MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME, BAĞLANMA STİLLERİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Gökçe Akın

181180143

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel

İstanbul

T. C. Maltepe Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Eylül, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

GÖKÇE AKIN'ın "Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerin Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Açısından İncelenmesi" başlıklı tezi 16.09.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/~~Doktora~~ tezi oy birliğiyle/~~oy çokluğuyla~~, başarılı/~~başarısız~~ olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr.Öğr.Üyesi Serhat YÜKSEL Doğuş Üniversitesi	.....
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Aslı EYRENCİ Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Barış ÖZDEMİR Maltepe Üniversitesi	.....

Prof. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	iv/88

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

16/09/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Gökçe Akın



Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

(Doküman No: FR-178; Yayın Tarihi: 01.03.2018; Revizyon Tarihi: ; Revizyon No:00)

TEŞEKKÜR

Hayatımın herhangi bir döneminde bana ve yolculuğuma katkısı olan herkese teşekkür ederim. Bu tezi oluşturan, hayatım boyunca bana bir şekilde dokunan herkes ve deneyimlediğim her şey.

Öncelikle kendisinden çok şey öğrendiğim ve öğreneceklerimin bitmeyeceği değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üys. Serhat Yüksel'e bilgilerini paylaştığı için, ulaşılabilir olduğu için ve bu süreçte beni desteklediği için çok teşekkür ederim. Onun bu süreçteki desteği bu çalışma için çok değerli. Tez sürecini birlikte yaşadığım dostum Zeynep Demirbilek'in elini her zaman sırtımda hissettim. Düştüğümüzde yara izlerimizle birlikte birbirimizi yerden kaldırdık. Bu yolda birlikte yürüdük ve akademik bilginin yanında kendimizle ilgili de çok şey öğrendik. Sırtımdaki el olduğu için Zeynep'e teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca bana dokunmuş ve beni bugünkü Gökçe yapmış tüm hocalarıma, lisans ve lisansüstü eğitimim üzerinde fazlasıyla etkisi olan değerli hocam Dr. Öğr. Üys. Hasan Galip Bahçekapılı'ya minnettarım.

'Travma Sonrası Büyüme' kavramını ilk defa Prof. Dr. Jeffrey Kottler'in eğitiminde duydum ve bu tezin yolculuğu başlamış oldu. Başka bir eğitimde ise Dr. John B. Arden'a tez konumu anlatma imkânı buldum ve kendisi verdiği geri bildirimler ile bu teze bir yön verdi. Kottler ve Arden'a, ayrıca bu eğitimlere katılmama neden olan biricik dostum Ayberk Özkoca'ya sonsuz minnet!

Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yolumun kesiştiği her hastaya, hasta yakınlarına, hastane çalışanlarına, Uzm. Dr. Gönül Zeren başta olmak üzere tüm doktorlara teşekkür ederim.

Her konuda desteklerini hissettiğim, tez sürecinde de yanımda olan ve hayatımda oldukları için kendimi şanslı hissettiğim canım ailem; annem Zeynep Akın, babam Mithat Akın, kardeşim Nihat Akın ve elimi asla bırakmayan kız kardeşim Ceren Şenel. İyi ki varsınız.

Öğrenmeye aç olduğum ve asla doymayacağım için, merakım için, kendime meydan okumaya ve düşe kalka büyümeye devam edeceğim için ve bu tezde sarf ettiğim emek için kendime teşekkür ederim.

Artık fiziksel olarak aramızda olmayan ama anılarımda her zaman en sevdiğim oyun arkadaşım olacak olan, sevgisini hala hissettiğim, eğitime ve öğrenmeye çok önem vermiş olan dedem Nihat Kadri Akın. Bana öğrettiğin her şey için minnettarım. Bu tezi sana ithaf ediyorum.

Gökçe Akın

ÖZ

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME, BAĞLANMA STİLLERİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Gökçe Akın
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel
Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstirüsü, 2019

Araştırmamızda Miyokard İnfarktüsü (MI) geçirmiş bireyler travma sonrası büyüme, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları açısından incelendi ve karşılaştırıldı. MI geçmişi olan bireyler ile MI geçmişi olmayan bireyler bağlanma stilleri açısından incelendi. Araştırmada MI geçmişi olan 119, MI geçmişi olmayan 43 katılımcı yer aldı. Araştırmada Travma Sonrası Büyüme Envanteri, İlişki Ölçekleri Anketi, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Sosyodemografik Form kullanıldı. Analiz sonuçlarına göre, MI geçmişi olan kadın katılımcıların travma sonrası büyüme puanlarının erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulundu (p= 0.014). Yaş değişkeni ile travma sonrası büyümenin alt ölçeklerinden başkalarıyla ilişkilerde değişim arasında zayıf bir pozitif ilişki bulundu (r= 0.204, p= 0.031). MI sonrası geçirilen süre arttıkça, travma sonrası büyüme de artmaktadır (p= 0.005). MI geçirmiş bireylerde travma sonrası büyüme ile saplantılı bağlanma (r= 0.287, p=0.002), dini başa çıkma (r= 0.203, p=0.033), geri durma (r= 0.226, p=0.018), duygusal sosyal destek (r= 0.240, p=0.011) ile pozitif, şakaya vurma (r= -0.200, p=0.035) ile negatif ilişki bulundu. MI sonrası geçen sürenin (p= 0.015) ve dini başa çıkma tutumunun (p= 0.032) travma sonrası büyüme için yordayıcı etkiye sahip olduğu bulundu (B= 0.985, t = 2.175, p < 0.001). MI geçmişi olmayan ve MI geçmişi olan bireyler bağlanma stilleri açısından incelendiklerinde, güvenli bağlanma (p= 0.005) ve kayıtsız bağlanma (p= 0.017) puanlarının MI geçmişi olan bireylerde daha yüksek olduğu, korkulu bağlanma puanının (p= 0.035) MI geçmişi olmayan bireylerde daha yüksek olduğu bulundu. Sonuçlar literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Miyokard İnfarktüsü, Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Tutumları.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF INDIVIDUALS WITH MYOCARDIAL INFARCTION IN TERMS OF POST TRAUMATIC GROWTH, ATTACHMENT STYLES AND COPING STRATEGIES

Gökçe Akın
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel
Maltepe University, Graduate School of Social Sciences, 2019

In our study, individuals with Myocardial Infarction (MI) were examined and compared in terms of posttraumatic growth, attachment styles and coping strategies. Also, Individuals with MI and individuals without MI were examined in terms of attachment styles. 119 people with MI and 43 people without MI participated in the study. In our study, Posttraumatic Growth Inventory, Relationship Scales Questionnaire, COPE Scale and Sociodemographic Form were used. According to the results of analysis, post-traumatic growth scores were higher in female participants with MI than male participants with MI (p = 0.014). A positive correlation was found between age variable and change in interpersonal relationships subscale of post-traumatic growth (r = 0.204, p = 0.031). As the duration after MI increased, post-traumatic growth also increased (p = 0.005). Post traumatic growth has positive correlation with preoccupied attachment (r = 0.287, p = 0.002), religious coping (r = 0.203, p = 0.033), restraint (r = 0.226, p = 0.018), use of emotional social support (r = 0.240, p = 0.011) and negative correlation with humor (r = -0.200, p = 0.035). The duration after MI (p = 0.015) and religious coping (p = 0.032) were found to have a predictive effect on posttraumatic growth (B= 0.985, t = 2.175, p < 0.001). Individuals without MI history and with MI history were examined in terms of attachment styles. Secure attachment (p = 0.005) and dismissing attachment (p = 0.017) scores were higher in individuals with MI history, fearful attachment score (p = 0.035) was found to be higher in individuals without a history. The results were discussed in the light of literature.

Keywords: Myocardial Infarction, Posttraumatic Growth, Attachment Styles, Coping Strategies.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... İİ
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... İİİ
TEŞEKKÜR iii
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
EK'LER xii
KISALTMALAR LİSTESİ xiii
SİMGELER LİSTESİ ii
ÖZGEÇMİŞ iii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Travma ve Travmatik Olaylar 1
1.2. Travmatik Yaşantılara Verilen Tepkiler 2
1.3. Travmatik Bir Yaşantı Olarak Miyokard İnfarktüsü 6
1.4. Travma Sonrası Büyüme 8
1.4.1. Travma Sonrası Büyümenin Boyutları 9
1.4.2. Benlik Algısındaki Değişimler 9
1.4.3. Başkalarıyla İlişkilerdeki Değişimler 10
1.4.4. Yaşam Felsefesindeki Değişimler 10
1.5. Başa Çıkma Tutumları 13
1.5.1. Başa Çıkma Tutumlarının Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi 14
1.6. Bağlanma Stilleri 16

1.6.1. Bağlanma Stillerinin Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi..... 19
1.7. Bağlanma Stilleri ve Beden Sağlığı Arasındaki İlişki..... 20
1.8. Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Etkileyen Diğer Değişkenler 21
1.8.1. Cinsiyet 21
1.8.2. Travmatik Olayın Üzerinden Geçen Zaman 22
1.8.3. Sosyal Destek 22
1.9. Araştırmanın Amacı 23
1.10. Araştırmanın Önemi 23
1.11. Varsayımlar 24
1.12. Sınırlılıklar 24
BÖLÜM 2. YÖNTEM 25
2.1. Araştırma Modeli 25
2.2. Katılımcılar 25
2.3. Veri Toplama Amaçları..... 28
2.3.1. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)..... 28
2.3.2. İlişki Ölçekleri Anketleri (İÖA)..... 29
2.3.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) 30
2.4. Demografik Form..... 30
2.5. İşlem..... 31
2.6. Verilerin Analizi..... 31
BÖLÜM 3. BULGULAR ve YORUMLAR..... 32
3.1. Bağlanma Stillerinin MI Grubu ve Sağlıklı Gruba Göre Değerlendirilmesi 32
3.2. MI Sonrası Süreye Göre Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi 33
3.3. MI Geçmişi Olan Katılımcılar Açısından Travma Sonrası Büyüme ve Diğer Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmalara Dair Bulgular 36

3.3.1. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılmasına Dair Bulgular 36
3.3.2. MI Geçmişi Olan Katılımcılar Açısından Travma Sonrası Büyüme ile MI Deneyimine İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılmasına Dair Bulgular 39
3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular 41
3.4.1. Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları 42
3.5. Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkilere Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları 44
3.6. Yorumlar 48
3.6.1. Travma Sonrası Büyüme ile MI Deneyimi 48
3.6.2. Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkiler 51
3.6.3. MI Deneyimi, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları 53
BÖLÜM 4. SONUÇ 56
4.1. Özet 56
4.2. Yargı 57
4.3. Öneriler 58
EK'LER 59
EK 1 59
EK 2 60
EK 3 61
EK 4 63
EK 5 64
EK 6 66
KAYNAKÇA 68

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. MI Geçmişi Olan Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri 26
Tablo 2. Katılımcıların MI Deneyimine İlişkin Bilgiler 27
Tablo 3. MI Geçmişi Olan ve Olmayan Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri 28
Tablo 3. MI Grubu ve Sağlıklı Grubun İÖA Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması33
Tablo 4. MI Grubu İÖA Korelasyon Analizi 33
Tablo 6. 0-6 Ay ve 7-24 Ay İçinde MI Geçmişi Olan Katılımcıların BÇTDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 35
Tablo 7. Kadın ve Erkeklerin TSBE Puanlarının Karşılaştırılması 36
Tablo 8. Bekar ve Evli Katılımcıların TSBE Puanlarının Karşılaştırlması 37
Tablo 9. MI Geçmişi Olan Katılımcıların İlköğretim ve Altı ile Lise ve Üstü Eğitim Seviyesinin TSBE Puanlarının Karşılaştırılması 37
Tablo 10. Birlikte Yaşanan Bireyler ile TSBE Toplam Puanlarının Karşılaştırılması38
Tablo 11. Sosyal Destek Değişkeni ile TSBE Puanlarının Karşılaştırılması 39
Tablo 12. MI Sayısı Değişkenine Göre Oluşturulan Grupların TSBE Puanlarının Karşılaştırılması 40
Tablo 13. MI Sonrası Süre Değişkeni ile TSBE Puanlarının Karşılaştırılması 41
Tablo 14.Yaş Değişkeni ile TSBE'ye İlişkin Korelasyon Analizi Puanları 42
Tablo 15. TSBE ve İÖA'ya İlişkin Korelasyon Analizi Puanları 43
Tablo 16. TSBE ve BÇTDÖ'ye İlişkin Korelasyon Analizi Puanları 44
Tablo 17.Cinsiyet, MI Sonrası Süre, Saplantılı Bağlanma, Dini Başa Çıkma, Geri Durma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı Değişkenlerinin TSBE Toplam Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları 45
Tablo 18. Cinsiyet, MI Sonrası Süre, Saplantılı Bağlanma, Dini Başa Çıkma, Şakaya Vurma ve Geri Durma Değişkenlerinin Benlik Algısında Değişim Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi 46
Tablo 19. Yaş, Saplantılı Bağlanma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı Değişkenlerinin Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi 47
Tablo 20. Cinsiyet, MI Sonrası Süre, Saplantılı Bağlanma ve Zihinsel Boş Verme Değişkenlerinin Yaşam Felsefesinde Değişim Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları 47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yetişkin Bağlanma Modeli (Bartholomew ve Horowitz, 1991)..... 18

EK'LER

EK 1. Bilgilendirmiş Onam Formu

EK 2. Travma Sonrası Büyüme Envanteri

EK 3. İlişki Ölçekleri Anketi

EK 4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

EK 5. Demografik Form

EK 6. Araştırma Sonrası Bilgilendirme Formu

KISALTMALAR LİSTESİ

MI : Miyokard İnfarktüsü

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ASB : Akut Stres Bozukluğu

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

İÖA : İlişki Ölçekleri Anketi

BÇTDÖ : Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

KABC : Koroner Arter Bypass Cerrahisi

SİMGELER LİSTESİ

Ort :	Ortalama
Ss :	Standart Sapma
Med :	Medyan
Min :	Minimum
Maks :	Maksimum
f :	Frekans
% :	Yüzde
N :	Toplam Sayı
P :	Anlamlılık Düzeyi
r :	Korelasyon Katsayısı
df :	Serbestlik Derecesi
α :	alpha, Cronbach iç tutarlılık
R :	Çoklu Korelasyon Katsayısı
B :	Standartlaştırılmış Çoklu Regresyon Katsayısı

ÖZGEÇMİŞ

Gökçe Akın

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim Dalı*
Y. Ls.	2019	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2017	Doğuş Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2012	Mustafa Saffet Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*	
2019	Okul Psikoloğu	Altın Çağ Anaokulu
2018	Stajyer	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2016	Stajyer	Beykoz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
2016	Stajyer	Ümraniye Devlet Hastanesi
2013	Gönüllü	Doğuş Üniversitesi Toplumsal Duyarlılık Projesi

Alınan Burslar/Ödüller

2017	Doğuş Üniversitesi Ders Dışı Etkinlik Ödülü
2016	Doğuş Üniversitesi Ders Dışı Etkinlik Ödülü
2012	ÖSYM Tam Lisans Bursu

Kişisel Bilgiler

Doğum Yeri ve Yılı	İstanbul, 1994
Cinsiyet	Kadın
Yabancı Diller	İngilizce
GSM	05398584607
E-mail	gokceakin2@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Travma ve Travmatik Olaylar

'Travma, konuşulamayan ve düşünülemeyen deneyimlere işaret eder. Ruh yarası. Kelimelere dökmekte zorlandığımız, insanın hayata tutunduğu yerleri törpüleyen, sıra dışı bir deneyim. Sıra dışılığı nadir oluşundan değildir, insanın hayata normal uyumunun sınırlarını zorladığı, bu sınırların dışına çıktığı içindir.' (Sayar, 2016).

Travma kelimesinin kökeni, Antik Yunan'da yara veya delip geçmek anlamına gelir ve askerlerin zırhının delinmesine gönderme yapılarak kullanılmıştır. Fiziksel savunmaya dayanan tanım, psikolojik travma anlayışı ile benzerlik gösterir. (Tummey ve Turner, 2008).

İnsanlar tarih boyunca yaşamları için tehdit oluşturan yaşam olaylarına maruz kalmışlardır. Travmatik olaylar, bireylerin ruhlarını ve bedenlerini farklı açılardan yaralayabilir. Travma; bireyin inançlarını ve amaçlarını değiştiren; stresle başa çıkma becerisini etkileyerek bireyin hayatını derinden sarsan yaşam olayları olarak tanımlanabilir. Bu tür olayları yaşamak, bireylerin yaşamlarının olay öncesi ve sonrası şeklinde ikiye ayrılmasına neden olabilir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) V'e göre; travma, gerçek ya da göz korkutucu bir ölümle, ağır yaralanmayla ya da cinsel saldırıyla ortaya çıkan, bireyin kendisinin başına gelmesi, bir başkasının başına geldiğine tanık olması, bir yakınının başına geldiğini öğrenmesi ya da örseleyici olayın sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici biçimde karşı karşıya kalmasıyla oluşan olağan dışı olaylardır (Köroğlu, 2013). Doğal afetler, kalp krizi gibi ölümcül hastalıklar, savaşlar, sevilen bir kişinin kaybı ve iş kaybı gibi yaşam olayları, bireylerin hayatını etkileyen yıkıcı olaylardandır (Ayaltı, 2015; Eren-Koçak, 2014; Leung, 2010; Tacon, 2003). Tsunami, deprem gibi olaylar doğa yoluyla gerçekleşen travmatik olaylar iken; tecavüz, saldırı, gibi olaylar insan eliyle gerçekleşen travmatik olaylardır (Tanhan ve Kardaş, 2014).

Bireyler travmatik yaşam olaylarına belirli tepkiler veririler. Travmatik olaylar, bireyin işlevselliğini bozup psikolojik stres deneyimlemesine neden olabilir (APA, 1994). Ayrıca, bireyin belirli alanlarda daha iyi işlevsellik gösterdiği travma sonrası büyüme olarak tanımlanan süreci deneyimlemesine yol açabilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Travmatik olaylara verilen farklı tepkiler, çeşitli değişkenler tarafından etkilenmektedirler. Travma sonrası olumlu tepkiler vermek; cinsiyet, yaş, kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, travma sonrası stres bozukluğunun şiddeti, bağlanma stilleri, sosyal destek gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Garnefski, 2008; Leung, 2010; Levine, 2008; Schmidt, 2012). Bu bölümde, öncelikle travmatik bir olay olan miyokard infarktüsü (MI) ile ilgili bilgiler paylaşıldıktan sonra, travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen belirli değişkenler ve değişkenler arasındaki ilişkiler ile ilgili literatür bilgisi paylaşılarak araştırmanın amacı, önemi ve sınırlılıkları aktarılacaktır.

1.2. Travmatik Yaşantılara Verilen Tepkiler

Travmatik olaylar yaşayan bireyler, travmatik olaylara çeşitli tepkiler gösterebilirler. Benzer yaşantılara bireyler tarafından verilen tepkiler farklı olabilir (Topçu, 2008). Bireylerin dünya ile ilgili temel inançlarında değişmeler olabilir. Dünyanın iyi bir yer olduğuna ve insanların güvenilir olduğuna dair güvenleri zedelenebilir. Bireylerde depresyon belirtileri, intihar girişimi, Akut Stres Bozukluğu (ASB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik sorunlara neden olabilir.

