerini oluşturmaktadır. Dolayısıyla toplam anne ve baba sayısında da farklılık vardır. Yani bir hasta çocuğun tek ebeveyniyle çalışılmıştır. Gelecekte yapılan çalışmalarda bir çocuğun her iki ebeveyniyle çalışılarak aynı TSSB ve TSG'nin aynı koşullara sahip ebeveynlerde değerlendirilmesinin, cinsiyet açısından daha anlamlı sonuçlar ortaya çıkmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Son olarak, kanser hastası çocukların ebeveynlerinin yaşadığı psikolojik süreçlerin boylamsal çalışmalarla desteklenmesi, TSSB ve TSG düzeylerinin diğer ele ele alınan

değişkenlerle nedensellik ilişkisinde araştırılmasıyla ebeveynlerin bu zorlu süreci profesyonel destek ile daha az zararla atlatıp daha yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşamalarının sağlanabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- ADALETLİ Hilal (2009), *Kanserli Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul.
- AĞAOĞLU Leyla. - NOGAY Gülcan. (1999), "Kanserli Çocuk ve Adolesanlara Psikososyal Yaklaşım", A. Ekşi içinde, **Ben Hasta Değilim**, ss. 416-424, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- ALACACIOĞLU Ahmet (2007), *Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, (Tıpta Uzmanlık Tezi), İzmir.
- ALMEIDA Craig A. - BARRY Sheila A. (2010), "The Basics of Cancer", C. A. Almeida, & S. A. Barry içinde, **Cancer: Basic Science and Clinical Aspects**, ss. 3-7, West Sussex: Wiley- Blacwell.
- Amerian Psychiatric Association (2000), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision**, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BARAKAT L. P.- ALDERFER M. A. - Kazak A. E. (2006), "Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers", **Journal of Pediatric Psychology**, 31 (4), ss. 413-419.
- BARAKAT L. P.- KAZAK A. E.- GALLEGHER P. R.- MEESKE K., - STUBER M. (2000), "Posttraumatic Stress Symptoms and Stressful Life Events Predict the Long-term Adjustment of Survivors of Childhood Cancer and Their Mothers", **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 7 (4), ss. 189-196.
- BARAKAT L. P.- KAZAK A. E.- MEADOWS A. T.- CASEY R.- MEESKE K.- STUBER M. L. (1997), "Families Surviving Childhood Cancer: A Comparison of Posttraumatic Stress Symptoms with Families of Healty Children", **Journal of Pediatric Psychology**, 22 (6), ss. 843-859.
- BAYRAKTAR Seda (2008), *Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- BECK Aaron. T. (1967), **Depression: Clinical, Experimental and Cognitive Aspects**, New York: Harper&Row.
- BENNET H.- WELLS A. (2010), "Metacognition, Memory Disorganization and Rumination in Posttraumatic Stress Symptoms", **Journal of Anxiety Disorders**, 24, ss. 318-325.

- BERRARA M.- D'AGOSTINO N. M.- GIBSON J.- GILBERT T.- WEKSBERG R.- MALKIN D. (2004), "Predictors and Mediators of Psychological Adjustment in Mothers of Children Newly Diagnosed with Cancer", **Psycho-Oncology**, 13, ss. 630-641.
- BEST Mary.- STREISAND Randi.- CATANA Lori.- KAZAK Anna. E. (2001), "Parental Distress During Pediatric Leukemia and Posttraumatic Stress Symptoms(PTSS) after Treatment Ends", **Journal of Pediatric Psychology**, 26 (5), ss. 299-307.
- BOSTOCK Lucy- SHEIKH Alia I.- BARTON Stephen (2009), "Posttraumatic Growth and Optimism in Health-Related Trauma: A Systematic Review", **Journal of Clinical Psychology Med Settings**, 16, ss. 281-296.
- BREWIN Chris R.- HOLMES Emily A. (2003), "Psychological Theories of Posttraumatic Stress Disorder", **Clinical Psychology Review**, 23, ss.339-376.
- BRUCE Matt (2006), "A Systematic and Conceptual Review of Posttraumatic Stress In Childhood Cancer Survivors and Their Parents", **Clinical Psychological Review**, 26 ss. 233-256.
- CALHOUN Lawrence G.- TEDESCHI Richard. G. (1989-1990), "Positive Aspects of Critical Life Problems: Recollections of Grief", **Journal of Death and Dying**, 20 (4), ss. 265-272.
- CALHOUN Lawrence. G.- TEDESCHI Richard G. (2004), "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence", **Psychological Inquiry**, 15, ss. 1-18.
- CALHOUN Lawrence. G.- TEDESCHI Richard G. (2006), "Handbook of Posttraumatic Growth", L. G. Tedeschi, & R. G. Tedeschi içinde, **The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework**, ss. 3-23. NJ Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- CALHOUN Lawrence G.- CANN Arnie.- TEDESCHI Richard G.- MCMILLAN Jamie (2000), "A Correlational Test of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Religion and Cognitive Processing", **Journal of Traumatic Stress**, 13(3), ss. 521-527.
- CORDOVA Matthew J.- CUNNINGHAM Lauren L.- ANDRYKOWSKI Charles R. (2001), "Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study", **Health Psychology**, 20 (3), ss. 176-185.
- CRISS Wayne E. (1999), "**Kanserden Korunmak için Beslenme Rehberi**", (A. Baysal, Çev.) Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- ÇAVDAR Ayhan O. (2009), "Çocukluk Çağı Kanserleri", **Türkiye Bilimler Akademisi**, <http://www.tuba.gov.tr/tr/component/content/article/114-guncel-bilgiler/1025-cocukluk-cagi-kanserleri-451.html>, (03.02.2012).
- DALMAZ Amber, (2009), Süreğen Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Algıladığı Sosyal Destek Düzeyleri ve Başetme Biçimlerinin; Çocukların Travma Sonrası Stres ve Depresyon ve Öğrenilmiş Çaresizlik Belirtileri Geliştirmelerine Etkisi Açısından İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