Travmatik yaşam olaylarına en sık verilen tepkiler üç grup altında toplanabilir. Bu tepkiler haftalar ya da aylar boyunca yaşanmazken, yıl dönümü gibi anımsatıcılar bireyin tepkileri tekrar deneyimelemesine yol açabilir. Travmatik olayın üzüncü anımsamaları şeklinde travmatik olayın tekrar tekrar deneyimlendiği tepkiler, ilk grubu oluşturur. Travmatik olay sırasında hayatta kalma sistemi devreye girer ve olay bellekte saklanır. Bu durum travmatik olayın tekrar yaşanması koşulunda birey için koruyucu bir işlevdir. Fakat birey korunmaya ihtiyaç duymadığında bu durum işlevini kaybeder. Duygular, düşünceler ve imgeler tekrar tekrar deneyimlenebilir. Tekrarlayan üzücü rüyalar ve kâbuslar ile uykusuzluk yaşamak da tekrar yaşanan tepkilerdendir. Uyku sırasında ani tepkiler ve irkilme görülebilir. Kalp atışının hızlanması, terleme gibi tepkiler, bedenin kişiyi koruma yöntemi olarak düşünülebilir. Fakat kabusların görülmesi bireyde kontrolsüzlük hissi ortaya çıkarabilir. Bunlara ek olarak, olay ile ilgili ‘‘flashback’’ler yaşanabilir. Flashbackler, travmatik olay tekrar yaşanıyormuş gibi tekrar deneyimlenmesidir. Kişi etrafında olanlar ile ilgili farkındalığını kaybedebilir. İkinci gruptaki tepkiler ise, hissizlik ve kaçınma tepkileri başlığı altında toplanabilir. Hayatta kalma sistemi devreye girdiğinden, birey travmatik olayı hiç yaşamamış gibi düşünebilir ve umursamaz davranabilir. Bunun gibi hissizlik tepkilerinde birey duygusal bir hissizlik

deneyimleyebilir. Kaçınma tepkileri, olayın birey tarafından konuşulmak istenmemesi şeklinde ortaya çıkabilir. Travmatik olayı hatırlatan durumlardan kaçınılır. Üçüncü grup tepkiler yüksek uyarılma tepkileridir. Güvende olunsa bile, tehlikeden korunmak için vücuttaki adrenalin hormonu düzeyi artar. Bu durum uykuya dalmakta güçlükler yaşanmasına sebep olabilir. Ayrıca bu durum bireyin sinirlilik ve öfke patlamaları yaşamasına, hafıza ve konsantrasyon sorunlarına da yol açabilir. Yüksek uyarılma tepkilerinden bir diğeri ise bireyin kendisinin veya başkasının güvenliği ile ilgili şiddetli kaygılarıdır. Bu durumun işlevi travmatik olayın tekrar yaşanması halinde hazırlıklı olunmasıdır. Fakat birey tehlike ile karşı karşıya değildir ve yüksek bir güvenliğe ihtiyacı yoktur. Abartılı irkilme tepkileri ve hızlı nefes alma, kalp atışının hızlanması gibi travmatik olayı anımsatan durumlarda bedenin verdiği tepkiler; diğer yüksek uyarılma tepkilerindendir. Ayrıca travmatik olay sırasında bireyin bedeni zarar gördüyse, bedenin zarar geldiği durumlar fiziksel olarak iyileşse dahi bu beden bölgeleri acıyı tekrar hatırlar ve yeniden deneyimler. Bu duruma 'beden anıları' ve tehlike durumuna karşı bir uyarı işlevi görür (Herbert, 2002).

Travma sonrası stres tepkilerinin tanısal sınıflandırma sistemlerinde ilk defa yer alması Vietnam Savaşından sonra cepheden dönen askerlerde görülen belirtiler ile olmuştur. Bu belirtiler, 'Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)' ismi ile DSM III'te (APA 1980) yer almıştır. TSSB, travmatik olayın ardından en sık görülen psikolojik rahatsızlıklardandır (Şakiroğlu, 2011). DSM V tanı kriterlerine göre TSSB tanısı konulması için, aşağıdaki yollardan birinin (ya da birçoğunun), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşılmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma deneyimleri yaşanmış olması gerekir:

1. Doğrudan örseleyici olaylar yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olayları, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşın başına örseleyici olaylar geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olayların sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma.

Belirtiler dört tanı kriteri grubunda toplanmıştır.

-Travmatik olayla ilgili istemsiz ve istenç dışı gelen anılar, sıkıntı veren düşler, örseleyici olayın yeniden oluyormuş gibi hissedildiği çözülme tepkileri, örseleyici olayı simgeleyen iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca ruhsal sıkıntı yaşama ve iç ve dış uyaranlara karşı fizyolojik tepki gösterme gibi yeniden deneyimleme belirtileri;

-Olayla ilgili iç ve dış anımsatıcılardan uzak durma gibi kaçınma belirtileri;

-Olayın önemli bir yönünü hatırlayamama, kendisi, başkaları veya dünya ile ilgili olarak abartılı olumuz inanışlar, kendini suçlama, olumsuz duygusal durum gibi duygudurum ve bilişsel değişimler;

-Öfke patlamaları, odaklanma güçlükleri, abartılı irkilme tepkileri, her an tetikte olma, uyku bozukluğu gibi uyarılma ve tepki gösterme belirtileri görülebilir. TSSB tanısı için belirtilerin bir aydan fazla sürmesi, işlevselliği bozması, madde kullanımı ve başka hastalıklarla açıklanamıyor olması gerekir. Bu belirtiler en az üç gün en çok bir ay sürmüş ise Akut Stres Bozukluğu (ASB) tanısı konulur (Köroğlu, 2013).

MI gibi hayatı tehdit eden bir yaşam olayı geçirmek ASB ve TSSB'ye neden olabilmektedir. MI geçiren hastalar 48-72 saat, beş ay ve 13 ay sonra incelenmiştir. İlk zaman diliminde, yaşadıkları olayı travmatik bir olay olarak değerlendirmemişlerdir. Fakat sonraki zaman dilimlerinde bu kişilerde TSSB gözlemlenmiştir (Castilla, 2011).

MI geçiren hastalarla yapılan başka bir araştırmada hastaların TSSB ve eşik altı TSSB yaşadıkları gözlemlenmiştir. Hayati tehdit algısı, MI geçirdikten birkaç gün içindeki ASB ve depresyon belirtilerinin yoğunluğu, MI'den önce psikolog veya psikiyatriste başvuru öyküsü olması ve kadın olmak TSSB için risk faktörleri olarak bulunmuştur (Roberge, 2010).

Travmatik olaylara maruz kalmış bireyler travma sonrasında ilişkilerin bozulması, temel inanç ve değerlerin yıkılması ve TSSB gibi negatif belirtiler gösterebilirler. Travma sonrasında belirli düzeyde bir stres yaşamanın, travma sonrası gösterilecek olumlu gelişmeyi pozitif anlamda etkilemektedir. Travma sonrasında yüksek derecede psikolojik sıkıntı yaşayan ve kaçınma davranışı gösteren katılımcılar, olumlu anlamda gelişme göstermişlerdir (Kashdan, 2011).

Teröre maruz kalmış ergen bireylerle yapılan bir araştırmada, travma sonrası büyüme ile TSSB ilişkisine bakılmıştır. İki kavram arasında doğrusal ve ters-U bir ilişki bulunmuştur. TSSB belirtileri eğrisel bir şekilde gözlenirken, travma sonrası büyüme

düzeyi ise doğrusal bir şekilde artmıştır. Orta düzeydeki TSSB belirtilerinin en yüksek düzeyde büyümeyi sağlayacağı sonucuna varılmıştır (Levine, 2008).

Travmaya verilen diğer tepkiler yas, acı ve mutsuzluk gibi süreçlerden olabilir. Ayrıca, fiziksel bir nedeni olmayan kronik ağrılar ortaya çıkabilir. Özellikle fiziksel ve cinsel travmatik olaylarda, cinsel ilişkiler de travmatik olaylardan etkilenebilir ve cinsellikten keyif almama durumu görülebilir. Ayrıca travmatik olay esnasındaki davranışlardan dolayı kendini suçlama ve başkasının yerine kendisinin ölmüş olması gerektiğini düşünme gibi suçluluk hisleri ve düşünceleri olabilir (Herbert, 2002).

Depresyon, travmatik olaylara verilen tepkilerdendir. DSM V tanı kriterlerine göre depresyon tanısı için bireyin aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha çoğunun bulunması gerekir.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya bireyin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırma (ajitasyon), ya da yavaşlama.
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz duyguları.
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur. Bu dönem maddenin ya da başka sağlık durumunun etkisine bağlanamaz, diğer psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz. Mani ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir (Köroğlu, 2013).

Kalp krizi gibi travmatik bir olay geçiren kişilerin orta düzeyde depresyon yaşadığı bulunmuştur (Crowe, 1996). Bir hastanenin acil servisinde hizmet alan katılımcılarla yapılan bir araştırmada ise depresyon ile TSSB'nin arasında komorbid durumlar olduğu bulunmuştur. Semptom şiddeti arttıkça ve işlevsellik seviyesi düştükçe, komorbidite artmıştır. Sadece TSSB yaşayanlar ile depresyon yaşayanlar karşılaştırıldığında, TSSB yaşayanların acil serviste kalp atış hızlarının daha yüksek olduğu, daha fazla rahatsız edici semptomlar yaşadıkları ve peritravmatik dissosiyasyon yaşadıkları bulunmuştur (Shalev, 1998).

TSSB'de beyin temelli yaklaşımın üç aşaması vardır. Bunlar; stabilizasyon (dengeyi sağlama), entegrasyon (birleştirme) ve travma sonrası büyümedir. Stabilizasyon aşaması travmaya maruz kalan bireyleri, olay sonrasında dengelemek ve sakinleştirmek amacıyla psikolojik desteğe yönlendirmeyi içerir. Akut Stres Bozukluğundan TSSB'ye ilerleme olmasını engellemek amacıyla uygulamalar yapılır. TSSB'de bellek sistemlerinin parçalandığı için ikinci aşama olan entegrasyon aşamasında açık ve örtük bellek sistemleri birleştirilir ve duygulanım da düzenlenerek uyumlu benlik algısı oluşturulur. Üçüncü aşama ise travma sonrası büyüme olarak tanımlanır. Bireyin travmatik olay sonrasında gelişmek için potansiyeli vardır. Bu büyüme ile yaşam yön ve anlam kazanır. Birey dünyayla ilişkisinde daha kabullenici davranışlar sergilerken travmasını anlamaya başlar ve travmatik olaylar yaşamış olmasına rağmen, benlik algısını, ilişkilerini ve hayat felsefesini genişlettikçe travma sonrası büyümeyi deneyimler. (Arden, 2015).

1.3. Travmatik Bir Yaşantı Olarak Miyokard İnfarktüsü

80.7 milyon yetişkini etkileyen kardiyovaskuler problemler, yaşamı tehdit eden hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Yaşam stilinin değiştirilmesi gereken karışık tedaviler uygulandığı için ve ölüm riskinden dolayı, kalple ilgili hastalıklar diğer kronik hastalıklardan farklıdır (Rohrbaugh ve diğerleri, 2002).

MI, miyokardiyal dokunun ani iskemik ölümü olarak tanımlanmaktadır. Klinik bağlamda genellikle bir koroner damarın trombotik tıkanmasından kaynaklanır (Frangogiannis, 2015). MI genellikle 20 dakikadan uzun sürer. Ağrı ve rahatsızlık çoğunlukla lokalize değil, dağınıktır. Semptomlara terleme, bulantı ve bayılma eklenebilir. Fakat bu belirtiler, MI ile sınırlandırılmış değildir. Belirtiler gastrointestinal, nörolojik, pulmoner veya kas-iskelet sistemi hastalıkları ile karıştırılıp yanlış tanılama

yapılabilir. Buna ek olarak MI, çarpıntı veya kalp durması gibi atipik semptomlarla veya hatta semptomlar olmadan ortaya çıkabilir. Örneğin, kadınlarda, yaşlılarda, diyabetik hastalarda veya ameliyat sonrası ve kritik olarak hasta hastalarda semptomlar olmadan ortaya çıkabilir. Bu hastaların dikkatli değerlendirilmesi tavsiye edilir (Thygesen, 2012). MI, dünya çapında ölüm ve yeti yitiminin ana nedenlerindendir. MI, koroner arter hastalığının ilk belirtisi olabilir ve hali hazırda koroner arter hastalığına sahip olan kişilerde tekrar tekrar ortaya çıkabilir (Thygesen, 2012).

Dünyada önde gelen sağlık problemlerinden olan MI, psikolojik stres yaratan ve yaşamı tehdit eden, ölümcül bir sağlık durumudur. MI, birey ve toplum için önemli psikolojik etkilere sahip olabilir. Akut MI yaşandıktan sonra yaşam tehditi devam eder. Hastalarda çeşitli komplikasyonlar ve tekrarlayan kardiyak olaylar gelişebilir (Fowles, 1995). Hastanın kontrolünün olmadığı, ani ve beklenmedik bir olay olduğu için yoğun bir stres yaşanır. Ayrıca, insanın özü olan sembolik anlamıyla kalbe verilen hasar, hastanın bütünlüğünü ve güvenliğini yitirmesine neden olarak, kalıcı bir savunmasızlık hissi oluşturabilir. Bu nedenle, MI'nin travmatik bir olay olduğu ve travma sonrası stres reaksiyonu için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Ginzburg, 2002).

Bireyler MI tanısı aldıktan sonra yoğun bir stres yaşayabilirler. Bu stres; tedavi sürecinin belirsizliği, bireylerin özellikle yalnızken tekrar MI geçireceklerine dair düşünceleri ve ölüm korkusu gibi nedenlerden dolayı bireylerin anksiyete yaşamalarına sebep olabilir (Senol-Durak, 2010).

MI geçiren hastalar, yoğun bir stres ve kontrol kaybı ile birlikte gerçek bir travma deneyimi yaşayabilirler. MI tarafından ortaya çıkan travmatik stres belirli bir dereceye ulaştığında ve en az bir ay sürdüğünde hasta TSSB tanısı alabilir (Abbas, 2009).

Toplam 116 MI hastası, olaydan bir hafta ve yedi ay sonra incelenmiştir. Hastalarda bir hafta sonraki değerlendirmelerde, ASB gözlemlenmiştir. Özellikle yüksek kaygılı kişilerde ve savunmacı başa çıkma tutumlarına sahip kişilerde ASB oranları daha yüksek olmuştur. Yedi ay sonraki değerlendirmelerde ise bu kişilerde TSSB gözlemlenmiştir (Ginzburg, 2002). Başka bir araştırmada, MI geçiren hastaların, olaydan beş ay sonra TSSB belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Olay üzerinden geçen süre arttıkça, TSSB belirtileri gösteren hasta sayısı azalmıştır (Castilla & Vázquez, 2011).

Kalp hastalarıyla yapılan bir araştırmada, kardiyak arrest teşhisi alıp hayatta kalan kişilerde; kaçınma davranışları, depresyon, somatik şikayetler, kalıcı bir moral bozukluğu

duygusu, anksiyete, geleceğe dair umutsuz duygular, sosyal aktivitelerin daraltılması gözlemlenmiştir (Ladwig, 1999).

Bireyler MI gibi travmatik olaylara depresyon gibi bir tepki verebilir ve depresyon ölüm oranlarını etkileyebilir. Altı aylık bir takip çalışmasında 12 hastanın kardiyak nedenlerden dolayı öldüğü bulunmuştur. Fakat depresyon yaşamanın ölüm oranları ile bir ilişkisi bulunmuştur (Frasure-Smith, 1993).

1.4. Travma Sonrası Büyüme

''Benim hastalığım bedenimin sınırları içinde, ama o ben değil... Evet, hastalığımı kutsamalıyım. Bir ruh bilimci için kişisel acı, bir nimet sayılır; varoluşun acılarıyla yüzleşilecek bir eğitim alanı. 'Beni öldürmeyen şey, beni güçlendirir.' Yine söylüyorum, hastalığım bir nimettir.'' (Yalom, Nietzche Ağladığında).

Travma sonrası büyüme kavramı literatüre sonradan eklense de acı çekmenin insanı bilge ve erdemli olmasını sağladığı düşüncesi edebiyatta ve dinsel öğretilerde daha önce de vurgulanmıştır. Ayrıca Kierkegaard ve Nietzsche gibi varoluşçu düşünürlere göre, travmatik olaylar yaşamın anlamını sorgulamamızı sağlar (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998).

Travmatik olaylar, birey üzerinde depresyon, ASB ve TSSB gibi negatif etkiler bırakabildiği gibi, pozitif etkiler de bırakabilir. Travmatik olay; benlik algısı, başkalarıyla ilişkiler ve yaşam felsefesi gibi alanlarda olumlu değişimler yaratabilir. Örseleyici olay sonrasında, olayla mücadele ile birlikte bireyde görülen bu olumlu değişimler, Tedeschi ve Calhoun tarafından travma sonrası büyüme olarak tanımlanmıştır. Bilişsel ve duygusal yaşantılarda davranışsal sonuçları olan, bireyin hayatına olumlu katkılar sağlayan değişimlerdir ve bireyin belirli alanlardaki işlevselliğini olumlu anlamda etkiler (Tedeschi & Calhoun, 1996). Çeşitli stres verici yaşam olayları deneyimleyen ve travmatik olaylardan kurtulan bireylerin %30'undan fazlasında travma sonrası büyüme gözlemlenmiştir. Bir yakının ölümü, cinsel saldırı, cinsel istismar, savaşlar, yangınlar, kanser, MI gibi hastalıklar travma sonrası büyümeyi etkin hale getiren önemli yaşam olayları olarak kabul edilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Büyüme, travmatik olayın sonucunda doğrudan ortaya çıkmaz. Travmatik olay deneyimleyen bireylerin hepsinde travma sonrası büyüme gözlemlenmez. Travma sonrası büyümeyi belirleyen en önemli faktör, bireyin travmatik olaydan sonra ortaya çıkan yeni

gerçeklik ile mücadelesidir. Tedeschi ve Calhoun bu deneyimi deprem metaforunu vererek açıklamışlardır. Psikolojik sismik bir olay anlamayı, karar vermeyi ve anlamlılığı tehdit edebilir. Bireyin bilişsel işleme ve yeniden yapılanma süreci, deprem sonrasında binaların yeniden inşasına benzetilebilir. Toplum depremden neyin, neden sarsıldığını öğrendiği için, binalar gelecekteki darbelere hazırlıklı olarak inşa edilir. Travmatik olay sonrasında bireyin değişmiş yeni gerçekliğini hesaba katan bilişsel yeniden yapılanma ile gelecekteki travmatik olayları içeren ve parçalanmaya dirençli yeni şemalar üretilir ve bu sonuç büyüme olarak deneyimlenir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

1.4.1. Travma Sonrası Büyümenin Boyutları

Travmatik olaydan sonraki büyüme bireyden bireye değişse de, büyüme çeşitli kategoriler altında toplanabilir. Travma sonrası büyüme çok boyutludur ve bireyler bir alanda büyüme yaşarken, diğerinde yaşamıyor olabilirler. Travma sonrası büyümenin farklı boyutları travmatik bir olaydan sonra başlayabilir ve her boyut için farklı süreçler oluşabilir. Travma sonrası büyüme envanteri farklı boyutların değişimine atıfta bulunur: başkalarıyla ilişki kurmak, kişiler arası davranışları içerir. Yeni olanaklar hedeflerdeki değşimi temsil eder. Kişisel güç, kimliğin değişmesini içerir. Manevi değişim ve yaşamın takdir edilmesi inanç sisteminin bazı yönlerindeki değişimi temsil eder (Tedeschi, 1999). Tedeschi ve Calhoun, bireyler travma sonrası büyüme yaşarken, bireylerin üç alanda değişme ve gelişme gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu alanlar; bireyin benlik algısı, başkalarıyla ilişkiler ve yaşam felsefesidir (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

1.4.2. Benlik Algısındaki Değişimler

Travma sonrası büyümenin önemli bir adımı, bireyin kendisini olayın kurbanı olarak değil de olayın sağ kalanı olarak algılamasıdır. Travmatik olaydan sonra hayatta kalanların bildirdiği kişisel güç algıları özgüvenin ve öz yeterliğin artması şeklindedir (Tedeschi, 1999). Travmatik olayın ardından bireylerin benlik algısında belirli değişimler gerçekleşebilir. Bireyin zorlu bir yaşam olayını atlattığı için kendisini daha güçlü olduğunu hissetmesi ve kendisini daha özgüvenli hissetmesi gözlemlenebilir (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998). Ayrıca bireyler yaşamın değerinin farkında daha fazla vardıkları için yaşamdaki belirli önceliklerini değiştirebilirler (Zoellner ve Maercker, 2006).

1.4.3. Başkalarıyla İlişkilerdeki Değişimler

Travmatik olaydan sonra bireylerin travmatik olayın sonuçlarını tartışma ihtiyacı, bireylerin kendilerini daha fazla açmalarına neden olabilir. Kendini açma, bireyin başkalarından sosyal destek almasını sağlayacak yeni davranışlarda bulunmasını sağlayabilir (Tedeschi, 1999). Bir diğer değişim alanı bireyin insan ilişkilerindeki değişimlerdir. Travmatik olaydan sonra bireyler ile daha sıcak ve derin ilişkiler yaşamaya başlayabilir. Bu bireyler; aile, komşular, arkadaşlar, diğer travma mağdurları ve yabancılarla ilişkileri kapsar. Ayrıca bireyin incinebilir olduğunu kabul etmesi de kendisini diğer insanlara daha çok açmaya, duygularını daha fazla ifade etmeye ve diğer insanlardan destek almayı daha kabullenir olmasına yol açabilir (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

1.4.4. Yaşam Felsefesindeki Değişimler

Travmatik bir olay yaşamak, bireyin hayatına bir anlam vermesine neden olabilir ve bu verilen anlam bireyin duygusal bir rahatlama yaşamasını ve hayatla ilgili yeni bir felsefe edinmesini sağlayabilir (Tedeschi, 1999). Zorlu bir yaşam olayının ardından birey bu olayı atlattığı için kendisine ikinci bir şans verilmiş gibi hissedebilir ve hayatın değeri üzerine düşünebilir. Bununla birlikte, yaşadığı her anın değerini bilmeye, küçük şeylerden mutlu olmaya başlayabilir (Tedeschi ve Calhoun, 2008). Travmatik olaylarla birlikte hayatla ilgili varoluşsal sorular sormaya başlayabilir. Yaşadığı olayın manevi bir karşılığı olduğunu düşünebilir. Bu sorgulama, ruhsal ve manevi alanlarda değişim yaratabilir (Arnold ve diğerleri, 2005). Yaşam felsefesinde değişimin en çarpıcı örneği Viktor F. Frankl'ın İnsanın Anlam Arayışı kitabında görülebilir. Toplama kampındaki deneyimlerini aktaran Frankl, yaşamın anlamını bulmanın yollarından birinin kaçınılmaz acıya yönelik bir tavır geliştirmek olduğundan bahsetmiştir. Kamptaki zor koşullara rağmen hayatları için anlam ve amaç bulan bireylerin hayatta kaldıklarından bahsedilmiştir. Kamptaki ölümlerin gerçek sebebinin yaşam ile ilgili umudun ve anlamın yitirilmesi olarak düşünülmüştür (Frankl, 2018).

Ayrıca bu boyutlara ek olarak, travma sonrası büyüme; yeni seçeneklerin fark edilmesi ve inanç sistemindeki değişimler gibi alanlarda değişiklikler yaratabilir. Amaçlar gözden geçirilerek yeniden düzenlenilir ve yeni seçeneklerin farkına varılır. Dini

inançların yeniden değerlendirilmesi ve varoluş üzerine sorgulama yaşanması; inanç sistemindeki değişimlerdendir.

MI geçiren hastalarda da travma sonrası büyüme gözlemlenmiştir. Bu konuda yapılan ilk çalışmalara bakıldığında, MI geçirdikten yedi hafta sonra algılanan fayda yüksek olan hastalarda tekrar MI geçirme oranı ve ölüm oranı azaldığı bulunmuştur (Affleck ve diğerleri, 1987). İkinci olarak, başa çıkma tutumlarının, beş büyük kişilik özelliği (nevrotizm, dışadönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk, öz-disiplin) ile çevresel faktörler arasındaki arabulucu rolü, travma sonrası büyümenin belirleyicisi olarak bulunmuştur. Problem odaklı baş etme stratejisi, dışa dönüklük ve travma sonrası büyüme arasında arabulucu bir role sahiptir (Sheikh, 2004).

Koroner arter hastalarının travma sonrası büyüme yaşadıkları bulunmuştur. Bu bireylerin, kendi hayatlarını daha yüksek düzeyde takdir ettikleri, kişisel olarak güçlendikleri ve diğer insanlarla daha iyi ilişkiler kurdukları bulunmuştur (Leung, 2010).

Psikolojik sağlamlığı yüksek olan koroner arter hastaları, fiziksel ve mental ölçümlerinde de daha başarılı sonuçlar gözlemlenmiştir. Altı dakikalık yürüme testinde başarılı olma oranları yüksektir ve kolesterol düzeyleri düşük çıkmıştır. Bu kişilerde travma sonrası büyüme gözlemlenmiştir ve psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme düzeyinin belirleyicisi olmuştur (Chan, 2006).

Koroner kalp hastalarında TSSB semptomları görülebildiği gibi, travma sonrası büyüme gözlemlenebilir. Yapılan çalışmada, travma sonrası büyüme düzeyinin koruyucu bir faktör olarak görev aldığı görülmüştür ve travma sonrası büyüme düzeyi yüksek olunca, TSSB belirtilerinin zararlı etkilerinden korunulmuştur (Bluvstein, 2013).

Travma sonrası büyümeyi açıklayan çeşitli modeller vardır. Tedeschi ve Calhoun tarafından bu gelişimin nasıl oluştuğuna dair travma ile başa çıkmak için bir model tanımlanmıştır. Bu model yedi ilkeden oluşmaktadır. (Tedeschi & Calhoun, 1995). İlkelere göre; gelişim, şemalar travmatik olay ile değiştiğinde başlar. Travmanın sadece kendisi değil de travmatik olaydan sonra olanlar, büyümeye neden olur. Bazı varsayımların yanlış olduğu ispatlanamaz. Bu varsayımlar travmatik olayın ilk sıkıntılarını azaltma konusunda destek sağlasa da değişim ve büyüme için olasılıkları azaltır. Travma sonrası yeniden yapılanma, gelişimin olması için pozitif değerlendirme içermelidir. Farklı türde olaylar, farklı türde gelişime neden olur. Kişilik özellikleri,

gelişim olanaklarına bağlıdır. Travmatik olay bireyin hayat hikayesinde merkezi bir yer edindiğinde gelişim gerçekleşir. Bilgelik, büyümenin bir ürünüdür.

Bir diğer model ise Schaefer ve Moss'un (1992) modelidir. Model, kişisel ve çevresel faktörler üzerine vurgu yapar ve bu faktörlerin olayla özgü faktörler ile birleşmesi üzerinde durur. Bu modele göre, travmatik olayı ve sonrasını, baş etme becerilerini belirleyen şey kişiler arası ilişkiler, sosyal destek gibi çevresel faktörler ve sosyodemografik değişkenler, iyimser yaklaşım, sağlık durumu, önceki travma tecrübeleri gibi kişisel faktörlerdir. Olaya özgü faktörler ise travmatik olayın şiddeti, etki süresi, zamanlaması ve bireyde yarattığı etkidir. Modeldeki bileşenler etkileşim halindedir. Travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen faktörler; bireysel özellikler, çevresel etkenler ve travmatik olay ile ilgili değişkenlerdir (Park, 1998). Travmatik olayın özellikleri, hem bilişsel değerlendirme yapmayı, hem de başa çıkma yanıtları vermeyi oluşturabilir. Bilişsel değerlendirmeler ve baş etme stillerinin sonucu olarak, krizden olumlu sonuçlar doğar (Senol-Durak, 2010). Koroner arter hastalarıyla yapılan bir çalışmada; genç olmak, sosyal desteğe sahip olmak, daha az depresif semptoma sahip olmak gibi değişkenlerin travma sonrası büyüme düzeyini pozitif olarak etkilediği bulunmuştur (Leung, 2010).

Schaefer ve Moss'un modelinde belirtildiği gibi çevresel faktörlerin, travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde önemli bir rolü vardır (Senol-Durak, 2010). Schaefer ve Moss'un modelinin incelendiği bir araştırmada, modelde belirtildiği gibi algılanan sosyal destek ve algılanan travmatik olay ile baş etme becerileri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. MI geçirmiş olan katılımcılar, sosyal desteğe sahip olduklarında travmatik olayı ve yaşamı daha az tehdit edici bulmuşlardır. Travma sonrası büyüme düzeyi üzerinde, sosyal desteğin etkisi vardır. Ayrıca sosyal desteğin, stres veren yaşam olaylarıyla baş ederken önemli bir rolü bulunmaktadır. Sosyal destek de bir baş etme becerisi sayılabilir (Senol-Durak, 2010).

1.5. Başa Çıkma Tutumları

İnsanlar yaşamlarını tehdit eden olaylarla karşılaştıklarında stres yaşayabilmektedirler. Travmatik yaşam olaylarına maruz kalanlar ve yakınlarının travmatik olaylar deneyimlemesiyle travmatik olaydan dolaylı olarak etkilenen bireylerde travmatik stres görülebilir (Yılmaz, 2007).

İlk defa 17. yüzyılda nesne ile ona dışarıdan uygulanan güç arasındaki ilişki için kullanılan stres kavramı, Robert Hook tarafından kullanılmıştır. Nesne, etki-tepki prensibiyle dışarıdan uygulanan güce karşı bir tepki verir. Bu kavramı sosyal bilimciler ise 18. yüzyılda kullanmışlardır. Nesne ile benzer şekilde, bireylere bir baskı uygulandığında çeşitli bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkiler verirler (Lazarus & Folkman, 1984).

Başa çıkma; stres verici bir olayın etkilerini aza indirmek için kullanılan bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerdir (Folkman, 1984). İnsanların stres verici olaylar ile başa çıkma tutumları 'Psikolojik Stres Kuramı' başlığı altında incelenmiştir. Başa çıkma süreci, geçmiş deneyimler, kişisel özellikler ve sahip olunan kaynaklar tarafından etkilenmektedir. Başa çıkma dinamik bir süreçtir ve bireyler zaman zaman farklı baş etme stillerini kullanır. Bir tutum farklı durumlarda farklı sonuçlara yol açabilir. Aynı tutum bir durumda işlevsel bir başa çıkma tutumuyken, farklı bir durumda işlevselliğini yitirebilir. Bundan dolayı bireyin başa çıkma repertuvarı genişletilmelidir. Başa çıkma ve değerlendirme Psikolojik Stres Kuramındaki iki kavramdır. Değerlendirme bireyin stres verici olaya verdiği cevaptır. Birey stres verici durum ile karşılaştığında olayla baş etmek için düşünce ve davranışlar sergiler. Başa çıkma bunu ifade eder. Başa çıkma yolları, problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olarak iki kategoride tanımlanmıştır. Problem odaklı başa çıkma yaklaşımında birey stres veren olayın tehdit edici durumuna yönelik mücadelede bulunur ve aktif olarak çaba gösterirken bilgi alma ve problem çözme becerilerini kullanır. Birey sahip olduğu kaynaklar ile birlikte problemle baş edebilir ve stres düzeyi azalır. Duygu odaklı başa çıkma yaklaşımı olumsuz duyguları kontrol almayı ve olumlu duygulara yönelmeyi içerir. Bunun için uzlaşma, negatif duyguları kontrol etme, gerçekten kaçma, sosyal destek arama yaklaşımları kullanılır. Bu yollara ek olarak, duyguları ifade etme, duyguları düzenleme becerisi ve olaya daha farklı bir pencereden bakma gibi bilişsel stratejiler de kullanılabilir (Smith ve Carlson, 1997). Duygu odaklı başa çıkma yaklaşımını kullanan bireyler karşılaştıkları

zorluğun üstesinden gelirken isteksizlik duyguları yaşarlar. Stres veren olayla karşılaşınca alkol kullanmak, televizyon izlemek gibi davranışlar ile farklı meşguliyetlerle uğraşarak kaçınmak duygu odaklı baş etme tepkilerindendir. (Folkman & Lazarus, 1980).

Schaefer ve Moss'un modelinde ise baş etme; kaçınmacı baş etme ve aktif baş etme olarak ikiye ayrılır. Kaçınmacı baş etme stilinde birey problem odaklı bir şekilde problemin çözümü olmadığını düşünerek duygularını dışa vurma eğilimindedir. Aktif baş etme stilinde ise birey olumlu bir bakış açısıyla birlikte problemi analiz eder ve çözüm için uğraşır (Schaefer & Moss, 1992).

Bahsedilen kurama ve başa çıkma tutumlarına ek olarak, kültüre özgü baş etme becerileri de olabilir. Kaderci başa çıkma tutumu (Kesimci, Göral & Gençöz, 2005) ve iyimser sosyal destek başa çıkma tutumu (Güneş, 2001) Türk kültürüne özgü tutumlardır. Kaderci baş etme yöntemini kullanan bir birey, stres veren olayı 'Allah vergisi' olarak görür ve bu olayı yaşamanın kaderinin bir parçası olarak düşünür. Bu tür bir kabullenme İslamiyet geleneğinden kaynaklanır. İyimser sosyal destek başa çıkma yöntemi bir diğer başa çıkma tutumudur. Türk kültürü sosyal açıdan birbirine bağlı bir kültürdür ve Türk kültüründe güçlü aile bağları bulunmaktadır. Bireyler, stres verici bir olay yaşadıklarında başkalarından sosyal destek almayı beklerler. Bu tür travmatik olaylar aile bağlarını güçlendirir ve bireyler sosyal destek aldıkça, stres verici olayla daha olumlu bir şekilde baş ederler. Bu iki başa çıkma tutumu, duygu odaklı başa çıkma tutumu altında değerlendirilebilir (Kesimci, 2005).

1.5.1. Başa Çıkma Tutumlarının Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi

Travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen faktörlerden biri, bireyin başa çıkma tutumlarıdır. Tedeschi ve Calhoun (2004), büyümede rolü olan faktörlerden birinin, bireylerin kendi duygularına ve krizlerine bakış açılarını, diğer bireylere açarak bunlarla meşgul olma ve diğer bireylerin duruma verdiği tepkiler olarak tanımlamıştır. Travmatik yaşam olayları ile baş ederken, sosyal destek arama yaklaşımı, bireylerin travma sonrası büyüme düzeyini olumlu etkiler. Ayrıca duyguların ifade edilmesi de büyümenin belirleyicilerindendir (Prati, 2009).

Travmatik olaylar, bireylerin dünya ile ilgili pozitif yaklaşımlarını sarsıntıya uğratmıştır. Başa çıkma tutumları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye bakıldığında, olumlu başa çıkma tutumlarının travma sonrası büyümeyi olumlu anlamda

etkilediği bulunmuştur. Çaresizlik ve korku hissetmek ile travma sonrası büyüme arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Arıkan ve Karancı, 2012).

Sosyal desteğe sahip olmak, stresli olayla baş ederken bireyleri destekler. MI geçirmiş hastalar, sosyal olarak desteklendiklerinde, travma sonrası büyüme düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca MI yaşayan hastalarda problem odaklı baş etme stilleri ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Senol-Durak, 2010).

Baskılayıcı başa çıkma stilleri, stres için tampon görevi görmüştür. MI geçirmiş kişiler ile yapılan bir araştırmada uzun dönem ve kısa dönemde baskılayarak baş etmek, kişilerin travmatik strese uyum göstermesini sağlamıştır. ASB oranlarına bakıldığında, yüksek anksiyeteli ve savunmacı başa çıkma tutumlarıne sahip olan hastalara göre, baskılayarak baş eden bireylerde daha az ASB gözlemlenmiştir. Yedi ay sonra baskılayarak baş edenlerin %7.1'i TSSB yaşarken, diğer başa çıkma tutumlarını kullananların %17.2 ve %20'si TSSB yaşamıştır. (Ginzburg, 2002).

Üç ila 12 ay içerisinde MI geçmişi olan bireylerle yapılan bir araştırmada travma sonrası büyümenin %24'ü başa çıkma tutumları ile açıklanmıştır. Kabullenmek, planlamak, ruminasyon, kendini suçlamak ve başkalarını suçlamak şeklinde travmatik olay ile baş etmenin, travma sonrası büyüme ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Olay ile olumlu yeniden değerlendirme şeklinde başa çıkmak, travma sonrası büyüme düzeyini olumlu anlamda etkilenmiştir (Garnefski, 2008).

Meme kanseri hastalarında, kanser gibi hayatı tehdit eden bir deneyimden sonra özellikle başkalarıyla kurdukları ilişkilerde, en az bir yararlı sonuç elde edildiği bulunmuştur. Hastaların başa çıkma tutumlarına bakıldığında; yarar bulmaya çalışma ve olumlu yeniden değerlendirme başa çıkma yolu ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Sears, 2003).

Travma ile başa çıkarken mizah önemli bir strateji olarak kullanılır ve travma sonrası büyüme düzeyini olumlu anlamda etkiler. Mizaha ek olarak olumlu yeniden değerlendirme ve araçsal desteğin de travma sonrası büyüme düzeyini arttırdığı bulunmuştur. İnkar ve kendini suçlama gibi başa çıkma tutumları ile travma sonrası büyüme arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Schroevers, 2008).

Ruhanilik ve ruhsal gelişim farklı kavramlardır. Ruhaniliğin, travma sonrası büyümeyi desteklemesi daha muhtemel görünmektedir çünkü anlam oluşturma sürecini

besleyen bir toplum desteği duygusu sağlamaktadır. Din ile başa çıkma stratejisi, ruhanilik ile benzer şekilde travma sonrası büyümeyi desteklemektedir. Dini başa çıkma ile travma sonrası büyüme düzeyi arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur. Bu durumun olumsuz bir duruma anlam vermek, zor bir durum üzerinde bir kontrol duygusu elde etmek için bir çerçeve görevi görmek, sıkıntı zamanlarında rahatlık sağlamak, dinsel topluluğun üyeleri ile yakınlık sağlamak ve büyük yaşam dönüşümleri yapmalarına yardımcı olmak gibi açıklamaları olabilir (Prati, 2009).

1.6. Bağlanma Stilleri

Doğada inek ile buzağının, koyun ile kuzunun, ördek ve yavrularının birlikte gezdiklerine şahit olunmuştur fakat neden birbirlerine eşlik ettiklerini düşünülmemiş olunabilir. Bu davranış iki özellikle nitelendirilebilir. Birincisi, diğer hayvanla yakınlığın sürdürülmesi ve yakınlığa zarar geldiğinde yakınlığın onarılmasıdır. İkincisi ise diğer hayvanın özgüllüğüdür. Yavru dünyaya geldikten sonra ebeveyni onu diğer yavrulardan ayırt edip ona karşı ebeveyn davranışı sergiler. Aynı zamanda yavru da ebeveynini diğer yetişkinlerden ayırıp, ona daha özel şekilde davranır. Bireyi tanımak ve bireye farklılaşmış davranış sergilemek, kuşlar ve memelilerin ebeveyn-yavru ilişkilerinde kuraldır. Yavru hayvan anneden farklı nesnelerde de yakınlık arayabilir, ama bu çok nadir gözüken bir durumdur (Bowlby, 1969).