- DİRİK Gülay (2006), Posttraumatic Growth and Psychological Distress among Rheumatoid Arthritis Patients: an Evolution within the Conservation of Resources Theory. Middle East Technical University, Institute of Social Sciences, (Unpublished Master Thesis), Ankara.
- DİRİK Gülay- KARANCI Nuray (2008), "Variables Related to Posttraumatic Growth in Turkish Rheumatoid Arthritis Patients", **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 15, ss. 193-203.
- DİRİK Gülay- SERTEL Pınar- KARTAL Mehtap (2011), "Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi", **Düzce Tıp Dergisi**, 13 (1), ss. 45-52.
- DIRKZWAGER Anna J.- BRAMSEN Inge- PLOEG Henk. M. (2003), "Social Support, Coping, Life Events, and Posttraumatic Stress Symptoms among Former Peacekeepers: a Prospective Study", **Personality and Individual Differences**, 34, ss. 1545-1559.
- DÜRÜ Çağay (2006), Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikolojisi Bilim Dalı, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara.
- ECHİVERRİ Aileen M.- JAEGER Jeff.- CHEN Jessica A.- MOOR Sally A.- ZOELLNER Lori A. (2011), "Dwellin in the Past: The Role of Rumination in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder", **Cognitive and Behavioral Practice**, 18, ss. 338-349.
- EHLERS Anke- CLARK David M. (2000), "A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder", **Behaviour Research and Therapy**, 38 (4), ss. 319-345.
- EHRING Thomas- FRANK Silke- EHLERS Anke (2008), "The Role of Rumination and Reduced Concreteness in the Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma", **Cognitive Therapy Research**, 32, ss. 488-506.
- EHRING Thomas- FUCHS Nicole- KLASENER Isabell (2009), "The Effects of Experimentally Induced Rumination Versus Distraction on Analogue Posttraumatic Stress Symptoms", **Behavior Therapy**, 40, ss. 403-413.
- EKER Doğan- ARKAR Haluk- YALDIZ Hülya (2001), "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12 (1), ss. 17-25.
- ELÇİ Özcan (2004), Otizmi Olan Çocuk Ailelerinde Sosyal Destek, Stres Düzeyi ve Başa Çıkma Stratejilerinin, Travma Sonrası Büyümeyi ve Tükenmişliği Yordama Düzeyi. ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü,(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- ELWOOD Lisa S.- MOTT Juliette- WILLIAMS Nathan L.- LOHR Jeffrey M.- SCHROEDER David A. (2009), "Attributional Style and Anxiety Sensivity as Maintenance Factors of Posttraumatic Stress Symptoms: A Prospective Examination of a Diathesis-Stress Model", **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 40, ss. 544-557.
- ENGELKEMEYER Sean M.- MARWIT Samuel J. (2008), "Posttraumatic Growth in Bereaved Parents", **Journal of Traumatic Stress**, 21(3), ss. 344-346.

- ESTLIN Edward J.- GILBERSTON Richard. J.- WYNN Robert F. (2010), "The Epidemiology of Childhood Cancer", E. Estlin, R. J. Gilberston, & R. F. Wynn içinde, **Pediatric Hematology and Oncology: Scientific Principles and Clinical Practice**, ss. 1-20. West Sussex: Wiley- Blacwell.
- FOA Edna B.- KOZAK Micheal J.- SALKOVSKIS Paul M. (1998), "The Validayion of a new obsessive- compulsive disorder scale: The Obsessive -Compulsive Inventory". **Psychological Assesment**, 10, ss. 206-214.
- FUEMMELER Bernard F.- MULLINS Larry. L.- MARX Brian P. (2001), "Posttraumatic Stress and General Distress among Parents of Children Surviving a Brain Tumor", **Children's Health Care**, 30 (3), ss. 169-182.
- GRAY Matt J.- PUMPHREY Jennifer E.- LOMBARDO Thomas W. (2003), "The Relationship Between Dispositional Pessimistic Attributional Style versus Trauma-specific Attributions and PTSD Symptoms", **Anxiety Disorders**,17, ss. 289-303.
- HAKSAL Pınar (2001), Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı ve Başaçıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- HO Samuel M.- CHAN Cecilia L.- HO Rainbow T. (2004), "Posttraumatic Growth in Chinese Cancer Survivors", **Psycho-Oncology**, 13, ss. 377-389.
- HO Samuel M.- CHAN Michelle W.- YAU, T. K. (2011). "Relationships Between Explanatory Style, Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms among Chinese Breast Cancer Patients", **Psychology&Health**, 26 (3), ss. 269-285.
- HO Samuel M.- CHU Kwung W.- YIU Jessie (2008), "The Relationship between Explanatory Style and Posttraumatic Growth after Bereavement in a Non-Clinical Sample", **Death Studies**, 32 (5), ss. 461-478.
- HO Samuel- RAJANDRAM Rama K.- CHAN Natalie- SAMMAN Nabil- MCGRATH Colman- ZWAHLEN Roger A. (2011), "The Roles of Hope and Optimism on Posttraumatic Growth in Oral Cavity Cancer Patients", **Oral Oncology**, 47, ss. 121-124.
- HOBFOLL Stevan E.- STEPHANS Marry. A. (1990), "Social Support During Extreme Stress: Consequences and Intervention", S. E. Hobfoll, & M. A. Stephens içinde, **Social Support: An Interactional view**, ss. 454-481. Oxford: John Wiley&Sons.
- HUTCHINSON Katherine. C.- WILLARD Victoria W.- HARDY Kristina K.- BONNER Melanie J. (2009), "Adjustment of Caregivers of Pediatric Patients with Brain Tumors: a Cross-sectional Analysis", **Psycho-Oncology**, 18, ss. 515-523.
- IMBACH Paul- KUHNE Thomas- ARCECI Robert J. (2011), "Incidence and Management of Childhood Cancer", P. Imbach, T. Kühne, & R. J. Arceci içinde, **Pediatric Oncology: A Comprehensive Guide**, ss. 1-5. New York: Springer.
- ISERİ Pervin. K.- ÖZTEN Eylem - AKER Ahmet T. (2006), "Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder is Common in Parents of Children with Epilepsy", **Epilepsy & Behavior**, 8, ss. 250-255.