Bağlanma davranışı, başka bir bireyden yakınlık arama ve bu yakınlığı sürdürme olarak tanımlanır. Bağlanma davranışı çeşitli hayvan türlerinde farklı özellikler gösterebilir. Maymunlarda bebeklik ve çocukluk döneminde anne ile daha güçlü bir bağ bulunur iken, bu bağ adölesan döneminde zayıflar. Çocuk ve anne arasındaki bağın benzeri birçok hayvan türünde de görülür. İnsan bebeğinin çok olgunlaşmamış doğması ve gelişiminin diğer türlere göre yavaş olmasından dolayı, bağlanma davranışının oluşması diğer türlere göre daha uzun zaman alır (Bowlby, 1969).

Bağlanma teorisi, insanın diğerlerine karşı güçlü sevgi bağları kurma eğilimini kavramsallaştırır. Bowlby, bu bağlantı sisteminin bebekler ve onların bakıcıları arasındaki tehlike veya tehdit koşulları altında yakınlığı sağlamak için evrimleştiğini öne sürmektedir (Bowlby, 1977).

Erken bağlanma ilişkilerinin niteliği, bebeğin bir güven kaynağı olarak bağlanma figürüne güvenme derecesine dayanmaktadır (Ainsworth, 1978). Ainsworth; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçıngan olmak üzere üç ayrı bağlanma stili belirlemiştir. Güvenli

bağlanma sınıfındaki bebekler bakım verenlerinden ayrıldıktan sonra onun dönüşünü beklerler, stres yaşadıklarında yakınlık ararlar ve kolayca yatışırlar. Kaygılı-kararsız bağlanma sınıfındaki bebekler, bakım verenlerine karşı ambivalan davranışlar sergilerler. Bakım verenleriyle kavuştuklarında çabuk rahatlayamazlar. Kaçıngan bağlanma sınıfındaki bebekler ise, bakım verenleriyle birleştiklerinde yakınlık kurmaktan ve etkileşimden kaçınırlar. Bebek bağlanma örüntülerinde iç tutarlılık, büyük ölçüde birincil bağlanma ilişkilerinin niteliğinin büyük ölçüde sürekliliğine bağlı gibi görünmektedir.

Bowlby'nin teorisine göre, çocuklar erken bağlanma ilişkilerini, aile dışındaki daha sonraki ilişkiler için bir prototip oluşturacak şekilde, bakım verenler ile yaşadıkları deneyimleri ile içselleştirmektedir. Bowlby (1973), bağlanma modelinin iki ana iç temsil özelliğini tanımlamıştır:

1. Bağlanma figürü olan kişinin, genel olarak destek ve koruma çağrılarına cevap veren kişi olarak değerlendirilip değerlendirilmediği;
2. Bağlanma figürünün pozitif bir şekilde yanıt verip vermediği.

Birincisi çocuğun diğer insanlara ait imajı ile ilgilidir; ikincisi, çocuğun benlik imajını ilgilendirir.

Bağlanma kuramının temel ilkelerinden biri, bağlanma ilişkilerinin yaşam boyunca önemli olmaya devam etmesidir (Ainsworth, 1982). Bowlby tarafından kavramsallaştırılan benlik ve diğerleri modeli, yetişkin bağlanma formlarının prototiplerini tanımlamak için birleştirilebilir (Bartholomew, 1990). Eğer bir kişinin benliğinin soyut imgesi pozitif veya negatif ise (kendisinin sevgi ve desteğe değer olup olmadığı) ve başkalarıyla ilgili imgesi pozitif veya negatif ise (başkalarının güvenilir ve ulaşılabilir olması veya güvenilmez ve reddedici olmaları) dört farklı kombinasyon kavramsallaştırılabilir.

Bağlanma teorisine göre, insanlar; kendileri, diğerleri ve ikisinin ilişkisi hakkında zihinsel bir temsile, içsel çalışma modeline sahiptir. Bu model ikiye ayrılır. Biri benliğin iç modeli, diğeri ise başkalarının iç modelidir. Her bir iç model, dört teorik bağlanma stili elde etmek için pozitif veya negatif olarak ikiye bölünebilir (Bowlby, 1969, 1973).

Benlik Modeli

Pozitif (Düşük)	Negatif (Yüksek)
1. Hücre	2. Hücre
Güvenli Yakınlık ve özerklik	Saplantılı İlişkilerde saplantılı
Kayıtsız Yakınlığa karşı kayıtsızlık	Korkulu Yakınlıktan korkma Sosyal olarak çekingen
3.Hücre	4. Hücre

Şekil 1. Yetişkin Bağlanma Modeli (Bartholomew ve Horowitz, 1991)

Şekil 1, dört bağlanma modelini göstermektedir. Her hücre, farklı insanların farklı derecelere yaklaşabileceği teorik bir modeldir. Birinci hücre, güvenli bağlanma stiline karşılık gelir. Güvenli bağlanma stilindeki bireylerin kendileriyle ilgili olumlu bir düşünceleri vardır. Başkalarıyla ilgili olumlu beklentileri vardır ve başkalarının güvenilir olduğuna inanırlar. Böylece başkalarıyla yakınlık kurabilme becerisine sahipken, özerk kalabilme becerisine de sahiplerdir. İkinci hücre saplantılı bağlanma stilini temsil eder. Başkalarının olumlu değerlendirme durumunu, kendilerinin değersiz ve sevilebilir olmama hisleriyle birleştirirler. Bu özellikler, bireyin değerli kendini başkalarına kabul ettirmeye çalışmasına yol açar. Saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler yakın ilişkilerde kendilerini kanıtlama eğilimi gösterirler. İlişkileri ile ilgili takıntılıdırlar ve ilişkilerden gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler. Üçüncü hücrede korkulu bağlanma stili bulunmaktadır. Bu stil güvenli bağlanma ile zıt şekilde özellikler göstermektedir. Bu stile sahip bireyler kendileriyle ilgili değersizlik duygularına ve başkalarına dair olumsuz beklentilerine sahiptirler. Başkalarının güvenilmez oldukları ve onları reddedecekleri beklentisi ile birlikte negatif bir duygu gösterirler. Bu beklentiler, ilişkilerine de yansır. Bu bireyler başkalarıyla yakın ilişkiden kaçınarak, kendilerini başkaları tarafından

reddedilmeye karşı korurlar. Dördüncü hücredeki kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler, diğer insanlara karşı olumsuz bir eğilim ile birlikte sevgi-değersizlik duygusunu gösterir. Bu insanlar, yakın ilişkilerden kaçınarak, bağımsızlık ve zarar görmezlik duygusunu koruyarak kendilerini hayal kırıklığına karşı korurlar. Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler, özerkliğe çok önem verirler ve başkalarına ve yakın ilişkilere olan gerekliliği savunmacı bir şekilde reddederler. Kayıtsız bağlanma stilindeki kişiler, özerklik duygusuna sahip olmak için, başkalarıyla ilişki kurmamayı göze alırlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.6.1. Bağlanma Stillerinin Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi

> *'Ateş ısıtılabilir veya yakıp yok edilebilir, su susuzluğu giderebilir veya boğabilir, rüzgar okşayabilir ya da kesebilir. İnsan ilişkileri de böyledir: Birbirimizi hem yaralayabilir ve yok edebilir, hem besleyebilir ve dehşet içinde bırakabilir, hem de travma yaşatabilir ve iyileştirebiliriz.' (Szalavitz, 2017).*

Travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen bir diğer faktör ise bağlanma stilleridir. Güvenli bağlanma stilleri ile kişisel güç, başkalarına olumlu bağlanma ve olumlu ruhsal değişim arasında pozitif bir ilişki varken, saplantılı bağlanma ve kaçıngan bağlanma ile negatif bir ilişki vardır. Güvenli bağlanma, travma sonrası büyüme düzeyini artırma üzerinde koruyucu bir rol oynamaktadır (Salo, 2005).

Güvenli bağlanma ile aktif başa çıkma, pozitif yeniden çerçevelendirme ve dini başa çıkma tutumları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca hepsinin travma sonrası büyüme ile de pozitif bir korelasyon içinde olduğu gözlemlenmiştir. Yeniden çerçeveleme ve dini başa çıkma tutumları, güvenli bağlanma ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi arttırmaktadır. Güvensiz bağlanma stilleri ile travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunamamıştır (Schmidt, 2012).

Başka bir araştırmada, güvenli bağlanma ile travma sonrası büyüme arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin büyüme düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Güvenli bağlanma, stres için bir tampon işlevi gördüğünden dolayı, güvenli bağlanma stiline sahip bireyler, güvensiz bağlanma stiline sahip bireyler kadar stres deneyimlememiş olabilirler ve başa çıkma tutumları ile travmatik olayın üstesinden gelmişlerdir. Baş etme nedenlerinden biri de bu bireylerin daha fazla sosyal desteğe sahip olmaları olabilir (Arıkan ve Karancı, 2012).

TSSB ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, güvenli bağlanmanın, TSSB üzerinde koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur. Korkulu bağlanma ve kayıtsız bağlanma stillerinin ise TSSB için bir risk faktörü olduğu gözlemlenmiştir (Oconnor, 2008).

1.7. Bağlanma Stilleri ve Beden Sağlığı Arasındaki İlişki

Olumsuz çocukluk deneyimleri, uzun vadede bireylerin mental ve bedensel sağlığını etkileyebilmektedir. Yetişkinlikte bu deneyimlerin, hastalığa yakalanma oranı, yaşam kalitesi, sağlık hizmetleri kullanımı ve ölüm oranları üzerinde rolü vardır. Çocuklukta maruz kalınan deneyimler belirli bölümlere ayrılmıştır. İstismar; fiziksel, psikolojik ve cinsel istismar olmak üzere üç kategori altında toplanmıştır. Çocuklukta maruz kalınan ev içindeki disfonksiyonlar için ev içinde madde bağımlılığına maruz kalma, ev içinde mental hastalığa sahip birinin bulunması, öz anne veya üvey annenin ev içinde şiddet uygulaması ve suç davranışı olmak üzere dört kategori vardır. Ayrıca sigara içme, şiddetli obezite, fiziksel aktivitenin azlığı, depresif duygulanım, intihar girişimi, alkolizm, uyuşturucu madde kullanımı, ebeveynin uyuşturucu madde kullanımı ve yaşam boyu cinsel partnerlerin sayısı gibi risk faktörleri tanımlanmıştır. Çocuklukta maruz kalınan olumsuz yaşam deneyimleri arttıkça, sigara kullanımı, obezite, depresif duygulanım, fiziksel aktivitenin azlığı ve intihar girişimi riskleri artmaktadır. Olumsuz çocukluk deneyimleri ile yetişkin ölüm oranları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yukarıda olumsuz çocukluk deneyimleri için tanımlanan kategorilerden dört ya da daha fazlasına maruz kalan kişiler, hiç maruz kalmayan kişilere göre alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, fiziksel hareketsizlik, obezite, depresyon ve sigara kullanımı konularında risk altındadır. Olumsuz çocukluk deneyimlerinin yedi kategorisi birbiriyle kuvvetli ilişki göstermektedir ve çocuklukta birden fazla maruz kalma kategorisine sahip kişilerin daha sonraki yaşamlarında birden fazla sağlık risk faktörü olması beklenir. Çocuklukta maruz kalınan kategoriler, bireylerin yetişkinlikte kalp hastalıkları, kanser, kronik akciğer hastalığı ve karaciğer hastalıkları sıklığını artırmıştır (Felitti, 1998).

Bağlanma stillerinin, beden sağlığı üzerinde etkisi vardır. Güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin ruhsal ve bedensel hastalıkları deneyimlemeye yatkın oldukları bulunmuştur. Somatoform bozukluklar, güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerde daha fazla gözlemlenmektedir. Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler, saplantılı bağlanma

stiline sahip bireylere göre daha yüksek risk altındadır. Ayrıca güvensiz bağlanma stiline sahip bireyler daha sık sağlık yardımı ararlar (Waller, 2004).

Kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerdde özellikle kardiyovasküler sistem ile ilgili hastalıklar görülmüştür. Kaygılı bağlanmaya sahip olmak ile psikiyatrik hastalığa sahip olmak arasında pozitif bir korelasyon bulunurken, güvenli bağlanma ile negatif bir korelasyon bulunmuştur. Güvenli bağlanma ile sağlık durumları arasında bir ilişki bulunamamıştır (McWilliams, 2010).

Meme kanseri olan kadınlarla yapılan bir araştırmada, kanser hastası olan katılımcıların kanser hastası olmayan katılımcılara göre daha fazla güvensiz bağlanma stiline sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca bu bireyler, ebeveynleriyle yakın ilişkiler kurmadıklarını bildirmişlerdir (Tacon, 2003).

Konjenital kalp hastalığı tanısı alan bebeklerin annelerinin bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumlarının incelendiği bir çalışmada; annelerin bağlanma stillerinin, mental sağlığı ve başa çıkma tutumlarini yordadığı görülmüştür. Konjenital kalp hastalığı ile baş ederken, kaçıngan bağlanma stiline sahip olmanın zayıf mental sağlık ve yardım aramada isteksizlik ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Duygu odaklı baş etme stratejisi, kaçıngan bağlanmaya aracılık ederek mental sağlığın değişmesine neden olmaktadır. Problem odaklı baş etme stratejisi ise tanı alındıktan iki hafta içinde mental sağlığa etki etmese de, bir yıl sonra mental sağlığı olumlu anlamda etkilediği gözlemlenmiştir (Berant, 2001).

1.8. Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Etkileyen Diğer Değişkenler

1.8.1. Cinsiyet

Kadınların travmatik olayların olumsuz etkilerinden muzdarip olmaları ve psikopatoloji geliştirmeleri daha olasıdır (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998). Ancak kadınların, erkeklerden daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme yaşadığı çeşitli araştırmalarda bulunmuştur (Arıkan ve Karancı, 2012; Güneş, 2001).

Prematüre doğan bebeklerini kaybeden ebeveynlerde, annelerin babalardan daha fazla psikolojik sıkıntı çektikleri, fakat travma sonrası büyüme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Büchi, 2007).

1.8.2. Travmatik Olayın Üzerinden Geçen Zaman

MI'den yedi hafta ve sekiz yıl sonra katılımcılar değerlendirilmiştir. Yedi hafta sonra yaşadıkları travmatik olaydan en az bir yarar sağladığını belirten bireylerin tekrar MI geçirme ve hastalık oranları daha düşük olmuştur (Affleck ve diğerleri, 1987).

Kafa travması geçiren bireyler olaydan 1-3 yıl ile 10-12 yıl arasında değelerlendirildiklerinde zaman içinde travma sonrası büyüme alt boyutlarında ve toplam puanında artış görülmüştür (Powell, 2007).

Travmatik olayın üzerinden geçen süre, travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen değişkenlerden biridir. Özellikle travmatik olayın şiddeti daha yüksek olduğunda, süre ile birlikte travma sonrası büyümenin de arttığı bulunmuştur. Meme kanseri tanısı alındıktan sonra bir yıl geçmesi ve travmatik stresin yüksek oluşu travma sonrası büyüme ile ilişkilidir (Sears, 2003).

İki hafta içinde kanser tanısı alan kadınlarla kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Bu katılımcılar üç, altı, 12 ve 18 ay sonra yeniden değerlendirilmiştir. Altı ay sonra değerlendirildiklerinde kanser tanısından dolayı oluşan streste ve travma sonrası büyüme düzeyine artış bulunmuştur (Groarke, 2017).

Kardiyak hastalıklar geçirdikten en fazla altı ay sonra görüşüldüğünde katılımcıların orta düzeyde travma sonrası büyüme yaşadığı bulunmuştur. Altı ayın kısa bir süre olduğu vurgulanırken, olaydan sonraki zaman arttıkça travma sonrası büyümenin de artacağı beklenmektedir (Bluvstein, 2013).

1.8.3. Sosyal Destek

Travmatik olayı yaşayan bireyin, olaydan sonra ailesinden, arkadaşlarından ve yakın çevresinden sosyal destek alması, travma sonrası büyüme düzeyini olumlu anlamda etkilemektedir. Travma sonrası büyüme teorisyenleri, daha fazla sosyal desteğe sahip olan insanların travma sonrası büyümeyi deneyimleme ihtimalinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çünkü destek ile birlikte duygusal rahatlama sağlanır ve bu da yeni şemaların gelişimini arttırıp, travmatik olaydan sonra hayatta kalanlar için başa çıkma olasılıklarını güçlendirir (Calhoun ve diğerleri, 1998). Birçok araştırmada sosyal destek ile travma sonrası büyüme arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur (Ayaltı, 2015; Leung, 2010; Senol-Durak, 2010). Kalp hastalarının dahil edildiği bir çalışmada, sosyal desteğe sahip olan katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur

(Senol-Durak, 2014). Başka bir araştırmada meme kanseri olan kadınlar, sosyal çevrenin duygusal olarak desteklediğini ve bundan dolayı travmatik olayın daha olumlu olarak değerlendirildiklerini bildirmiştir (Sears, 2003).

1.9. Araştırmanın Amacı

MI gibi travmatik yaşantılar, bireylerin hayatlarını olumlu ya da olumsuz açılardan etkileyebilmektedir. Travmalara verilen olumlu ve olumsuz tepkiler, birçok değişkenden etkilenmektedir. Kişilik özellikleri, bağlanma stilleri, sosyal desteğin varlığı, travmanın şiddeti, baş etme becerileri gibi değişkenler travma sonrası büyüme yaşanmasında etkisi olan değişkenlerdir. Araştırmamızda, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumlarının travma sonrası büyüme üzerine olan etkisi incelenmektedir. Ayrıca MI geçmişi olan ve olmayan bireyler bağlanma stilleri açısından incelenecektir. Araştırmada MI geçmişi olan hastalar özelinde aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

1) MI geçirdikten sonra geçen süre (0-6 ay ile 7-24 ay) arttıkça, travma sonrası büyümenin de artacağı beklenmektedir.
2) MI geçmişi olan kadın katılımcıların travma sonrası büyüme puanlarının erkek katılımcılara göre daha yüksek olacağı beklenmektedir.
3) Problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarının, travma sonrası büyüme puanları ile pozitif bir ilişki göstermesi beklenmektedir.
4) Bağlanma stilleri ile travma sonrası büyüme arasında bir ilişki vardır. MI geçmişi olan bireyler için güvenli bağlanma ile travma sonrası büyüme puanları arasında pozitif bir ilişki olacağı beklenmektedir.
5) MI geçiren ve geçirmeyen bireyler bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldıklarında, MI geçmişi olan bireylerin saplantılı bağlanma, kayıtsız bağlanma ve korkulu bağlanma puanlarının MI geçmişi olmayan katılımcılara göre daha yüksek olacağı beklenmektedir.