- JOSEPH Stephan- LINLEY P. Alex (2005), "Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity". **Review of General Psychology**, 9, ss. 262 – 280.
- JOSEPH Stephan- LINLEY P. Alex.(2008),"Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress: An Integrative Psychosocial Framework", S. Joseph, & P. A. Linley içinde, **Trauma, Recovery, and Growth** ss. 3-21. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- JOSEPH Stephan- YULE William- WILLIAMS Ruth (1993), "Posttraumatic Stress: Attributional Aspects", **Journal of Traumatic Stress**, 6 (1), ss. 501-513.
- KARANCI Nuray- ERKAM Aslı (2007), "Variables Related to Stress-related Growth among Turkish Breast Cancer Patients", **Stress and Health**, 23, ss. 315-322.
- KARATEPE Hasan T. (2013), "Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 23 (3), ss. 231-241.
- KAZAK Anna E. (2005), "Evidence-based Interventions for Survivors of Childhood Cancer and their Families", **Journal of Pediatric Psychology**, 30 (1), ss. 29-39.
- KAZAK, Anna E., BOEVING C. Alexandra- ALDERFER Melissa A.- HWANG Wei-Ting.- REILLY Anne (2005), "Posttraumatic Stress Symptoms Durinh Treatment im Parents of Children with Cancer", **Journal of Clinical Oncology**, 23 (30), ss. 7405-7410.
- KAZAK Anna E.- STUBER Margaret L.- BARAKAT Lamia P.- MEESKE Kathleen- GUTHRIE Donald- MEADOWS Anne T. (1998), "Predicting Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers and Fathers of Survivors of Childhood Cancers", **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 8, ss. 823-831.
- KEBUDİ Rejin (2006), "Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım", **Türk Onkoloji Dergisi**, 21 (1), ss. 37-41.
- KESİMCİ Aslı- GORAL Sevinc F.- GENCOZ Tulin (2005), "Determinants of the Stress Related Growth: Gender, Stressfulness of the Event, and coping Strategies", **Current Psychology**, 24 (1), ss. 68-75.
- KIZILER Evrim (2007), Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi . GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- KRULİK Tamar- TURNER-HENSON Anne- KANEMATSU Yuriko- AL-MA'AITAH Rowiada- SWAN James- HOLADAY Bonnie (1999), "Parenting Stress and Mothers of Young Children with Chronic Illness: A Cross-Cultural Study", **Journal of Pediatric Nursing**, 14 (2), ss. 130-140.
- KUTLUK Tezer (2002), "Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi", **Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü**, ss. 161-170.
- KUTLUK Tezer- KARS Ayse (1996), "**Kanser Konusunda Genel Bilgiler**", Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara.

- LANDİS J. Richard- KOCH Gary G. (1977), "The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data", **Biometrics**, 33, ss. 159-174.
- LANDOLT A. Markus- VOLLRATH Margarete- RIBI Karin- GNEHM Hanspeter E.- SENNHAUSER Felix H. (2003), "Incidence and Associations of Parental and Child Posttraumatic Stress Symptoms in Pediatric Patients", **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 44 (8), ss. 1199-1207.
- LAUFER Avital- SOLOMON Zahava- LEVINE Stephen Z. (2010), "Elaboration on Posttraumatic Growth in Youth Exposed to Terror: The Role of Religiosity and Political Ideology", **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 45, ss. 647-653.
- LAZARUS Richard S. (1990), "Theory- Based Stress Measurement", **Psychological Inquiry**, 1 (1), ss. 3-13.
- LEPORE Stephan J.- COYNE James C. (2006), "Psychological Interventions for Distress in Cancer Patients: A Review of Reviews", **Annals of Behavioral Medicine**, 32 (2), ss. 85-92.
- LIBOV Barbara G.- NEVID Jeffrey S.- PELCOVITZ David- CARMONY Thomas M. (2010), "Posttraumatic Stress Symptomatology in Mothers of Pediatric Cancer Survivors", **Psychology & Health**, 17 (4), ss. 501-511.
- LINLEY P. Alex- JOSEPH Stephan (2004), "Positive Change Following Trauma and Adversity", **Journal of Traumatic Stress**, 17 (1), ss. 11-21.
- McKEEVER Victoria M.- HUFF Maureen E. (2003), "A Diathesis-Stress Model of Posttraumatic Stress Disorder: Ecological, Biological and Residual Stress Pathways", **Review of General Psychology**, 7 (3), ss. 237-250.
- MICHEAL G.- Taylor N.- Absolom K.- Eiser C. (2009), "Benefit Finding in Survivors of Childhood Cancer and their Parents: Further Empirical Support for the Benefit Finding Scale for Children", **Child: Care, Health and Development**, 36, ss. 123-129.
- MICHEAL Tanja- HALLIGAN Sarah L.- CLARK David M.- EHLERS Anke. (2007), "Rumination in Posttraumatic Stress Disorder", **Depression and Anxiety**, 24, ss. 307-317.
- NAGATA Shin-ichi- FUNAKOSI Syunichi- AMAE Shintaro- YOSHIDA Shigehiko- AMBO Hideo- KUDO Ako- et al. (2008), "Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Children Who Have Undergone Surgery for Congenital Disease at a Pediatric Surgery Department", **Journal of Pediatric Surgery**, (43), ss. 1480-1486.
- NEZİROĞLU Gizem (2010), Ruminasyon, Yaşantısal Kaçınma ve Problem Çözme Becerileri ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
- NOLEN-HOEKSAMA Susan (1991), "Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes", **Journal of Abnormal Psychology**, 100 (4), ss. 569-582.

- NOLEN-HOEKSAMA Susan- DAVIS G. Christopher (1999), " 'Thanks for Sharing that' Ruminators and their Social Support Networks", **Journal of Personality and Social Psychology**, 77, ss. 801-814.
- NOLEN-HOEKSAMA, Susan.- LARSON Judith (1999), "Coping with Loss", **Lawrence Erlbaum Associates**, Mahwah&London.
- NOLEN-HOEKSAMA Susan (1998) "The Other End of the Continuum: The Costs of Rumination", **Psychological Inquiry**, 9 (3), ss. 216-219.
- NORBERG Annika L.- PODER Ulrika- ESSEN Louise von (2010), "Early Avoidance of Disease and Treatment-Related Distress Predicts Post Traumatic Stress in Parents of Children with Cancer", **European Journal of Oncology Nursing**, ss. 1-5.
- O'LEARLY Virginia E.- ALDAY Cris S.- ICKOVIKS Jeanette R (1998), "Models of Life Change and Posttraumatic Growth", L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi, & C. L. Park içinde, **Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis**, ss. 127-151, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- ÖZLÜ Aslı (2007), "Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük ve Travma Sonrası Gelişim ile İlgili Özellikler", Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli.
- PARK Crystal L.- HELGESON Vicki S. (2006), "Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events-Current Status and Future Directions", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 74 (5), ss. 791-796.
- PATİSTEVA Evangelia (2005), "Description and Adequacy of Parental Coping Behaviors in Childhood Leukaemia", **International Journal of Nursing Studies**, 42, ss. 283-296.
- PAUL Marilyn- BERGER Roni- BERLOW N., ROVNER-FERGUSON H., FIGLERSKI L-GARDNER S., et al. (2010). "Posttraumatic Growth and Social Support in Individuals with Infertility", **Human Reproduction**, 1 (25), ss. 133-141.
- PELCOVITZ David., LIBOV Barbara G.- MANDEL Francine- KAPLAN Sandra- WEINBLATT Mark- SEPTIMUS Aliza (1998), "Posttraumatic Stress Disorder and Family Functioning in Adolescent Cancer", **Journal of Traumatic Stress**, 11 (2), ss. 205-221.
- PETERSON Christopher- SELIGMAN Martin E. (1984), "Causal Explanations as a Risk Factor for Depression: Theory and Evidence", **Psychological Review**, 91 (3), ss. 347-374.
- PETERSON Christopher- BUCHANAN Gregory M.- SELIGMAN Martin E. (1995), "Explanatory Style: History and Evolution of the Field", G. M. Buchanan, & M. E. Seligman içinde, **Explanatory Style**, ss. 1-20. Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- PETERSON Christopher- SEMMEL Amy- VON BAEYER Carl- ABRAMSON Lyn T.- METALSKY Gerald I.- SELIGMAN Martin E.P. (1982), "The Attributional Style Questionnaire". **Cognitive Therapy and Research**, 6,ss. 287-300

- PİRİ Serap- KABAĞÇI Elif (2007), "Düşünce-Eylem Kaynaşması, Yükleme Biçimleri, Depresif ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18 (2), ss. 1-10.
- PRATI Gabriele- PIETRANTONI Luca (2009), "Optimism, Social Support and Coping Strategies as Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis", **Journal of Loss and Trauma**, 14, ss. 364-388.
- RIES Lynn A.- EISNER M. P., KOSARY C. L.,- HANKEY Benjamin F.- MILLER Barry A.- CLEGG Limin (2005), "**SEER Cancer Statistics Review, 1975-2002**", Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- RILEY Linda P.- LAMONTAGNE Lynda L.- HEPWORTH Joseph T.- MURPHY Barbara A. (2007), "Parental Grief Responses and Personal Growth Following the Death of a Child", **Death Studies**, 31, ss. 277-299.
- ROTHBAUM Barbara O.- FOA Edna B.- RIGGS David S.- MURDOCK Tamera- WALSH William (1992), "A prospective Examination of Posttraumatic Stress Symptoms in Rape Victims", **Journal of Traumatic Stress**, 5 (3), ss. 455-475.
- SALSMAN John M.- SEGERSTORM Suzanne C.- BRECHTING Emily H.- CARLSON Charles R.- ANDRKOWSKI Micheal A. (2009), "Posttraumatic Growth and PTSD Symptomatology among Colorectal Cancer Survivors: a 3-month Longitudinal Examination of Cognitive Processing", **Psycho-Oncology**, 18, ss. 30-41.
- SAMIOS Christina- PAKENHAM Kenneth I.- SOFRONOFF Kate (2009), "The Nature of Benefit Finding in Parents of a Child with Asperger Syndrome", **Research in Autism Spectrum Disorders**, 3 (2), ss. 258-374.
- SAWYER Alexandra- AYERS Susan- FIELD Andy P. (2010), "Posttraumatic Growth and Adjustment among Individuals with Cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis", **Clinical Psychology Review**, 30, ss. 436-447.
- SCHAEFER Jeanne A.- MOOS Rudolf H. (1992), "Life Crises and Personal Growth.In B.N. Carpenter (Ed.), **Personal Coping: Theory, research and Application**,New York: Praeger.
- SCHAEFER, Jeanne A.- MOOS Rudolf H. (1998), "The Context for Posttraumatic Growth: Life Crises, Individual and Social Resources, and Coping." R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun içinde, **Posttraumatic Growth: Theory and Research on Change in the Aftermath of Crisis**, ss. 99-125. NJ Matwah: **Lawrence Erlbaum Associates**.
- SCHNEIDER Monica- STEELE Rose- CADELL Susan- HEMSWORTH David (2011), "Differences on Psychosocial Outcomes Between Male and Female Caregivers of Children with Life-Limiting Illness", **Journal of Pediatric Nursing**, 26 (3) ss. 186-199.
- SCHROEVERS,Maya. J.- HELGESON Vicki S.- SANDERMAN R.- RANCHOR Adelita V. (2010), "Type of Social Support Matters for Prediction of Posttraumatic Growth among Cancer Survivors", **Psycho-Oncology**, 19, ss. 46-53.
- SCHOEVERS Maya J.- TEO, Irene (2008), "The Report of Posttraumatic Growth in Malaysian Cancer Patients: Relationships between Psychological Distress and Coping Strategies", **Psycho-Oncology**, 17, ss. 1239-1246.