1.10. Araştırmanın Önemi

MI, bireylerin hayatlarını çeşitli açılardan etkilemektedir. Travma sonrası büyüme ile ilgili literatür incelendiğinde, MI hastaları ile ülkemizde yapılan araştırmaların kısıtlı olduğu gözlenmektedir. Bu açıdan bu çalışmanın sağlık psikolojisi alanına katkıları olacağı düşünülmektedir. Ayrıca MI yaşayan katılımcılar travma sonrası büyüme açısından incelendiğinde, travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen faktörler

keşfedilecektir ve bu faktörler ruh sağlığını koruma açısından klinisyenlerin girişimlerinde kullanılabilir. Araştırmada başa çıkma tutumlarının ve bağlanma stillerinin travma sonrası büyüme üzerindeki etkisi incelenecektir. Sonuçlar travmatik olayın olumsuz etkilerini azaltıp olumlu etkilerini arttırmak için yapılacak çalışmalarla ilgili girişimlerin öncüsü olabilir. Yapılacak çalışmalar ile MI geçirmiş bireylere farklı başa çıkma tutumları öğretilebilir. Ayrıca, travmaya verilen olumsuz tepkiler üzerindeki spot ışığı zayıflatılacak ve olumlu tepkiler üzerine de vurgu yapılacaktır.

Bağlanma stilleri ile travma sonrası büyüme ilişkisi açısından literatürde çeşitli bulgular vardır. Bazı araştırmacılar güvenli bağlanma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bazı araştırmacılar ise güvensiz bağlanma ile ilişki bulmuşlardır. Bu araştırmada bu ilişki MI geçmişi olan katılımcılar özelinde incelenecektir. MI geçmişi olan katılımcılar için travma sonrası büyüme düzeyinin farklı zamanlarda karşılaştırılmasını içeren kısıtlı bulgu vardır. Farklı araştırmalarda zaman ile birlikte düzeyde artış olacağı düşünülmüştür. Bu araştırmada bu karşılaştırma için imkan olacaktır.

Bireylerin beden sağlığı ve ruh sağlığı arasında bir etkileşim vardır. Daha önce belirtildiği gibi, güvensiz bağlanma stillerine sahip olan bireylerin bazı hastalıklara daha meyilli oldukları bulunmuştur. MI geçiren bireylerin güvensiz bağlanma stillerine sahip olmaları, MI riskini artırmış olabilir. MI geçmişi olan ve olmayan katılımcılar bu açıdan incelenecektir ve bu araştırmanın bu açıdan literatüre katkısı olacaktır.

1.11. Varsayımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların evreni temsil ettiği varsayılmıştır. Ayrıca kullanılan veri toplama araçlarının uygun olduğu ve katılımcıların ölçek maddelerini içtenlikle yanıtladığı varsayılmıştır.

1.12. Sınırlılıklar

Katılımcılardan alınan cevaplar kullanılan veri toplama araçları ile kısıtlıdır. Bu araştırmanın sınırlılıklarından biri budur. Ayrıca MI yaşamış bireylerde travma sonrası büyüme düzeyi incelenirken, MI geçmişi olmayan demografik özellikleri benzer sağlıklı bir grup oluşturulmamış olması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma nicel ve kesitsel bir çalışmadır. Farklı zamanlarda MI geçmişi olan bireyler incelendiler. Ayrıca ilişkisel analizler de kullanıldı.

2.2. Katılımcılar

Araştırma için MI geçmişi olan bireylere ulaşıldı. Gerekli izinler alınarak, Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kardiyoloji servisinde yatmakta olan hastalar ile kardiyoloji polikliniğine ayaktan kontrol amaçlı gelen MI hastaları ile görüşüldü. Katılımcıların 0-24 ay içindeki bir zamanda MI geçirmiş olmalarına dikkat edildi. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandı. Araştırmaya katılan 119 MI geçmişi olan katılımcı verisi üzerinden yürütülen uç değer analizinin yapılmasının ardından katılımcı sayısı 112 olarak belirlendi. Katılımcılar, MI geçmişi olan, yaşları 31 ile 90 aralığında değişen (Ort = 58.45, ss=11.21) 25 kadın (% 22.3) ile 87 erkekten (% 77.7) oluşmaktadır. MI geçmişi olan bireyler ile olmayan bireylerin bağlanma stillerini karşılaştırmak için bir grup daha oluşturuldu. Yaş aralığı 40-65 yaş aralığında 0-6 ay içinde MI geçmişi olan 53 erkek katılımcı ile benzer yaş ve eğitim durumuna sahip MI geçmişi olmayan 43 erkek katılımcı bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin sıklık ve yüzdelik değerleri, Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. MI Geçmişi Olan Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri

n = 112					
Değişkenler	**Ort**	**Ss**	**Med**	**Min**	**Maks**
Yaş (yıl)	58.45	11.21	58	31	90
Değişkenler		**N**		**%**	
Cinsiyet					
Kadın		25		22.3	
Erkek		87		77.7	
Medeni Durum					
Bekar		23		20.5	
Evli		89		79.5	
Eğitim Seviyesi					
İlköğretim ve Altı		65		58	
Lise ve Üstü		47		42	
Kimlerle Yaşıyor?					
Eş ve/veya Çocuklar		97		86.6	
Diğer		15		13.4	
Sosyal Destek					
Evet		104		92.9	
Hayır		8		7.1	
Kronik Hastalık					
Evet		74		66.1	
Hayır		38		33.9	
İlaç Kullanımı					
Evet		80		71.4	
Hayır		32		28.6	

MI geçmişi olan katılımcıların aile MI geçmişi, geçirilen MI sayısı, MI sonrası geçen süre, MI sonrası tedavi deneyimlerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de aktarılmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların MI Deneyimine İlişkin Bilgiler

n = 112		
MI Soygeçmiş Öyküsü	**N**	**%**
Var	63	56.3
Yok	47	42
MI Sayısı		
1	80	71.4
≥2	32	28.6
MI Sonrası Geçen Süre (Ay)		
0-6	82	73.2
7-24	30	26.8
Tedavi		
Girişimsel Radyolojik Uygulama ve KABC	104	92.9
İlaç Tedavisi	8	7.1

MI geçmişi olan ve olmayan bireylerin bağlanma stilleri karşılaştırmak amacı ile oluşturulan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklerine ait sıklık ve yüzdelik değerleri, Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. MI Geçmişi Olan ve Olmayan Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri

n = 96										
	MI Grubu					Sağlıklı Grup				
Değişkenler	**Ort**	**Ss**	**Med**	**Min**	**Maks**	**Ort**	**Ss**	**Med**	**Min**	**Maks**
Yaş (yıl)	54.08	7.05	54	41	65	51.93	7.70	52	40	65
Değişkenler			**N**		**%**	**N**			**%**	
Medeni Durum										
Bekar			7		13.2	13			30.2	
Evli			46		86.8	28			65.1	
Eğitim Seviyesi										
İlköğretim ve Altı			27		50.9	20			46.5	
Lise ve Üstü			26		49.1	23			53.5	
Kimlerle Yaşıyor?										
Eş ve/veya Çocuklar			46		86.8	29			67.4	
Diğer			7		13.2	14			32.6	
Sosyal Destek										
Evet			50		94.3	43			100	
Hayır			3		5.7	0			0	
Kronik Hastalık										
Evet			26		49.1	8			18.6	
Hayır			27		50.9	35			81.4	
İlaç Kullanımı										
Evet			28		52.8	11			25.6	
Hayır			25		47.2	32			74.4	

2.3. Veri Toplama Amaçları

Tez çalışması kapsamında, belirtilen değişkenleri ölçmek için çeşitli ölçekler kullanıldı. Katılımcılara Travma Sonrası Büyüme Envanteri, İlişki Ölçekleri Anketi, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Demografik Form verildi. Bu ölçeklerin psikometrik özellikleri ve ölçtükleri boyutlar ile ilgili bilgiler aşağıda daha ayrıntılı şekilde açıklanmaktadır.

2.3.1. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Araştırma kapsamında, Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilen, Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kağan, Güleç, Boysan ve Çavuş (2012) tarafından yapılan Travma Sonrası Büyüme Envanteri kullanıldı. 0-5 arasında puanlanan likert tipi bir ölçek 21 maddeden oluşur ve travma sonrasındaki gelişimi ölçer. 0; stresli

olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım, 1; çok az bir düzeyde, 2; bir miktar, 3; orta düzeyde, 4; oldukça fazla ve 5; stresli olay(lar) sonucu bu değişimi büyük ölçüde yaşadım anlamına gelir. Ölçekten yüksek puan almak travma sonrası büyüme yaşandığı ifade eder.

Travma sonrası büyümenin üç alt ölçeği Benlik Algısında Değişim (5, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19), Başkalarıyla İlişkilerde Değişim (6, 8, 9, 20 ve 21) ve Yaşam Felsefesinde Değişimdir (1, 2, 3, 4, 7, 14).

Ölçeğin Türkiye'ye uyarlama çalışmalarında elde edilen iç tutarlılık değeri benlik algısında değişim için α=0.88, başkalarıyla ilişkilerde değişim için α=0.77 ve yaşam felsefesinde değişim için α=0.78'dir.

2.3.2. İlişki Ölçekleri Anketleri (İÖA)

İlişki Ölçekleri Anketi 30 maddeden oluşur ve 1-7 arasında pualanan bir Likert ölçektir. Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilmiş, Türkiye'ye güvenirlik ve geçerlik çalışması Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır. Güvenli, saplantılı, korkulu ve kayıtsız olmak üzere dört yetişkin bağlanma stilini ölçer. Ölçek, Hazan ve Shaver'ın (1987) bağlanma ölçümü ile ilgili aktarımlarından, Bartholomew ve Horowitz'in (1991) İlişki Anketi ve Collins ve Read'in (1990) Yetişkin Bağlanma Ölçeği'nde kullanılan maddelerden oluşmaktadır. Katılımcılar, her maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki tutumlarını ne kadar tanımladığını 7'li likert ölçek aracıyla işaretlemişlerdir (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor). 6, 9 ve 28. maddeler 1=7, 2=6, 3=5, 5=3, 6=2, 7=1 şeklinde ters kodlanır. Güvenli bağlanmayı ölçen maddeler; 3, 9 (ters), 10, 15 ve 28 (ters) 'dir. Korkulu bağlanmayı ölçen maddeler; 1, 5, 12 ve 24'tür. Saplantılı bağlanmayı ölçen maddeler; 6 (ters), 8, 16 ve 25'tir. Kayıtsız bağlanmayı ölçen maddeler ise 2, 6, 19, 22 ve 26'dır. Dört bağlanma stilini oluşturan sürekli puanlar stilleri ölçen maddelerin toplanması ardından toplamın alt ölçektelerin içerdiği madde sayısına bölünmesi şeklinde elde edilir. İlişki Ölçekleri Anketinin alt ölçeklerine ait iç tutarlık katsayıları α= .27 ile .61 arasında değişir. Test tekrar test güvenirlikleri alt grupta değerlendirildiğinde güvenli bağlanma .54, korkulu bağlanma .60, saplantılı bağlanma .78, kayıtsız bağlanma .69 korelasyon katsayısına sahip olduğu bulunmuştur.

2.3.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Türkiye'ye güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan ölçek Carver, Scheier ve Weintraub (1989) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 60 sorudan oluşur ve ölçeğe dört şekilde yanıt verilebilir. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçeğin iç tutarlılığa ilişkin değeri α=0.79'dır. Ölçek 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği kişinin kullandığı başa çıkma tutumları hakkında yorum yapmayı sağlar. Bu 15 başa çıkma tutumu şu şekildedir; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59), zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma 3, 17, 28, 46), yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45), aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), inkar (6, 27, 40, 57), dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60), şakaya vurma (8, 20, 36, 50), davranışsal olarak boş verme (9, 24, 37, 51), geri durma (10, 22, 41, 49), duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52), madde kullanımı (12, 26, 35, 53), kabullenme (13, 21, 44, 54), diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55), plan yapma (19, 32, 39, 56).

Alt ölçekler toplanarak üç başa çıkma tutumu elde edilir. Bu üç başa çıkma tutumu aşağıdaki gibidir;

1. Sorun odaklı başa çıkma (yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma)

2. Duygusal odaklı başa çıkma (pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme), 3. İşlevsel olmayan başa çıkmadır. (zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı).

2.4. Demografik Form

Katılımcılardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim bilgisi seviyesi, birlikte yaşadıkları kişiler, kronik hastalık, psikolojik tanı, ilaç kullanımı, MI varlığı, geçirilen MI sayısı, MI sonrasında geçen süre, ailedeki MI geçmişi, tedavi yöntemi, sosyal destek varlığı gibi bilgiler istendi. Form 17 maddeden oluşmaktadır. Bu değişkenlerin sonucu etkileyecekleri düşünüldü.

2.5. İşlem

Araştırmada kullanılan ölçekler bir kitapçık haline getirildi. Katılımcılara öncelikle Bilgilendirilmiş Onam Formu verildi. Bu formda araştırmanın içeriği hakkında bilgi verildikten sonra katılımın gönüllü olduğu vurgulandı. Katılımcılar, katılım süresi hakkında da bilgilendirildi. Araştırma ile ilgili sorular için bir e-mail adresi belirtildi. Katılımcılar bu formu imzalayıp onayladıktan sonra katılımcılara ölçekler verilip maddeleri boş bırakmadan doldurmaları istendi. Tüm ölçekler işaretlendirildikten sonra ise Araştırma Sonrası Bilgilendirme Formu verilip, araştırmanın hipotezleri ile ilgili bilgi verildi. Araştırmanın sonuçlarını öğrenebilmeleri için bir e-mail adresi verildi. Katılım sonunda katılımcılar herhangi bir kazanç elde etmedi. Katılımcılara teşekkür edilerek işlem sona erdi. Verilerin toplanması işlemi 2019 ocak, şubat, mart ve nisan aylarında gerçekleştirildi.

2.6. Verilerin Analizi

Araştırmada uç değer analizi yapıldıktan sonra BÇTDÖ'nün parametrik varsayımlara uymayan madde kullanımı alt ölçeğindenden dolayı BÇTDÖ ile yapılan analizlerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Ayrıca, örneklem sayısı 30'un altında olduğundan dolayı parametrik varsayımlara uymayan karşılaştırmaların analizlerinde nonparametrik testler kullanılmıştır.

Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla MI geçmişi olan ve olmayan katılımcılara göre bağlanma stillerinin farklılaşmasını incelemek amacıyla bağımsız gruplar t-test kullanıldı. 0-6 ay ve 7-24 ay içinde MI geçmişi olan katılımcıların başa çıkma tutumları karşılıştırılırken Mann Whitney U testi yapıldı. Travma sonrası büyüme ile sosyodemografik değişkenlerle oluşturulan grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ardından bağlanma stilleri, başa çıkma tutumları ve travma sonrası büyüme değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla Pearson ve Spearman Korelasyon Analizleri yapıldı. Son olarak travma sonrası büyüme üzerinde bağlanma stilleri, başa çıkma tutumları ve bazı demografik değişkenlerin yordayıcı etkisini değerlendirmek amacıyla Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR ve YORUMLAR

Bu bölümde hipotezleri test etmek amacıyla yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları yer almaktadır. Analizler öncesinde veri girişleri kontrol edildi, elde edilen verileri istatistiksel analizlere uygun hale getirmek amacıyla, kayıp değerlere ilgili maddenin ortalama puanı atandı ve uç değer analizi yapıldı. Bu işlemler sonucunda 155 katılımcıya ait veriler üzerinden araştırma analizi yürütüldü.

Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla MI grubu ve sağlıklı grubun bağlanma stilleri puanları bağımsız gruplar t-testi ile karşılaştırıldı. İki grubun başa çıkma tutumları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Travma sonrası büyüme ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler Mann Whitney U testi ile incelendi. Ardından bağlanma stilleri, başa çıkma tutumları ve travma sonrası büyüme değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla Pearson ve Spearman Korelasyon Analizi yapıldı. Son olarak travma sonrası büyüme üzerinde bağlanma stilleri, başa çıkma tutumları ve bazı demografik değişkenlerin yordayıcı etkisini değerlendirmek amacıyla Doğrusal Regresyon Analizi yapıldı.

Katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda elde edilen bulgular dört ana başlık altında sunulmaktadır. İlk bölümde, MI ve sağlıklı grupların bağlanma stillerinin karşılaşırılması sunuldu. Ardında 0-6 ay ve 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireyler başa çıkma tutumları açısından karşılaştırıldı. İkinci bölümde, travma sonrası büyüme ile çeşitli sosyodemografik değişkenler ve MI deneyimine ilişkin değişkenler karşılaştırıldı. Üçüncü bölümde araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan Korelasyon Analizi sonuçları aktarılmıştır. Dördüncü bölümde ise travma sonrası büyüme üzerinde bağlanma stilleri, başa çıkma tutumları ve bazı demografik değişkenlerin yordayıcı etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları sunulmuştur.

3.1. Bağlanma Stillerinin MI Grubu ve Sağlıklı Gruba Göre Değerlendirilmesi

40-65 yaş arası 0-6 içinde MI geçmişi olan erkek katılımcılar ile MI geçmişi olmayan sağlıklı katılımcılar arasında bağlanma stilleri açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t testi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre, MI grubunun güvenli bağlanma [$t\ (92)= 2.89$, $p< 0.001$] ve kayıtsız bağlanma puanları [$t\ (94)= 2.43$, $p< 0.001$] sağlıklı grubun puanlarından yüksektir. Sağlıklı grubun korkulu

puanları puanları ise MI grubundan yüksektir [t (94)= -2.14, *p*< 0.001]. Saplantılı bağlanma açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamadı [t (94)= 0.63, *p*> 0.050]. Analizin sonuçları Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 4. MI Grubu ve Sağlıklı Grubun İÖA Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	MI Grubu (n= 53)		Sağlıklı Grup (n=43)		
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	P
Güvenli Bağlanma	4.61	1.38	3.83	1.16	**0.005**
Kayıtsız Bağlanma	4.87	0.99	4.34	1.11	**0.017**
Saplantılı Bağlanma	3.71	0.85	3.58	1.08	0.528
Korkulu Bağlanma	3.31	1.39	3.93	1.43	**0.035**

Bağımsız Gruplar T-testi

40-65 yaş arası erkek MI geçmişi olan katılımcıların güvenli bağlanma, saplantılı bağlanma, kayıtsız bağlanma ve korkulu bağlanma arasındaki korelasyona Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Buna göre, güvenli bağlanma ile saplantılı bağlanma arasında pozitif, güvenli bağlanma ile korkulu bağlanma arasında negatif bir ilişki bulunmuştur *(p*< 0.001). (Tablo 4).