- SEPOL-DURAK Emre- AYVASIK Belgin (2010), "Factors Associated with Posttraumatic Growth Among Myocardial Infarction Patients: Perceived Social Support, Perception of the Event and Coping", **Clinical Psychology Med Settings**, 17, ss. 150-158.
- SEPOL-DURAK (2007), Environmental and Individual Resources. Perception of the Event, Cognitive Processing and Coping as Factors Leading to Posttraumatic Growth among The Survivors of Myocardial Infarction Patients and Their Spouses. **The Graduate School of Social Science of Middle East Technical University**, (Unpublished Master Thesis), Ankara.
- SIEGEL Karolynn- SCHRIMSHAW Eric W. (2000), "Perceiving Benefits in Adversity: Stress-related Growth in Women Living with HIV/AIDS", **Social Science & Medicine**, 51, ss. 1543-1554.
- STUBER Margaret. L.- CHRISTAKIS Dimitri A.- HOSEKAMP Barbara- KAZAK Anna E. (1996), "Posttrauma Symptoms in Childhood Leukemia Survivors and Their Parents", **Psychosomatics**, 37 (3), ss. 254-261.
- TAKU Kanako- CALHOUN Lawrence G- CANN Arnie- TEDESCHI Richard G. (2008), "The Role of Rumination in the Coexistence of Distress and Posttraumatic Growth among Bereaved Japanese University Students", **Death Studies**, 32, ss. 428-444.
- TAŞ Fatma (2009), "Kemoterapi Alan Çocukların Yaşadıkları Semptomların Yaşam Kalitesine Etkisi ve Ebeveynlerin Uygulamaları", Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir.
- TEDESCHI Richard G- CALHOUN Lawrence G. (1996), "The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma", **Journal of Traumatic Stress**, 9, ss. 455-471.
- TEDESCHI Richard G.- CALHOUN Lawrence G. (2004), "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence", **Psychological Inquiry**, 15, ss. 1-18.
- THOITS Peggy A. (1986), "Social Support as Coping Assistance" **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54 (4), ss. 416-423.
- TOKGÖZ Gül- YALUĞ İrem- ÖZDEMİR Samuray- YAZICI Ayten- UYGUN Kazım-AKER Tamer (2008), "Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim", **New Symposium Journal**, 46 (2), ss. 51-61.
- TOROS Fevziye- TOT Şenel- DÜZOVALI Öznur (2002), "Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri", **Klinik Psikiyatri**, 5, ss. 240-247.
- VERMAES Ignace P.- GERRIS Jan R- MULLAART, Reinier A- GEERDINK Niels- JANSSENS Jan M. (2008), "PMTS and Stress Response Sequences in Parents of Children with Spina Bifida", **European Journal of Pediatric Neurology**, 12, ss. 446-454.
- YILMAZ Banu (2006), "Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara.

- YORULMAZ Hatice- BAYRAKTAR Seda- ÖZDİLLİ Kürşat (2010), "Posttraumatic Growth in Chronic Kidney Failure Disease" **Procedia Social and Behavioral Sciences**, 5, ss. 2313-2319.
- YU Xiao-nan- LAU Jpseph T.F- ZHANG Jianxin, MAK Winnie W.S.- CHOI Kai C.- LUI Wacy W.S.- ZHANG Jianxin- CHAN Emily Y.Y. (2010), "Posttraumatic Growth and Reduced Suicidal Ideation among Adolescents at Month 1 after the Sichuan Earthquake". **Journal of Affective Disorders**, 123, ss. 327-331.
- ZIMET, Gregory D.- DAHLEM, Nancy W., ZİMET, Sara G.- FARLEY, Gordon K. (1988), "The Multidimensionel Scale of Perceived Social Support", **Journal of Personality Assesment**, 52(1), ss. 30-41.

EKLER

Ek. 1 SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ FORMU

EBEVEYN BİLGİLERİ

1. Çocukla olan bağıınız: _Annesi _Babası _Diğer (belirtiniz).....

2. Yaşınız:

3. Eğitim Düzeyiniz:

_Okuma-yazma bilmiyor _Ortaokul _Üniversite (Lisans)

_Okur-yazar _Lise _Yüksek Lisans-Doktora

_İlkokul _Yüksekokul (Ön lisans)

4. Medeni Durumunuz:

_Bekar _Boşanmış _Diğer (belirtiniz).....

_Evli _Eşi vefat etmiş

5. Evlilik Süreniz:

6.Çocuk Sayınız:

7. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

_Çalışmıyorum _Yarı Zamanlı Çalışıyorum _Tam Zamanlı Çalışıyorum

8. Ailenizin aylık geliri ne kadar?

_1000 TL'den az _1000-2000 TL arası _2000 TL ve üzeri

9. Herhangi bir hastalığınız var mı? _Hayır _Evet (belirtiniz).....

10. Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

_Hayır _Evet (belirtiniz)..... İlaç kullanımınız varsa (belirtiniz).....

ÇOCUK BİLGİLERİ

1.Cinsiyeti: _Kız _Erkek

2.Yaşı:

3.Hastalık Tanısı:

4. Teşhis Üzerinden Geçen Zaman:

5. Hastalık Evresi:

6.Daha önce aldığı tedavi şekli nedir? 7. Şu anda aldığı tedavi şekli nedir?

_Kemoterapi

_Kemoterapi

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _Radyoterapi | <input type="checkbox"/> _Radyoterapi |
| <input type="checkbox"/> _Cerrahi Operasyon | <input type="checkbox"/> _Cerrahi Operasyon |
| <input type="checkbox"/> _Ayaktan Tedavi | <input type="checkbox"/> _Ayaktan Tedavi |
| <input type="checkbox"/> _Yatarak Tedavi | <input type="checkbox"/> _Yatarak Tedavi |
| <input type="checkbox"/> _Diğer (belirtiniz)..... | <input type="checkbox"/> _Diğer (belirtiniz)..... |
| <input type="checkbox"/> _Daha önce herhangi bir tedavi | <input type="checkbox"/> _Şu anda tedavi almıyor. Çünkü..... |

almadı.

8. Çocuğunuzun hastalığı tekrar (nüks) etti mi? _Hayır _Evet

9. Çocuğunuzun tedavi sürecinin fiziksel yan etkileri var mı?

_Hayır _Evet (seçeneklerden uygun olan(lar)ı işaretleyiniz.)

_Halsizlik, yorgunluk

_Saç dökülmesi

_Bulantı, kusma ve iştahsızlık

_Ağrı

_Diğer (belirtiniz).....

10. Çocuğunuzun kanser dışında herhangi bir hastalığı var mı? _Hayır _Evet (belirtiniz).....

11. Çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumlu değişiklikler oldu?

.....
.....

12. Çocuğunuz kanser tanısı aldıktan sonra hayatınızda hangi olumsuz değişiklikler oldu?

.....
.....

Ek. 2 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını** belirtmek için o cümle altındaki **rakamlardan yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. **Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret** koyarak cevaplarınızı veriniz. **Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.** Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

Ek. 3 RUMİNATİF TEPKİ ÖLÇEĞİ

İnsanlar kendilerini çökkün hissettikleri zaman bir çok farklı şey düşünür ve yaparlar. Lütfen aşağıdaki maddelerden her birini okuyunuz ve **kendinizi keyifsiz, üzgün veya çökkün hissettiğiniz zamanlarda**, bu maddelerden her birini “neredeysen hiç”, “bazen”, “sıklıkla” veya “neredeysen her zaman” düşünüp düşünmediğinizi veya yapıp yapmadığınızı işaretleyerek belirtiniz. **Lütfen ne yapmanız gerektiğini değil, genellikle ne yaptığınızı belirtiniz.**

	Neredeysen Hiç	Bazen	Sıklıkla	Her Neredeysen Zaman
1. Ne kadar yalnız hissettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4
2. “Kendimi toparlayamazsam işimi yapamayacağım” diye düşünürüm.	1	2	3	4
3. Yorgun hissettiğimi ve ağrılarım olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
4. Bir işe odaklanmanın ne kadar güç olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
5. “Bunu hak etmek için ne yaptım?” diye düşünürüm.	1	2	3	4
6. Ne kadar pasif ve isteksiz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4
7. Neden çökkün olduğumu anlayabilmek için yakın zamanda yaşananları dikkatlice incelerim.	1	2	3	4
8. Artık sanki hiçbir şey hissetmediğimi düşünürüm.	1	2	3	4
9. “Niye kendimi kötü hissetmeyi bırakıp hayatımı yaşayamıyorum?” diye düşünürüm.	1	2	3	4
10. “Niye hep böyle tepki veriyorum” diye düşünürüm.	1	2	3	4
11. Bir köşeye çekilip neden böyle hissettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4
12. Ne düşündüğümü yazar ve bunu dikkatlice incelerim.	1	2	3	4
13. Yakın zamanda yaşadığım bir durumu düşünür, keşke daha iyi sonuçlansaydı derim.	1	2	3	4
14. “Bu şekilde hissetmeye devam edersem odaklanamayacağım” diye düşünürüm.	1	2	3	4
15. “Başkalarında olmayan sorunlar niye bende var” diye düşünürüm.	1	2	3	4
16. “Olup bitenlerle niye daha iyi başa çıkamıyorum?” diye düşünürüm.	1	2	3	4
17. Ne kadar üzgün hissettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4
18. Bütün yetersizliklerimi, başarısızlıklarımı, yanlışlarımı ve hatalarımı düşünürüm.	1	2	3	4
19. Hiçbir şey yapmaya isteğim olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4
20. Niçin çökkün hissettiğimi anlayabilmek için kişiliğimi incelerim.	1	2	3	4
21. Hislerim hakkında düşünmek için tek başıma bir yerlere giderim.	1	2	3	4
22. Kendime ne kadar kızgın olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4

Ek. 4 TRAVMA SONRASI GELİŞİM ENVANTERİ

Aşağıda çocuğunuzun hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

- 0= Böyle bir değişiklik yaşamadım
1= Bu değişikliği çok az derecede yaşadım
2= Bu değişikliği az derecede yaşadım
3= Bu değişikliği orta derecede yaşadım
4= Bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım
5= Bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	Hiç Yaşamadım					Aşırı derecede
1.Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2.Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3.Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
4.Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5.Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6.Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7.Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8.Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9.Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10.Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11.Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
12.Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13.Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14.Çocuğumun hastalığından sonra benim için yeni fırsatlar doğdu	0	1	2	3	4	5
15.Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16.İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17.Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18.Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19.Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20.İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21.Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

Ek. 5 TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların bir travmatik olayın ardından yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **travmatik olay olarak çocuğunuzun hastalığını düşünerek, geçtiğimiz ay içinde** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı işaretleyin.

0=hiç ya da yalnızca bir kez

2=haftada 2-4 kez/yarım gün

1=haftada bir ya da daha az/kısa bir süre

3=haftada 5 ya da daha fazla/nerede bütünü

	Hiç ya da Yalnızca Bir Kez	Haftada Bir ya da Daha Az/Kısa Bir Süre	Haftada 2-4 Kez/ Yarım	Haftada 5 ya da Daha Fazla/
1. Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi.	0	1	2	3
2. Bu travmatik olay ile ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme.	0	1	2	3
3. Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma.	0	1	2	3
4. Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme(örneğin korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama).	0	1	2	3
5. Bu travmatik olayı hatırladığımızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin ter boşalması, kalbin hızlı çarpması).	0	1	2	3
6. Bu travmatik olayı düşünmeme, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma.	0	1	2	3
7. Bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma.	0	1	2	3
8. Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama.	0	1	2	3
9. Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma.	0	1	2	3
10. Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma.	0	1	2	3
11. Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama).	0	1	2	3
12. Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek yaşamınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu).	0	1	2	3
13. Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama.	0	1	2	3
14. Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme.	0	1	2	3
15. Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma).	0	1	2	3
16. Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma, vb.).	0	1	2	3
17. Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde).	0	1	2	3

Ek. 6 YÜKLEME BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı olaylar belirtilmiştir. Sizden verilen her olayı dikkatlice okuyup, **bu olayın başınızdand geçtiğini hayal ederek (varsayarak)** olaya neyin neden olduğunu düşünmeniz ve olayla ilgili en önemli gördüğünüz tek bir nedeni boşluğa yazmanız istenmektedir. Daha sonra yazdığınız bu neden ve olayla ilgili soruları 1'den 7'ye kadar olan derecelendirme sisteminde, her şıkta size uygun sayıyı daire içine alarak işaretlemeniz istenmektedir.