Tablo 5. MI Grubu İÖA Korelasyon Analizi

n= 53		Saplantılı Bağlanma	Kayıtsız Bağlanma	Korkulu Bağlanma
Güvenli Bağlanma	r	**0.280**	-0.27	**-0.279**
	p	**0.003**	0.784	**0.004**

Pearson

3.2. MI Sonrası Süreye Göre Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi

0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireyler ile 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireyler Mann Whitney U testi ile karşılaşıtılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin şakaya vurma ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanları 7-24 ay içinde MI geçmişi olan katılımcıların puanlarından yüksektir. 7-24 ay içinde MI

geçmişi olan katılımcıların inkar ve davranışsal boş verme puanları, 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin puanlarından daha yüksektir ($p< 0.001$). Zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek, aktif başa çıkma, dini başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma alt ölçekleri açısından iki süre arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p> 0.050$). Sonuçlar Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. 0-6 Ay ve 7-24 Ay İçinde MI Geçmişi Olan Katılımcıların BÇTDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	0-6 Ay (n= 82)					7-24 Ay (n= 30)					P
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14.46	1.92	15	8	16	13.83	1.76	14	9	16	**0.028**
Zihinsel Boş Verme	9.41	3.23	10	4	16	10.06	2.32	10	5	15	0.451
Duyguları Açığa Vurma	11.39	3.72	12	5	16	10.96	3.03	11	5	16	0.578
Yararlı Sosyal Destek	10.96	4.05	12	4	16	10.16	3.15	11	4	16	0.144
Aktif Başa Çıkma	12.67	2.65	13	7	16	12.20	1.97	12	8	16	0.185
İnkar	6.06	2.25	5	4	14	7.44	2.75	6	4	13	**0.008**
Dini Başa Çıkma	13.76	3.91	16	4	16	13.46	3.63	16	4	16	0.359
Şakaya Vurma	11.75	3.99	12.50	4	16	8.50	3.47	8	4	15	**<0.001**
Davranışsal Boş Verme	6.19	1.85	6	4	11	7.06	1.65	7	4	11	**0.008**
Geri Durma	10.08	1.61	10	6	14	10.03	1.73	7	4	11	0.491
Duygusal Sosyal Destek	10.86	2.71	11	4	16	10.43	2.40	10	7	17	0.301
Madde Kullanımı	5.04	2.60	4	4	16	5.63	3.01	4	4	16	0.085
Kabullenme	11.46	2.28	12	6	16	11.63	21.77	11	9	16	0.915
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	10.67	2.93	10	5	16	11.00	2.10	11	7	15	0.408
Plan Yapma	13.25	2.34	14	7	16	13.29	2.24	14	7	16	0.995

Mann Whitney U Testi

3.3. MI Geçmişi Olan Katılımcılar Açısından Travma Sonrası Büyüme ve Diğer Değişkenler Arasındaki Karşılaştırmalara Dair Bulgular

3.3.1. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılmasına Dair Bulgular

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. Kadın katılımcıların Benlik Algısında Değişim, Yaşam Felsefesinde Değişim ve TSBE toplam puanı, erkek katılımcıların puanlarından anlamlı olarak yüksektir ($p< 0.001$). Başkalarıyla İlişkiler alt ölçeği ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p> 0.050$). Sonuçlar Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Kadın ve Erkeklerin TSBE Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet										
	Kadın (n=25)					Erkek (n=87)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	30.24	10.11	31	7	43	23.76	10.39	23	2	48	**0.006**
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	13.52	6.31	14	0	23	12.04	5.92	12	0	25	0.209
Yaşam Felsefesinde Değişim	17.28	5.91	18	2	28	14.50	5.43	14	0	24	**0.031**
TSBE Toplam	61.04	18.04	60	24	88	50.30	18.31	50	13	91	**0.014**

Mann-Whitney U Testi

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. Bekar ve evli bireyler arasında TSBE alt ölçekleri ve toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunamadı ($p> 0.050$). Sonuçlar Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Bekar ve Evli Katılımcıların TSBE Puanlarının Karşılaştıırlması

	Medeni Durum										
	Bekar (n=23)					Evli (n=89)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	27.04	10.51	27	8	43	24.75	10.68	26.50	2	48	0.402
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	12.65	6.19	12	0	23	12.30	6.00	13	0	25	0.798
Yaşam Felsefesinde Değişim	15.95	5.74	16	2	28	14.91	5.61	14	0	24	0.444
TSBE Toplam	55.65	19.19	55	16	88	51.95	18.63	52.50	13	91	0.476

Mann-Whitney U Testi

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla eğitim seviyesi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. İlköğretim ve altı ile lise ve üstü eğitim seviyesine sahip bireyler arasında TSBE alt ölçekleri ve toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunamadı (p> 0.050). Sonuçlar Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9. MI Geçmişi Olan Katılımcıların İlköğretim ve Altı ile Lise ve Üstü Eğitim Seviyesinin TSBE Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Seviyesi										
	İlköğretim ve Altı (n=65)					Lise ve Üstü (n=47)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	26.26	10.27	27.50	2	44	23.80	11.08	23	3	48	0.225
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	12.70	6.17	14	0	23	11.91	5.83	12	0	25	0.313
Yaşam Felsefesinde Değişim	15.47	5.49	16	2	24	14.63	5.85	14	0	28	0.471
TSBE Toplam	54.45	18.78	56	13	88	50.36	18.56	49	14	91	0.204

Mann-Whitney U Testi

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla birlikte yaşama değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. Eş ve/veya çocukları ile yaşayan bireyler ve birlikte yaşadıkları seçenek diğer olan bireyler arasında TSBE alt ölçekleri ve toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunamadı (p> 0.050). Sonuçlar Tablo 10'da yer almaktadır. Diğer kategorisindeki kişilerden sekizi yalnız yaşıyordu.

Tablo 10. Birlikte Yaşanan Bireyler ile TSBE Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	Birlikte Yaşama										
	Eş ve/veya Çocuklar (n=97)					Diğer (n=15)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	25.14	10.50	26.50	2	48	25.73	11.87	27	6	43	0.822
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	12.45	5.95	13	0	25	11.88	6.63	12	0	23	0.788
Yaşam Felsefesinde Değişim	15.11	5.70	15	0	24	15.20	5.38	14	6	28	0.784
TSBE Toplam	52.70	18.35	53	13	91	52.80	21.61	44	16	88	0.972

Mann-Whitney U Testi

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla sosyal destek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. Sosyal desteğe sahip olan ve olmayan bireyler arasında TSBE alt ölçekleri ve toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunamadı (p> 0.050). Sonuçlar Tablo 11'de yer almaktadır.

Tablo 11. Sosyal Destek Değişkeni ile TSBE Puanlarının Karşılaştırılması

	Sosyal Destek										
	Evet (n=104)					Hayır (n=8)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	25.32	11.01	27	2	48	24.00	3.29	23.50	20	29	0.568
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	12.62	6.08	13	0	25	9.12	4.12	10	3	14	0.075
Yaşam Felsefesinde Değişim	14.89	5.67	14.50	0	28	18.12	4.45	18.50	12	24	0.108
TSBE Toplam	52.83	19.33	53	13	91	51.25	7.44	51.50	41	61	0.780

Mann-Whitney U Testi

3.3.2. MI Geçmişi Olan Katılımcılar Açısından Travma Sonrası Büyüme ile MI Deneyimine İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılmasına Dair Bulgular

Katılımcıların TSBE puanlarıyla geçirilen MI sayısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. 1 MI geçiren bireyler ile 2 ve daha fazla MI geçiren bireyler arasında TSBE alt ölçekleri ve toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunamadı (p> 0.050). Sonuçlar Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. MI Sayısı Değişkenine Göre Oluşturulan Grupların TSBE Puanlarının Karşılaştırılması

	MI Sayısı										
	1 (n=80)					2 ve Daha Fazla (n=32)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	24.57	11.15	25	3	48	26.90	9.15	28	2	42	0.166
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	12.31	5.99	12.50	0	25	12.53	6.16	13	0	23	0.891
Yaşam Felsefesinde Değişim	15.27	5.75	15	0	28	14.75	5.40	14	2	24	0.997
TSBE Toplam	52.16	19.55	53	14	91	55.16	16.59	53	13	8	0.395

Mann-Whitney U Testi

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla MI sonrası süre değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapıldı. 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin Benlik Algısında Değişim, Yaşam Felsefesinde Değişim ve TSBE toplam puan değerleri, 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin değerleri anlamlı derecede düşüktür ($p< 0.001$). Sonuçlar Tablo 13'te yer almaktadır.

Tablo 13. MI Sonrası Süre Değişkeni ile TSBE Puanlarının Karşılaştırılması

	MI Sonrası Süre										
	0-6 Ay (n=82)					7-24 Ay (n=30)					
	Ort	Ss	Med	Min	Maks	Ort	Ss	Med	Min	Maks	P
Benlik Algısında Değişim	23.40	10.57	23	2	48	30.13	9.31	31	11	44	**0.003**
Başkaları yla İlişkilerde Değişim	11.96	6.16	12	0	25	13.50	5.54	15	2	23	0.187
Yaşam Felsefesin de Değişim	14.20	5.56	14	0	24	17.63	5.12	19	6	28	**0.004**
TSBE Toplam	49.55	18.46	50	13	91	61.26	16.88	62	32	88	**0.005**

Mann-Whitney U Testi

3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

MI geçmişi olan katılımcıların TSBE puanlarıyla yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların yaşları ile Başkalarıyla İlişkilerde Değişim alt ölçeği arasında pozitif bir korelasyon bulundu (r= 0.204, p< 0.001). Yaş değişkeni ile Benlik Algısında Değişim (r= 0.016, p> 0.050), Yaşam Felsefesinde Değişim (r= -0.162, p> 0.050) ve TSBE toplam puanı (r= 0.026, p> 0.050) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu. 7-24 ay öncesinde MI yaşayan bireylerin yaşları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (r= -0.110, p> 0.050). Sonuçlar Tablo 14'te yer almaktadır.

Tablo 14. Yaş Değişkeni ile TSBE'ye İlişkin Korelasyon Analizi Puanları

n=112		Yaş
Benlik Algısında Değişim	r p	0.016 0.867
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	r p	**0.204** **0.031**
Yaşam Felsefesinde Değişim	r p	-0.162 0.087
TSBE Toplam	r p	0.026 0.786

Pearson

3.4.1. Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

MI geçmişi olan katılımcılar için TSBE ve İÖA arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak incelendi. Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, TSBE Benlik Algısında Değişim ile İÖA Saplantılı Bağlanma arasında (r= 0.245, p< 0.001) pozitif bir korelasyon bulundu. TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ile İÖA Saplantılı Bağlanma arasında (r= 0.234, p< 0.001) pozitif bir korelasyon bulundu. TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim ile İÖA Saplantılı Bağlanma arasında (r= 0.236, p< 0.001) ve TSBE toplam puan ile İÖA Saplantılı Bağlanma arasında (r= 0.287, p< 0.001) pozitif bir korelasyon bulundu. Benlik Algısında Değişim ile Güvenli Bağlanma (r= 0.002, p> 0.050), Kayıtsız Bağlanma (r= -0.073, p> 0.050) ve Korkulu Bağlanma (r= 0.012, p> 0.050) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ile Güvenli Bağlanma (r= 0.097, p> 0.050), Korkulu Bağlanma (r= -0.138, p> 0.050) ve Kayıtsız Bağlanma arasında (r= -0.102, p> 0.050) anlamlı bir ilişki bulunamadı. Yaşam Felsefesinde Değişim ile Güvenli Bağlanma (r= 0.071, p> 0.050), Korkulu Bağlanma (r= 0.022, p> 0.050) ve Kayıtsız Bağlanma (r= 0.055, p> 0.050) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. TSBE toplam puan ile Güvenli Bağlanma (r= 0.055, p> 0.050) Korkulu Bağlanma (r= -0.031, p> 0.050) ve Kayıtsız Bağlanma (r= -0.058, p> 0.050) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 15).

Tablo 15. TSBE ve İÖA'ya İlişkin Korelasyon Analizi Puanları

		Benlik Algısında Değişim	Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Yaşam Felsefesinde Değişim	TSBE Toplam
İÖA Güvenli	r	0.002	0.097	0.071	0.055
	p	0.986	0.309	0.457	0.566
İÖA Saplantılı	r	**0.245**	**0.234**	**0.236**	**0.287**
	p	**0.009**	**0.013**	**0.012**	**0.002**
İÖA Korkulu	r	0.012	-0.138	0.022	-0.031
	p	0.901	0.146	0.822	0.745
İÖA Kayıtsız	r	-0.073	-0.102	0.055	-0.058
	p	0.446	0.286	0.565	0.545

Pearson

MI geçmişi olan katılımcılar için TSBE ve BÇTDÖ arasındaki ilişkiler Spearman rho katsayısı ile hesaplandı. TSBE Benlik Algısında Değişim ile BÇTDÖ alt ölçeklerinden Dini Başa Çıkma (r= 0.265, p< 0.001) ve Geri Durma (r= 0.205, p< 0.001) ile arasında pozitif, Şakaya Vurma (r= -0.205, p< 0.001) ile arasında negatif bir korelasyon bulundu. Benlik Algısında Değişim ile Pozitif Yeniden Yorumlama (r= 0.008, p> 0.050), Zihinsel Boş Verme (r= 0.082, p> 0.050), Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma (r= 0.063, p> 0.050), Yararlı Sosyal Destek Kullanımı (r= 0.074, p> 0.050), Aktif Başa Çıkma (r= 0.030, p> 0.050), İnkar (r= 0.102, p> 0.050), Davranışsal Olarak Boş Verme (r= 0.156, p> 0.050) Duygusal Sosyal Destek Kullanımı (r= 0.181, p> 0.050), Madde Kullanımı (r= 0.119, p> 0.050), Kabullenme (r= 0.169, p> 0.050), Diğer Meşguliyetleri Bastırma (r= 0.045, p> 0.050) ve Plan Yapma (r= 0.019, p> 0.050) arasında bir ilişki bulunamadı. TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ile Duygusal Sosyal Destek Kullanımı (r= 0.278, p< 0.001) ile arasında pozitif bir korelasyon bulundu. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ile Pozitif Yeniden Yorumlama (r= -0.005, p> 0.050), Zihinsel Boş Verme (r= -0.075, p> 0.050), Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma (r= -0.006, p> 0.050), Yararlı Sosyal Destek Kullanımı (r= 0.092, p> 0.050), Aktif Başa Çıkma (r= 0.116, p> 0.050), İnkar (r= -0.042, p> 0.050), Dini Başa Çıkma (r= 0.016, p> 0.050), Şakaya Vurma (r= -0.186, p> 0.050), Davranışsal Olarak Boş Verme (r= -0.073, p> 0.050), Geri Durma (r= 0.166, p> 0.050), Madde Kullanımı (r= 0.127, p> 0.050), Kabullenme (r= 0.027, p> 0.050), Diğer Meşguliyetleri Bastırma (r= 0.065, p> 0.050) ve Plan Yapma (r= 0.042, p> 0.050) arasında bir ilişki bulunamadı. TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim ile Zihinsel Boş Verme (r= 0.199, p< 0.001) arasında pozitif bir korelasyon bulundu. Yaşam Felsefesinde Değişim ile Pozitif Yeniden Yorumlama (r= -

0.017, *p*> 0.050), Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma (*r*= 0.106, *p*> 0.050), Yararlı Sosyal Destek Kullanımı (*r*= -0.102, *p*> 0.050), Aktif Başa Çıkma (*r*= 0.091,), İnkar (*r*= -0.054, *p*> 0.050), Dini Başa Çıkma arasında (*r*= 0.160, *p*> 0.050), Şakaya Vurma (*r*= -0.052, *p*> 0.050), Davranışsal Olarak Boş Verme (*r*= 0.053, *p*> 0.050), Geri Durma (*r*= 0.186, *p*> 0.050), Duygusal Sosyal Destek Kullanımı (*r*= 0.077, *p*> 0.050), Madde Kullanımı (*r*= 0.139, *p*> 0.050), Kabullenme (*r*= 0.054, *p*> 0.050), Diğer Meşguliyetleri Bastırma (*r*= -0.071, *p*> 0.050) ve Plan Yapma (*r*= 0.004, *p*> 0.050) arasında bir ilişki bulunamadı. TSBE toplam puanı ile Dini Başa Çıkma (*r*= 0.203, *p*< 0.001), Geri Durma (*r*= 0.226, *p*< 0.001) ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı (*r*= 0.240, *p*< 0.001) arasında pozitif bir korelasyon, Şakaya Vurma (*r*= -0.200, *p*< 0.001) ile negatif bir korelasyon bulundu. TSBE toplam puan ile Pozitif Yeniden Yorumlama (*r*= -0.014, *p*> 0.050), Zihinsel Boş Verme (*r*= 0.093, *p*> 0.050), Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma (*r*= 0.079, *p*> 0.050), Yararlı Sosyal Destek Kullanımı (*r*= 0.052, *p*> 0.050) , Aktif Başa Çıkma (*r*= 0.071, *p*> 0.050), İnkar (*r*= 0.023, *p*> 0.050), Davranışsal Olarak Boş Verme (*r*= 0.081, *p*> 0.050), Madde Kullanımı (*r*= 0.166, *p*> 0.050), Kabullenme (*r*= 0.116, *p*> 0.050), Diğer Meşguliyetleri Bastırma (*r*= 0.036, *p*> 0.050) ve Plan Yapma (*r*= 0.020, *p*> 0.050) arasında bir ilişki bulunamadı. Sonuçlar Tablo 16'da yer almaktadır.

Tablo 16. TSBE ve BÇTDÖ'ye İlişkin Korelasyon Analizi Puanları

		Benlik Algısında Değişim	Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Yaşam Felsefesinde Değişim	TSBE Toplam
Zihinsel Boş Verme	r	0.082	-0.075	**0.199**	0.093
	p	0.394	0.435	**0.036**	0.334
Dini Başa Çıkma	r	**0.265**	0.016	0.160	**0.203**
	p	**0.005**	0.869	0.093	**0.033**
Şakaya Vurma	r	**-0.205**	-0.186	-0.052	**-0.200**
	p	**0.031**	0.050	0.583	**0.035**
Geri Durma	r	**0.205**	0.166	0.186	**0.226**
	p	**0.032**	0.082	0.051	**0.018**
Duygusal Sosyal Destek	r	0.181	**0.278**	0.077	**0.240**
	p	0.058	**0.003**	0.417	**0.011**

Spearman

3.5. Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkilere Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

MI geçmişi olan katılımcılar için bağlanma stileri ve başa çıkma tutumlarının travma sonrası büyümeyi yordayıp yordamadığını analiz etmek amacıyla regresyon analizi uygulandı. Korelasyon analizinde travma sonrası büyüme toplam puanı ile

arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenler Saplantılı Bağlanma, Dini Başa Çıkma, Geri Durma, Şakaya Vurma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı regresyon analizinde yordayan değişkenler olarak yer aldı ve TSBE toplam puanı yordanan değişken olarak ele alındı. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine TSBE toplam puan ile ilişkili olan cinsiyet ve MI sonrası süre değişkenleri de yordayan değişken olarak eklendi. Analiz sonuçlarına göre, MI sonrası sürenin (B= 9.688, t = 2.484, p < 0.001) ve Dini Başa Çıkmanın (B= 0.985, t = 2.175, p < 0.001) TSBE toplam puanını anlamlı olarak yordadığı görüldü. Cinsiyetin (B= -4.950, t = -1.228, p> 0.050), Saplantılı Bağlanmanın (B= 4.126, t = 1.974, p> 0.050), Geri Durmanın (B= 1.093, t = 1.001, p> 0.050), Şakaya Vurmanın (B= -0.460, t = -1.070, p> 0.050) ve Duygusal Sosyal Desteğin (B= 1.169, t = 1.817, p> 0.050) ise yordamadığı bulundu. Buna göre, MI sonrası süre, Saplantılı Bağlanma ve Dini Başa Çıkma değişkenlerinin TSBE toplam puanını anlamlı şekilde yordadığı ve toplam varyansın % 28'ini açıkladığı görülmektedir (R^2= 0.28 F(7-102)= 5.723, p < 0.001). Sonuçlar Tablo 17'de yer almaktadır.

Tablo 17. Cinsiyet, MI Sonrası Süre, Saplantılı Bağlanma, Dini Başa Çıkma, Geri Durma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı Değişkenlerinin TSBE Toplam Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	*P*
Cinsiyet	-4.950	0.222
MI Sonrası Süre	9.688	**0.015**
Saplantılı Bağlanma	4.126	0.051
Dini Başa Çıkma	0.985	**0.032**
Geri Durma	1.093	0.319
Şakaya Vurma	-0.460	0.207
Duygusal Sosyal Destek	1.169	0.072

R=0.531 R^2=0.28

F(7-102)=5.723 p < 0.001

Korelasyon analizinde TSBE Benlik Algısında Değişim ile arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenler Saplantılı Bağlanma, Dini Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Geri Durma regresyon analizinde yordayan değişkenler olarak yer aldı. Benlik Algısında Değişim ile ilişkili olan cinsiyet ve MI sonrası süre değişkenleri de yordayan değişken olarak eklendi. Benlik Algısında Değişim puanları yordanan değişken olarak ele alındı. Analiz sonuçlarına göre MI sonrası sürenin (B= 5.606, t= 2.551, p < 0.001), Saplantılı Bağlanma (B= 2.304,

t= 2.013, *p* < 0.001) ve Dini Başa Çıkmanın (B= 0.817, *t*= 3.197, *p* < 0.001) Benlik Algısında Değişimi anlamlı olarak yordadığı ve toplam varyansın % 28'ini açıkladığı bulundu. (R^2= 0.283 *F*(6-103)= 6.785 *p* <0.001). Cinsiyet (B= -2.504, *t*= -1.115, *p*> 0.050), Şakaya Vurma (B= -0.225, *t*= -0.928, *p*> 0.050) ve Geri Durma (B= 0.616, *t*= 1.011, *p*> 0.050) ise yordamamaktadır. Sonuçlar Tablo 18'de yer almaktadır.

Tablo 18. Cinsiyet, MI Sonrası Süre, Saplantılı Bağlanma, Dini Başa Çıkma, Şakaya Vurma ve Geri Durma Değişkenlerinin Benlik Algısında Değişim Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Değişkenler	B	*P*
Cinsiyet	-2.504	0.267
MI Sonrası Süre	5.606	**0.012**
Saplantılı Bağlanma	2.304	**0.047**
Dini Başa Çıkma	0.817	**0.002**
Şakaya Vurma	-0.225	0.356
Geri Durma	0.616	0.314

R=0.532 R^2=0.28

F(6-103)= 6.785 *p* < 0.001

Korelasyon analizinde TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ile arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenler Saplantılı Bağlanma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı regresyon analizinde yordayan değişkenler olarak yer aldı ve TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim puanları yordanan değişken olarak ele alındı. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ile ilişkili çıkan yaş değişkeni de yordayan değişken olarak eklendi. Analiz sonuçlarına göre yaşın (B= 0.117, *t*= 2.471, *p* < 0.001) ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımının (B= 0.561, *t*= 2.661, *p* < 0.001) Başkalarıyla İlişkilerde Değişimi yordadığı ve toplam varyansın % 15'ini açıkladığı bulundu (R^2= 0.155 *F*(3-108)= 6.599, *p* < 0.001). Saplantılı Bağlanma (B=1.265, *t*=1.889, *p*> 0.050) ise Başkalarıyla İlişkilerde Değişimi yordamamaktadır. Sonuçlar Tablo 19'da yer almaktadır.

Tablo 19. Yaş, Saplantılı Bağlanma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı Değişkenlerinin Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Değişkenler	B	*P*
Yaş	0.117	**0.015**
Saplantılı Bağlanma	1.265	0.062
Duygusal Sosyal Destek	0.561	**0.009**

$R=0.394$ $R^2= 0.15$

$F(3\text{-}108)= 6.599$ $p < 0.001$

Korelasyon analizinde TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim ile arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenler Saplantılı Bağlanma ve Zihinsel Boş Verme regresyon analizinde yordayan değişkenler olarak yer aldı. Yaşam Felsefesinde Değişim ile ilişkili olan cinsiyet ve MI sonrası süre değişkenleri de yordayan değişken olarak eklendi ve Yaşam Felsefesinde Değişim puanları yordanan değişken olarak ele alındı. Analiz sonuçlarına göre MI Sonrası Süre (B= 2.720, *t*= 2.321, $p < 0.001$) ve Saplantılı Bağlanma (B= 1.265, *t*= 2.031, $p < 0.001$) Yaşam Felsefesinde Değişimi yordamakta ve toplam varyansın % 15'ini açıklamaktadır ($R^2= 0.154$ $F(4\text{-}106)= 4.812$, $p < 0.001$). Cinsiyet (B= -1.375, *t*= -1.087, $p> 0.050$) ve Zihinsel Boş Verme (B= 0.283, *t*= 1.666, $p> 0.050$) Yaşam Felsefesinde Değişimi yordamamaktadır. Sonuçlar Tablo 20'de yer almaktadır.

Tablo 20. Cinsiyet, MI Sonrası Süre, Saplantılı Bağlanma ve Zihinsel Boş Verme Değişkenlerinin Yaşam Felsefesinde Değişim Puanını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	*P*
Cinsiyet	-1.375	0.280
MI Sonrası Süre	2.720	**0.022**
Saplantılı Bağlanma	1.265	**0.045**
Zihinsel Boş Verme	0.283	0.099

$R=0.392$ $R^2=0.15$
$F(4\text{-}106)= 4.812$ $p < 0.001$

3.6. Yorumlar

Bu araştırmanın amaçları; bağlanma stilleri, başa çıkma tutumları, MI sonrası geçen süre gibi değişkenler ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bir diğer amaç ise MI geçmişi olan ve olmayan bireyleri bağlanma stilleri açısından incelemektir. Araştırmanın hipotezlerini yanıtlamak amacıyla çeşitli analizler yapıldı ve bulgular elde edildi. Bu bölümde, elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

3.6.1. Travma Sonrası Büyüme ile MI Deneyimi

Yaşam boyunca travmatik olaylar yaşanabilir ve bireyler travmatik olaylara çeşitli tepkiler gösterebilirler. Bilindiği üzere, bireyler travmatik olay yaşadıktan sonra, temel inanç ve değerleri değişebilir (Kashdan, 2011). MI, bireyler için hayatı tehdit edici bir olaydır ve bireyler tarafından travmatik bir olay olarak değerlendirilebilir. MI, ani ve beklenmedik bir olaydır ve bireyler bu olaydan sonra yoğun stres yaşayabilir, psikolojik tepkiler geliştirebilirler. (Ginzburg, 2002). MI geçiren bireylerin bir kısmında TSSB görülebilmektedir (Chung, 2008). Depresyon da MI sonucunda oluşabilen ruhsal bozukluklardan biridir (Frasure-Smith, 1993). Ayrıca MI kişiyi psikolojik olarak büyüten bir deneyim de olabilir. Literatüre göre, MI geçmişi olan bireyler travma sonrası büyüme deneyimlemektedirler (Bluvstein, 2012; Leung, 2010; Sheikh, 2004). Travma sonrası büyüme, benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve yaşam felsefesinde değişim olmak üzere üç alanda yaşanabilir (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

Literatürde kadınların travmatik olayların yan etkilerinden daha fazla etkilendikleri ve psikopatoloji geliştirmeye daha eğilimli oldukları fakat travma sonrası büyüme puanlarının erkeklere daha göre yüksek olduğu bulunmuştur (Arıkan ve Karancı, 2012). Araştırmamızda MI geçirmiş bireylerin cinsiyetleri ile travma sonrası büyüme karşılaştırıldığında, literatürle tutarlı şekilde, MI geçmişi olan kadın katılımcıların Benlik Algısında Değişim, Yaşam Felsefesinde Değişim ve travma sonrası büyüme toplam puanlarının, MI geçmişi olan erkek katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu bulundu.

Eğitim seviyesinin düşük olması, travma sonrası büyümeyi ve özellikle başkalarıyla ilişkileri etkileyen bir değişken olmuştur. Üniversite derecesine sahip olmayan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyi üniversite derecesine sahip olan bireylere göre daha yüksek olmuştur (Belizzi, 2006). Araştırmamızda travma sonrası

büyüme eğitim seviyesi açısından karşılaştırıldığında, ilköğretim ve altı ile lise ve üstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında travma sonrası büyüme düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunamadı.

Yaş ile travma sonrası büyümenin incelendiği araştırmalar kısıtlıdır. Bir araştırmada 21-65 yaş aralığındaki meme kanseri hastalar incelenmiştir ve yaşlı kadınların travmatik olayların negatif etkilerinden yararlanarak travma sonrası büyüme yaşadıkları bulunmuştur. Genç kadınlar ise problem odaklı başa çıkma tutumlarını kullanarak travma sonrası büyüme yaşamışlardır (Boyle, 2016). Bizim çalışmamızda yaş ile başkalarıyla ilişkilerde değişim arasında zayıf bir pozitif ilişki bulunmuştur. MI yaşlılar arasında daha sık yaşanan bir hastalıktır. Bizim çalışmamızdaki katılımcılar da travmatik olayın negatif etkilerinden etkilenmiş olabilir ve bununla birlikte katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri artmış olabilir.

Sosyal desteğe sahip olmak ve sosyal destek arayarak baş etmek, travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen bir değişken olmuştur. Sosyal desteğe sahip olan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyleri daha yüksek olmuştur (Senol-Durak, 2010). Araştırmamızda bireylere sosyal desteğe sahip olup olmadıkları soruldu ve analiz sonuçlarına göre sosyal desteğe sahip olan ve olmayan katılımcılar arasında travma sonrası büyüme açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Bunun nedeni sosyal desteğe sahip olmanın katılımcılara evet/hayır şeklinde sorulmuş olması olabilir. Medeni durum travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen bir değişken olarak bulunmuştur. Meme kanserinden hayatta kalan ve evli olan ya da uzun bir ilişkisi olan kadınların, başkalarıyla ilişkilerinde ve hayattaki amaçlarıyla ilgili travma sonrası büyüme düzeyleri daha yüksek olmuştur (Belizzi, 2006). Araştırmamızda travma sonrası büyüme medeni durum açısından karşılaştırıldığında, bekar ve evli katılımcılar arasında travma sonrası büyüme düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Çalışmada katılımcıların birlikte yaşadıkları bireyler açısından travma sonrası büyüme düzeyleri değerlendirildi. Eş ve/veya çocuklarıyla yaşayan katılımcılar ile diğer bireylerle yaşayan katılımcılar arasında travma sonrası büyüme açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Evli olan bireylerin sosyal desteğe sahip olacaklarından dolayı travma sonrası büyüme deneyimleyecekleri düşünüldü. Ancak araştırmamızda yalnız yaşayan bireyler az sayıdaydı. Türk kültürünün etkisiyle birlikte, bekar olan bireyler yalnız yaşamıyorlardı ve sosyal desteğe sahip olduklarını bildirdiler.

Araştırmada MI deneyimine ilişkin bilgilerin travma sonrası büyüme düzeyini etkileyebileceği düşünüldü. Çalışmada bir ve iki veya daha fazla sayıda MI geçirmiş katılımcılar bulunmaktadır. Katılımcıların geçirmiş oldukları kriz sayısı ile travma sonrası büyüme karşılaştırıldığında, bir ile iki veya daha fazla sayıda MI geçiren kişiler arasında travma sonrası büyüme toplam ve alt ölçek puanları açısından bir fark bulunamadı.

Travma sonrası büyüme bazen olayın hemen ardından yaşanabildiği gibi, bazen de yıllar sonra deneyimlenebilir. Travma sonrası büyümenin birkaç hafta ile bir veya iki yıl arasında yaşanabileceği düşünülmüştür (Tedeschi, 1999). MI sonrası süre ile travma sonrası büyüme ilişkisinin incelendiği ilk araştırma Affleck ve diğerleri'nin (1987) çalışması sayılabilir. Bu çalışmada MI'nin ardından yedi hafta sonra hayatlarında bir yarar oluştuğunu belirten hastalar sekiz yıl sonra incelendiklerinde, bu hastaların tekrar MI geçirme oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Kafa travması ve kanser gibi sağlık ile ilgili travmatik olaylardan sonra geçen süre arttıkça travma sonrası büyüme düzeyinin de arttığı bulunmuştur. MI geçmişi olan bireyler olaydan altı ay sonra incelendiklerinde diğer araştırmalardaki katılımcılara göre orta düzeyde travma sonrası büyüme yaşadıkları bulunmuştur. Bireyler travmatik olayın hemen sonrasında değerlendirildiklerinde travma sonrası büyüme düzeyinin daha düşük olacağı, zaman içinde travma sonrası büyüme düzeyinin artacağı ve zaman içinde stres düzeyinin stabilize olacağı düşünülmüştür (Bluvstein, 2013). MI geçmişi olan katılımcılar için travma sonrası büyüme ile süre karşılaştırması yapılan bir araştırma yoktu fakat Bluvstein'a (2013) göre süre ile travma sonrası büyümenin artacağı düşünülmekteydi. Literatürle tutarlı şekilde, bizim çalışmamızda da MI sonrası süre arttıkça, travma sonrası büyüme düzeyi de artmıştır. 7-24 ay içinde MI geçmişi olan katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyi, 0-6 ay içinde MI geçirmiş olan katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyinden yüksektir. 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin benlik algısında değişim ve yaşam felsefesinde değişim puanlarının 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireylerden daha yüksek olduğu saptandı.

3.6.2. Travma Sonrası Büyüme, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkiler

Bu araştırmanın izini sürdüğü konulardan biri travma sonrası büyümeyi etkileyen bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları gibi değişkenleri incelemektir. MI gibi travmatik bir olay geçirmek travma sonrası büyümeyi etkileyen değişkenlerden biridir fakat bireylerin bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları da travma sonrası büyümeyi etkilemektedir. Bu başlık altında bu değişkenler incelenecektir.

Araştırmada MI geçmişi olan bireylerde travma sonrası büyüme, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiler incelendi. Travma sonrası büyüme ve alt ölçeklerinin saplantılı bağlanma ile pozitif bir ilişkisi olduğu bulundu. Ayrıca sorun odaklı başa çıkma tutumu olan geri durma, duygusal odaklı başa çıkma tutumları olan dini olarak başa çıkma, şakaya vurma ve duygusal sosyal destek kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları olan zihinsel boş verme ve davranışsal boş verme ile benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, yaşam felsefesinde değişim ve travma sonrası büyüme arasında ilişkiler bulundu.

Literatür bağlanma stilleri ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki açısından incelendiğinde bu konuda farklı bulguların olduğu bulunmuştur. Bir araştırmada güvenli bağlanma ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Salo, 2005). Başka bir araştırmada ise kaygılı bağlanma ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Arıkan ve Karancı, 2012). Güvenli bağlanma stiline sahip bireyler travma ile baş edebilecekleri işlevsel başa çıkma tutumlarını kullanırlar ve bundan dolayı travmatik olayı etkileyici bulmazlar. Böylece travma sonrası büyüme düzeyleri diğer bağlanma stillerinin düzeylerinden daha düşük olduğu düşünülmektedir (Dekel, 2007). Araştırmamızda Arıkan ve Karancı'nın (2012) bulgularına benzer şekilde, güvenli bağlanma ve travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunamadı. Bartholomew ve Shaver (1998)'in güvenli ve kaçıngan bağlanma kategorilerinin yanında üçüncü kategori olan kaygılı bağlanma aynı zamanda saplantılı bağlanma olarak ifade edilmiştir. Arıkan ve Karancı (2012) tarafından yapılan çalışmada kaygılı bağlanma stili ile travma sonrası büyüme arasında bulunan pozitif ilişkiye benzer olarak, çalışmamızda da saplantılı bağlanma stili ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulduk.

Literatürde, sosyal destek arayarak başa çıkma, kabullenme, yeniden değerlendirme ve dini başa çıkma ile travma sonrası büyüme arasında pozitif ilişki olduğu

bulunmuştur (Prati, 2009). Bu çalışmada, MI geçmişi olan bireyler için travma sonrası büyüme ile sorun odaklı başa çıkma tutumları, duygusal odaklı başa çıkma tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında korelasyonlar bulundu.

Zihinsel boş verme ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulundu. Literatürde bu bulgu ile ilgili bir çalışma bulunamamakla birlikte, zihinsel boş verme yapan katılımcıların travmatik olay ile uyumsal şekilde baş ederek yaşam felsefesinde değişim yaşadıkları düşünülmektedir.

Dini başa çıkma ile benlik algısında değişim ve toplam travma sonrası büyüme puanları arasında pozitif bir ilişki bulundu. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, kaderci başa çıkma tutumunun travma sonrası büyümeyi yordadığı bulunmuştur (Karancı ve Acartürk, 2005). Kaderci başa çıkma tutumunda bireyler İslamiyet geleneğinden dolayı travmatik olayı kaderin bir parçası olarak görüp kabullenme yoluna giderler (Kesimci, 2005). Karancı ve Acartürk'ün (2005) bulgularıyla tutarlı olarak, kültürün de etkisiyle birlikte araştırmamızdaki katılımcılar dini başa çıkma tutumunu kullanarak travmatik olayla baş etmiş olabilirler. Dini başa çıkma tutumu, travmatik olaya anlam vermek ve olayın yarattığı sıkıntıyı azaltmak için de kullanılmaktadır (Prati, 2009). Yukarıda sözü edilen çalışmalarda belirtildiği şekilde dini kullanarak baş etmenin, travma sonrası büyümeyi olumlu açıdan etkilediği bulundu.

Schroevers'in (2008) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada travma sonrası büyüme ile mizah arasında bulduğu pozitif ilişkinin tersine, benlik algısında değişim ve toplam travma sonrası büyüme puanları ile şakaya vurma arasında negatif bir ilişki bulduk. Mizah bireylerin dikkatini dağıttığı için, bazen de mizaha vurulan konunun üzerinde durmamalarını sağlayabilir (Gollob ve Levine, 1967). Bu bağlamda bir başa çıkma tutumu olarak mizahın problem çözmeye her zaman olumlu katkısı olmayabilir. Ayrıca psikolojik stres kuramına göre bir başa çıkma tutumu bir durumda işlevsel iken, başka bir durumda işlevsel olmayabilir (Lazarus ve Folkman, 1980). Bu açıdan, şakaya vurma bizim araştırmamızdaki örneklem için işlevsel bir başa çıkma tutumu olmamış olabilir.

Geri durma ile benlik algısında değişim ve toplam travma sonrası büyüme puanları arasında pozitif bir ilişki bulundu. Literatürde MI hastaları için geri durma ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki ile ilgili bir araştırma olmamakla birlikte, Lude ve arkadaşları (2005) travmatik bir olaydan sonra geri durma tutumunun hastalar tarafından kullanıldığını bildirmiştir.

Özellikle Türk kültürü tarafından kullanılan başa çıkma yollarından biri de sosyal destektir. Bireyler travmatik bir olay sonrasında aile ve akrabalarından sosyal destek alırlar (Kesimci, 2009). Sosyal desteğin travma sonrası büyüme üzerindeki etkisi bilinmektedir (Ayaltı, 2015). MI geçmişi olan katılımcılardan oluşan bir çalışmada sosyal desteğin travma sonrası büyüme üzerine olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir (Senol-Durak, 2010) Bizim çalışmamızda da literatüre uygun biçimde başkalarıyla ilişkilerde değişim ve toplam travma sonrası büyüme puanları ile duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulundu.