Özetle sizden istenen şunlardır:

Verilen her bir olayı, dikkatle okuyup ve olayın kendi başınızdand geçtiğini düşünerek (varsayarak) mümkün olduğu kadar hayalinizde canlandırın.

Eğer böyle bir olay sizin başınızdand geçseydi, bu olayın ana nedeni (en önemli olan tek bir neden) ne olurdu, düşündüğünüz bu nedeni boşluğa yazınız.

Yazdığınız bu olay ve nedenle ilgili a,b,c,d şıklarındaki soruları cevaplariken, 1'den 7'ye kadar olan derecelendirme sisteminde, her şıkta size uygun gelen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Karşılaştığınız bir arkadaşınız görünüşünüzle ilgili olarak size iltifatta bulunuyor.

a- Sizce iltifat almanıza yol açan en önemli bulduğunuz tek nedeni aşağıya yazınız.

b- Arkadaşınızın size iltifat etmesinin bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa arkadaşınıza veya başka şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanmaktadır?

Tamamen arkadaşınıza veya başka şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İlerde tekrar bir arkadaşınızdand iltifat alırsanız, yukarda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mıdır?

Bir daha geçerli olmayacak. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca arkadaşınızdand görünüşünüzle ilgili iltifat almanızı mı etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca arkadaşınızdand görünüşümle ilgili iltifat almama etki eder. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdand bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu? Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

2. Uzun süreden beri iş aramakta olduğunuz halde iş bulamıyorsunuz.

a- Sizce iş bulamamanıza yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.

b- İş bulamamanızın bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlara veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanmaktadır?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İlerde tekrar iş aradığınızda, yukarda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mıdır? Bir daha geçerli olmayacak. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca iş bulmanızı mı etkiler yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca iş bulmama etki eder. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdand bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu? Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

3. Çok zengin oluyorsunuz.

a- Sizce çok zengin olmanıza yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.
.....

b- Çok zengin olmanızın bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İlerde zenginliğinizin devamında veya artmasında yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca zengin olmanızı mı etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca zengin olmama etki eder. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu?

Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

4. Derdini anlatmak için size gelen bir arkadaşınıza yardım için çaba göstermiyorsunuz.

a- Sizce arkadaşınıza yardım etmek için çaba göstermemenize yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.....

b- Yardım için çaba göstermemenizin bu nedeni size ait özelliklerden mi yoksa arkadaşınıza veya başka şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İlerde tekrar bir arkadaşınız derdini anlatmak amacıyla size geldiğinde yardım için çaba göstermediğinizde yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca yardım isteyen arkadaşınıza karşı davranışınızı mı etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca yardım isteyen arkadaşınıza karşı olan davranışınıza etki eder. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu?

Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

5. Bir topluluk karşısında yaptığınız önemli bir konuşmaya dinleyicilerin tepkisi olumsuz oluyor.

a- Sizce bu olumsuz tepkiye yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.
.....

b- Olumsuz tepki almanızın bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa dinleyicilere veya başka şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen dinleyicilere veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İleride tekrar yaptığınız önemli bir konuşmaya olumsuz tepki olduğunda yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Yukarıda belirttiğiniz bu neden yalnızca yaptığınız konuşmaya olumsuz tepki almanızı mı etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca yaptığım konuşmanın olumsuz tepki almasına etki eder. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu?

Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

6. Yaptığınız bir çalışma sonucu çok takdir ediliyorsunuz.

a- Sizce çalışmanızın takdir edilmesine yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.

b- Çalışmanızın takdir edilmesinin bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- Bir süre sonra tekrar bir çalışma sonucunda takdir edildiğinizde yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca çalışmanızın takdir edilmesini mi etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca çalışmamın takdir edilmesini etkiler. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu? Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

7. Karşılaştığınız bir arkadaşınız size kötü davranıyor.

a- Sizce arkadaşınızın kötü davranmasına yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.

b- Arkadaşınızın kötü davranmasının bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İleride tekrar bir arkadaşınız size kötü davrandığında yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca arkadaşınızdan kötü muamele görmeyi mi etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca çalışmamın takdir edilmesini etkiler. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu? Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

8. Başkalarının sizden yapmanızı istedikleri işlerin hepsini bitiremiyorsunuz.

a- Sizce istenilen işlerin hepsini bitirememenize yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.

b- İstenilen bu işlerin hepsini bitirememenizin bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İleride tekrar sizden istenilen işlerin hepsini bitiremediğinizde yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca sizden istenilen işlerin hepsini bitirememenizi mi etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca çalışmamın takdir edilmesini etkiler. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu? Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

9. Eşiniz (nişanlınız, flörtünüz veya bir arkadaşınız) son günlerde size her zamankinden daha fazla sevgi gösteriyor.

a- Sizce eşinizin (nişanlınız, flörtünüz veya bir arkadaşınız) size her zamankinden fazla ilgi göstermesine yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.....

b- Size daha fazla sevgi göstermesinin bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa eşinize (nişanlınız, flörtünüz veya bir arkadaşınız) ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka eşime 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait
ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İleride tekrar eşiniz (nişanlınız, flörtünüz veya bir arkadaşınız) size her zamankinden fazla ilgi gösterdiğinde yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca eşinizden (nişanlınız, flörtünüz veya bir arkadaşınız) her zamankinden fazla sevgi görmeyi mi etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca eşimden her 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine
zamankinden fazla sevgi görmeme etki eder etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu?

Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

10. Çok istediğiniz bir işe girebilmek için başvuruyorsunuz ve başvurunuz kabul edilerek işe giriyorsunuz.

a- Sizce işe kabul edilmenize yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.....

b- İşe kabul edilmenizin bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka eşime 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait
ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- İleride tekrar başvurduğunuz bir işe kabul edilerseniz yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca çok istediğiniz bu işe kabul edilmenizi mi etkiler, yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca çalışmamın takdir 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine
edilmesini etkiler. etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu?

Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

11. Nişanlınızla (flörtünüzle veya bir arkadaşınızla) buluşuyorsunuz, fakat umduğunuz gibi güzel vakit geçiremiyorsunuz.

a- Sizce umduğunuz gibi güzel vakit geçirememenize yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.....

b- Güzel vakit geçirememenizin bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa nişanlınıza (flörtünüze veya bir arkadaşınıza) veya başka şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen nişanlıma (flörtüme veya 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden
arkadaşıma ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. kaynaklanmaktadır.

c- İleride tekrar nişanlınızla (flörtünüzle veya arkadaşınızla) bulduğunuzda güzel vakit geçiremezseniz yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca nişanlınızla (flörtünüzle veya arkadaşınızla) bulduğunuzda iyi vakit geçirememenizi mi etkiler yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca nişanlımla (flörtümle veya arkadaşım) 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün
bulduğumda iyi vakit geçirmeme etki eder. yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu?

Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

12. Özel bir işte çalışıyorsunuz ve maaşınız artıyor.

a- Sizce maaşınızın artmasına yol açan en önemli bulduğunuz tek bir nedeni aşağıya yazınız.....

b- Maaşınızın artmasının bu nedeni size ait özelliklerden mi, yoksa başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden mi kaynaklanıyor?

Tamamen başka insanlar veya şartlara ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. 1 2 3 4 5 6 7 Tamamen bana ait özelliklerden kaynaklanmaktadır.

c- Bir süre sonra tekrar maaşınız arttığında yukarıda belirttiğiniz bu neden yine geçerli olacak mı?

Bir daha geçerli olmayacaktır. 1 2 3 4 5 6 7 Her zaman geçerli olacaktır.

d- Belirttiğiniz bu neden yalnızca maaşınızın artmasını mı etkiler yoksa hayatınızın başka yönlerinde de etkili olur mu?

Yalnızca maaşımın artmasına etki eder. 1 2 3 4 5 6 7 Hayatımın bütün yönlerine etki eder.

e- Başınızdan bu tür bir olay geçseydi, bu olay sizin için ne kadar önemli olurdu? Hiç önemli olmazdı. 1 2 3 4 5 6 7 Çok önemli olurdu.

EK 7. ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Kanser hastası çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişimin belirleyicileri; sosyal destek, ruminasyon ve yüklenme biçimleri
	SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç.Dr.Gülay Dirik
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	YL Öğr. Hazal Moğulkoç
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	1 yıl
	KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	120
	DESTEKLEYİCİ	-
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ / NİTELİĞİ	Anket çalışması / Yüksek Lisans tez çalışması	


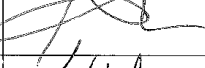
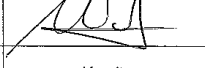

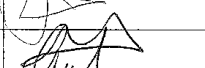

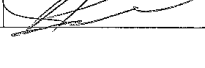
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı		Tarhi	Dili
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU		20.04.2012	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		20.04.2012	Türkçe
	ANKET FORMU		-	Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU		20.04.2012	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012-10/11	Tarih : 08 Mayıs 2012
	<p>Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Gülay Dirik'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda;</p> <p>1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna.</p> <p>2- Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun gönüllüye çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına.</p> <p>3- Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine.</p> <p>4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN					
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile ilişkisi	Katılım (*)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan Yardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Necdet KARLI Raporör	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Emel İRGİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Başka bir toplantıda
Doç.Dr.Mehtap BULUT Üye	Acil Tıp	Bursa Şevket Yılmaz EAH Acil Tıp Kliniği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Murat CİVANER Üye	Deontoloji	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Kurs'ta

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAGDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Kurs'ta
Uz.Dr.Serhat YALÇINKAYA Üye	Göğüs Cerrahisi	Bursa Yüksek İhtisas EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Zeynep Gözde TUNCER Üye	Eczacı	UÜ.SUAM	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbet Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ			
Adı, Soyadı	Hazal		MOĞULKOÇ
Doğum Yeri ve Yılı	İstanbul		01.08.1986
Bildiği Yabancı Diller	İngilizce		İyi
ve Düzeyi	İtalyanca		Zayıf
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı	Kurum Adı	
Lise	2001	2004	Fahrettin Kerim Gökay Anadolu Lisesi
Lisans	2004	2009	Uludağ Üniversitesi / Psikoloji Bölümü
Yüksek Lisans	2009	-	Uludağ Üniversitesi / Psikoloji Bölümü
Doktora			
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı	Çalışılan Kurumun Adı	
1.	2009	2012	Bursa Yeni Günebakan Rehabilitasyon Merkezi
2.	2012	-	Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlar	Türk Psikologlar Derneği		
Katıldığı Proje ve Toplantılar	<p>Mart 2013- BSRM ve KBRM için Bireyselleştirilmiş Rehabilitasyon Programı, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul</p> <p>Mayıs 2013- VI. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul</p> <p>Eylül 2012- halen NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, Bilimsel Nöropsikiyatri Toplantıları, İstanbul</p> <p>Mayıs 2011- V. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın</p> <p>Mart 2011- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psoriasis Hastalarına Sanat Terapisi Uygulaması, Bursa</p> <p>Eylül 2010- IV. Psikoloji Lisansüstü Öğrencileri Kongresi, ODTÜ, Ankara</p> <p>Ocak 2010- Sanayide Personel Seçme ve Yerleştirmede Kullanılacak Psikoteknik Değerlendirme Sistemi Prototip Üretimi (Coşkunöz Holding-TUBİTAK-TEYDEP 3080749 No'lu proje)</p> <p>Temmuz 2009- 14. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul</p> <p>Mayıs 2009- IV. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, İzmir</p> <p>Mart 2009- 1. Klinik Psikoloji Sempozyumu, ODTÜ, Ankara</p> <p>Temmuz 2008- 13. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Şubat 2007- Temmuz 2007- Erasmus Öğrenci Değişim Programı, Torino Üniversitesi, İtalya</p>		
Yayımlar:			
Diğer:			
İletişim (e-posta):	hzmogulkoc@gmail.com		
	Tarih	07.01.2014	
	İmza	Hazal MOĞULKOÇ	
	Adı Soyadı		