Yapılan regresyon analizleri sonucunda MI sonrası süre, dini başa çıkma ve saplantılı bağlanmanın benlik algısında değişimi yordadığı bulundu. Daha önceki çalışmalarda da, MI sonrası sürenin (Bluvstein, 2013), dini başa çıkmanın (Karancı ve Acartürk, 2005) ve saplantılı bağlanmanın (Arıkan ve Karancı, 2012) travma sonrası büyüme ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Yaş ve duygusal sosyal destek kullanımı, başkalarıyla ilişkilerde değişimi yordamaktadır. Daha önceki çalışmalarda da sosyal destek arayarak başa çıkma ile travma sonrası büyüme arasında olumlu ilişkiler bulunmuştur (Senol-Durak, 2010). MI sonrası geçen süre ve saplantılı bağlanma, yaşam felsefesinde değişimi yordamaktadır. MI sonrası geçen süre ve dini başa çıkma tutumu da toplam travma sonrası büyümeyi yordadığı bulundu. Literatüre göre, travma sonrası büyüme ile kaderci başa çıkma tutumu ve kaygılı bağlanma arasında pozitif bir ilişki vardır. Ayrıca kaderci başa çıkma tutumu, kaygılı bağlanma ve travma sonrası büyüme arasında arabulucu bir rol oynamıştır (Arıkan ve Karancı, 2012). Bu bulguya benzer olarak travmatik olaydan sonra geçen zamanın travma sonrası büyümeyi arttırdığı göz önüne alındığında, dini başa çıkma tutumunun travma sonrası büyümeyi yordadığı söylenebilir.

3.6.3. MI Deneyimi, Bağlanma Stilleri ve Başa Çıkma Tutumları

Çocukluk döneminde fiziksel, psikolojik ve cinsel istismar gibi olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalan kişiler, ruhsal ve bedensel hastalıklara daha meyilli olmuşlardır (Felitti, 1998). Ayrıca kişinin sahip olduğu bağlanma stilinin, beden sağlığı üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur. Güvensiz bağlanma stiline sahip bireyler, ruhsal ve bedensel hastalıklar için risk altındadır. Özellikle kayıtsız bağlanma stiline sahip olmak bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Waller, 2004). Meme kanseri olan bireylerin güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu bulunmuş ve bu kişiler ebeveynleri ile

geçinemediklerini belirtmişlerdir (Tacon, 2003). Bu araştırmada kişilerin MI yaşamasına neden olabilecek risk faktörleri incelendi.

Güvensiz bağlanma stillerinin özellikle kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğu bulunmuştur (McWilliams, 2010). 40-65 yaş aralığında 0-6 ay içinde MI geçmişi olan erkek bireyler ile MI geçmişi olmayan bireyler bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldılar. 40 yaş altı katılımcılar MI ailesel kalp hastalığı riskinden dolayı, 65 yaş üstü katılımcılar yaşamın öğreticiliğinden dolayı analizden dışlandılar. 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireyler ise travma sonrası büyümenin bağlanma stilleri üzerine etkisi olabileceğinden dolayı analizden dışlandı. MI geçmişi olan bireylerin güvenli bağlanma ve kayıtsız bağlanma puanlarının, MI geçmişi olmayan bireylerden daha yüksek olduğu, korkulu bağlanma puanlarının ise MI geçmişi olmayan bireylerde daha yüksek olduğu bulundu. Bu bulgu istatiksel olarak anlamlı olsa da, klinik olarak anlamlı değildir. 40-65 yaş aralığında 0-6 ay içinde MI geçmişi olan erkek katılımcıların bağlanma stillerinin arasındaki ilişki incelendiğinde güvenli bağlanma ile saplantılı bağlanma pozitif, güvenli bağlanma ile korkulu bağlanma arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. MI geçmişi olan ve olmayan katılımcıların bağlanma stilleri arasında bulunan ilişkinin nedenlerinden birinin bağlanma stilleri arasında oluşan bu ilişkiler olduğu düşünülmektedir.

0-6 ay içinde MI geçmişi olan ve 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireyler başa çıkma tutumları açısıdan karşılaştırıldığında, 0-6 ay grubunun şakaya vurma ve pozitif değerlendirme ve gelişme başa çıkma tutumu puanları 7-24 ay grubundan yüksekken, inkar ve davranışsal boş verme puanları 7-24 ay grubunda daha yüksek olduğu bulundu. Literatür incelendiğinde, iyimser başa çıkma tutumlarının zaman geçtikçe daha fazla kullanıldığı, özellikle dini başa çıkma ve baştan savma tutumlarında zamanla birlikte arttığı bulunmuştur. Ayrıca MI deneyiminin fiziksel yönleri ile baş etmede bireyin algıladığı verimlilik artmıştır. (Kristofferzon, 2004). Baştan savma tutumunun kullanılmasına benzer olarak bu araştırmadaki katılımcılar da davranışsal boş verme tutumunu kullanmış olabilrler. MI geçmişi olan bireylerle yapılan bir araştırmada duygusal stresi yüksek olan bireylerin stresi azaltmak için sinirlenmek, başkalarını suçlamak, sigara içmek gibi duygusal başa çıkma tutumlarını kullandıkları bilinmektedir (Christman, 1988). 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin duygusal başa çıkma tutumlarını kullanmasının bir sebebi de duygusal stresi kontrol altına almak olabilir. Travmatik olaydan sonra geçen süre arttıkça işlevsel olmayan başa çıkma tutumları

kullanıldığı bulundu. Olayın hemen ardından bireylerin daha aktif şekilde duygularını kontrol etmeye yönelik çaba gösterdikleri düşünülürken, zaman geçtikçe inkar ve davranışsal boş vermeyi kullanmanın daha işlevsel olabileceği düşünülmektedir.

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu bölümde öncelikle araştırmanın özeti aktarılacaktır. Bulguların sonucu ile birlikte araştırmanın alana yapabileceği katkılardan oluşan bir yargı bölümü olacaktır. Ardından bu konu ile ilgili yapılabilecek araştırmalar için öneriler kısmı ifade edilecektir.

4.1.Özet

Araştırmamızda MI geçmişi olan katılımcılar travma sonrası büyüme, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları açısından incelendi. Cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, birlikte yaşanan bireyler, sosyal destek varlığı, MI sayısı, MI sonrası süre ve yaş değişkenleri ile travma sonrası büyüme arasındaki karşıalaştırmalar ve ilişkiler incelendi. Travma sonrası büyüme ile bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiler araştırıldı. Ayrıca bağlanma stillerinin, ruhsal ve bedensel sağlık üzerindeki etkisi düşünülerek, MI geçirmişi olan ve olmayan bireyler bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldı. 0-6 ay içinde ve 7-24 ay içinde MI geçmişi olan katılımcılar başa çıkma tutumları açısından karşılaştırıldı.

MI geçmişi olan bireyler cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, birlikte yaşanan kişiler, sosyal destek varlığı, MI sayısı ile travma sonrası büyüme açısından karşılaştırıldıklarında; cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir fark bulundu. MI geçmişi olan kadın katılımcıların benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve travma sonrası büyüme açısından erkek katılımcılardan daha yüksek puanlar aldıkları bulundu. MI sonrasında geçen süre ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir fark bulundu. Buna göre, 7-24 ay içinde MI geçmişi olan katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri, 0-6 ay içinde MI geçmişi olan katılımcılardan daha yüksektir.

MI geçmişi olan bireyler travma sonrası büyüme, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları açısından incelendiğinde, saplantılı bağlanma stili ile benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, yaşam felsefesinde değişim ve travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu bulundu. Benlik algısında değişim ile dini başa çıkma ve geri durma pozitif bir ilişkiye sahipken, şakaya vurma negatif bir ilişkiye sahiptir. Başkalarıyla ilişkilerde değişim ile duygusal sosyal destek kullanımı pozitif bir ilişkiye sahiptir. Yaşam felsefesinde değişim ile zihinsel boş verme arasında pozitif bir ilişki vardır. Toplam travma sonrası büyüme puanları ile dini başa çıkma, geri durma, duygusal

sosyal destek kullanımı ile pozitif, şakaya vurma ile negatif bir ilişki vardır. Korelasyon analizinde anlamlı çıkan değişkenler ile regresyon analizi yapıldığında, MI sonrası süre, dini başa çıkma ile saplantılı bağlanmanın benlik algısında değişimi yordadığı; yaş ile duygusal sosyal desteğin başkalarıyla ilişkilerde değişimi yordadığı; MI sonrası sürenin ve saplantılı bağlanmanın yaşam felsefesinde değişimi yordadığı ve MI sonrası süre ile dini başa çıkma tutumunun toplam travma sonrası büyüme puanını yordadığı bulundu.

MI geçmişi olan ve olmayan bireyler bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldıklarında MI geçmişi olan bireylerin güvenli bağlanma ve kayıtsız bağlanma puanlarının MI geçmişi olmayan bireylerden daha yüksek olduğu bulundu. Korkulu bağlanma puanları ise MI geçmişi olmayan bireylerde daha yüksektir. 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireyler ile 7-24 ay içinde MI geçmişi olan bireyler karşılaştırıldığında, 0-6 ay içinde MI geçmişi olan bireylerin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ile şakaya vurma puanlarının 7-24 ay içinde MI geçmişi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu, inkar ve davranışsal boş verme puanlarının ise daha düşük olduğu bulundu.

4.2.Yargı

Bu çalışmada MI öyküsü olan bireyler travma sonrası büyüme bağlamında; MI sonrası süre, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları açısından incelendi. Travma sonrası büyümenin benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve yaşam felsefesinde değişim olmak üzere üç alt boyutu vardır. MI geçiren bireylerin süre içinde travma sonrası büyüme açısından geliştikleri görüldü. Bazı başa çıkma tutumları ve bağlanma stilleri ile travma sonrası büyüme arasında ilişkiler saptandı.

Belli başa çıkma tutumları ve bağlanma stilleri ile travma sonrası büyüme arasında ilişkiler olduğu dikkate alındığında, MI sonrası ruhsal durumun ve kaynakların değerlendirilmesinin ve hedef alanlarda düzeltici/iyileştirici girişimlerde bulunulmasının bireyin hem fiziksel hem de ruhsal iyilik hali üzerine olumlu etkileri olacaktır.

Travmatik olaylar ile ilgili birçok çalışma yapılmakla birlikte, travma sonrası büyüme kavramı göreli yenidir. MI olgularında travma sonrası büyüme ise hem uluslararası hem de ulusal literatürde az sayıda çalışmada ele alınmıştır. Bu çalışmada, MI olgularında bağlanma stili ile travma sonrası büyüme arasında saptanan ilişkiler literatüre özgün bir katkı sağlamıştır. Elde edilen teorik bilgiler çoğaldıkça pratik alanda da kullanılabilir hale gelecektir.

4.3. Öneriler

Araştırmanın anket yöntemi ile yapılması araştırmanın sınırlılıklarından biri olabilir. Bireyler gerçek yanıtlar vermemiş olabilirler.

Bireylerin yaşadıkları diğer travmatik olayların kontrol edilmesi amacıyla travmatik olayları sorgulayan bir kontrol listesi kullanılabilir. MI dışındaki diğer travmatik olaylar dışlandıktan sonra MI geçiren bireylerin travma sonrası büyüme düzeyi incelenebilir. Ayrıca yaşanan travma sonrası büyüme düzeyini saptamak için benzer demografik özelliklere sahip MI geçmişi olmayan bir grup oluşturabilir. İki grubun travma sonrası büyüme düzeyleri karşılaştırılabilir.

Araştırmada 0-6 ay içinde MI geçmişi olan ve hastane yatışı devam eden bireyler bulunmaktadır. Travma sonrası büyümenin süre içindeki etkisini görmek için MI sonrasında geçen sürenin daha fazla olduğu daha büyük bir grup oluşturulabilir. Olayın henüz yeni olması ve hastanede kalıyor olmak sonuçları etkilemiş olabilir. MI geçirmenin uzun vadedeki etkileri sonraki araştırmalarda incelenebilir. Ayrıca travma sonrası büyümenin zaman içinde artmasına neden olan değişkenler de incelenebilir.

MI geçiren bireylerde saplantılı bağlanma stilinin travma sonrası büyüme düzeyini etkilediği bulunmuştur. İleriki araştırmalarda bu durumun altındaki mekanizma daha ayrıntılı araştırılabilir. Ayrıca belirli başa çıkma tutumlarının travma sonrası büyümeyi nasıl etkilediği incelenebilir. Bu duruma etki eden diğer değişkenler sorgulanabilir.

Fizyolojik sağlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki incelenirken, MI geçirmiş bireylerin bağlanma stilleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular klinik olarak anlamlı değildir. Karıştırıcı değişkenler incelenerek bu konuda çalışmalar yapılabilir.

EK'LER

EK 1

Bilgilendirmiş Onam Formu

Araştırmanın içeriği: Bu araştırmanın amacı kalp krizi yaşamış bireylerde travma sonrası büyüme, bağlanma stilleri ve baş etme stratejilerini incelemektir. İlişikteki ankette sizlerden birçok farklı konuda olan soruları doldurmanız istenmektedir. Araştırmanın objektif olması ve elde edilecek sonuçların güvenilirliği bakımından sorulara içtenlikle ve sizi tam olarak yansıtacak şekilde cevaplamanız çok önemlidir. Bunlardan sonra gelen anket ise demografik bilgilerinizle ilgili sorular sormaktadır.

Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel

Psk. Gökçe Akın

Katılım süresi: Yaklaşık 30 dakika

Araştırmanın içeriği: Araştırma konusu gereği travmatik olaya ilişkin sorular da sorulmaktadır. Bu tür soruların bir kısmı kimi katılımcılar için rahatsız edici olabilir. Şayet bu tür soruları yanıtlamaktan çok rahatsızlık duyarsanız bunları atlayabilirsiniz veya anketi doldurmayı bırakabilirsiniz. Ankete katılım tamamen gönüllülük temelinde gerçekleşmektedir. Ancak, yarım kalmış ya da çoğu soruların cevapsız bırakıldığı anketlerden elde edilen verileri kullanmamız imkânsız olduğundan, anketi mümkün olduğunca boş bırakmadan tamamlamanız bizim için çok önemlidir. Doldurulan anketlerde bireysel herhangi bir değerlendirme yapılmayacak, toplanan veri genel katılımcı özellikleri bakımından incelenecektir. İhtiyaç duyduğunuzda sorularınızı aşağıda iletişim adresi verilen araştırmacıya yöneltebilirsiniz.

Sizden sadece bu kâğıdı imzalamanız beklenmektedir. Anketlerde vermiş olduğunuz cevaplar herhangi bir kimlik bilgisi ile eşleştirilmeyecektir. Bize verdiğiniz cevaplar sadece akademik amaçla kullanılacaktır. Bu yüzden, sizden cevaplarınızı **samimi** bir şekilde vermeniz beklenmektedir.

Eğer araştırma ile ilgili sorularınız olursa gokceakin2@gmail.com adresinden bizlerle bağlantı kurabilirsiniz.

***

Bu formu imzalayarak, yukarıdaki bilgileri anladığım ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza: _____

Tarih:_____

EK 2

Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
4. Kendime güven hissinde artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum. (0)(1)(2)(3)(4)(5)
18. Daha güçlü bir inanca sahibim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
19. Düşündüğümden çok daha güçlü olduğumu keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim. (0) (1) (2) (3) (4)(5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)

EK 3

İlişki Ölçekleri Anketi

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

Beni hiç tanımlamıyor — Beni kısmen tanımlıyor — Beni tamamıyla tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5	6	7
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5	6	7
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.	1	2	3	4	5	6	7
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Terk edilmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7

25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.	1	2	3	4	5	6	7
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.	1	2	3	4	5	6	7

EK 4

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak siz seçenekleri **"bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı"** düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri işaretlerken şu belirlilen puanlamayı kullanın:

	CÜMLELER	Asla böyle bir şey yapmam 1	Çok az böyle yaparım 2	Orta derecede böyle yaparım 3	Çoğunlukla böyle yaparım 4
1.	Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
2.	Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	( )	( )	( )	( )
3.	Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	( )	( )	( )	( )
4.	Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
5.	Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	( )	( )	( )	( )
6.	Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.	( )	( )	( )	( )
7.	Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.	( )	( )	( )	( )
8.	İçinde buluhduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	( )	( )	( )	( )
9.	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır,ve soruna teslim olurum.	( )	( )	( )	( )
10.	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm,	( )	( )	( )	( )
11.	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım,	( )	( )	( )	( )
12.	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	( )	( )	( )	( )
13.	Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
14.	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	( )	( )	( )	( )
15.	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	( )	( )	( )	( )
16.	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	( )	( )	( )	( )
17.	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	( )	( )	( )	( )
18.	Allah'ın yardımını umarım.	( )	( )	( )	( )
19.	Bir eylem planı yaparım.	( )	( )	( )	( )
20.	Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	( )	( )	( )	( )
21.	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	( )	( )	( )	( )
22.	Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	( )	( )	( )	( )
23.	Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
24.	Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	( )	( )	( )	( )
25.	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	( )	( )	( )	( )
26.	Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimden geçip olanları unutmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
27.	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	( )	( )	( )	( )
28.	Duygularımı dışarı vururum.	( )	( )	( )	( )
	CÜMLELER	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım

		1	2	3	4
29.	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
30.	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	( )	( )	( )	( )
31.	Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	( )	( )	( )	( )
32.	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
33.	Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	( )	( )	( )	( )
34.	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	( )	( )	( )	( )
35.	Sorunla daha az mesgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	( )	( )	( )	( )
36.	Sorunla ilgili şaka yaparım.	( )	( )	( )	( )
37.	İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.	( )	( )	( )	( )
38.	İyiye giden ya da olumlu bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
39.	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
40.	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	( )	( )	( )	( )
41.	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	( )	( )	( )	( )
42.	Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )
43.	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
44.	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	( )	( )	( )	( )
45.	Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	( )	( )	( )	( )
46.	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	( )	( )	( )	( )
47.	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra tavır takınırım.	( )	( )	( )	( )
48.	Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
49.	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	( )	( )	( )	( )
50.	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	( )	( )	( )	( )
51.	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	( )	( )	( )	( )
52.	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	( )	( )	( )	( )
53.	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	( )	( )	( )	( )
54.	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	( )	( )	( )	( )
55.	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	( )	( )	( )	( )
56.	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
57.	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	( )	( )	( )	( )
58.	Yapmama gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	( )	( )	( )	( )
59.	Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	( )	( )	( )	( )
60.	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	( )	( )	( )	( )

EK 5

Demografik Form

1) Cinsiyetiniz: ○K ○E ○Belirtmek istemiyorum

2) Yaşınız:_____

3)Medeni durumunuz ○Bekar ○Evli ○Boşanmış ○Dul

4) Eğitim Seviyeniz:
○Okur yazar değil
○Okur yazar
○İlkokul mezunu
○Ortaokul mezunu
○ Lise mezunu
○Üniversite ve üzeri

5) Mesleğiniz:

6) Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

○Ebeveyn ○Eş ve Çocuklar ○Yakınlar ○Yalnız ○Sosyal Kurum ○Evsiz ○Diğer(Belirtiniz…..)

7) Bir sorun yaşadığınızda size destek olabilecek bir çevreniz var mı?

○Evet ○Hayır

8) Kardeş sayınızı belirtiniz:

9) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

○Evet(Belirtiniz……..) ○Hayır

10) Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

○Evet(Belirtiniz……..) ○Hayır

11) Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

○Evet(Belirtiniz……..) ○Hayır

12) Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?

○Evet ○Hayır

13) Birden fazla kalp krizi geçirdiyseniz sayısını belirtiniz:

14) Birden fazla kalp krizi geçirdiyseniz, ilk kalp krizini kaç yaşında geçirdiğinizi belirtiniz:

15) Geçirdiğiniz son kalp krizi üzerinden ne kadar zaman geçti? (Kalp krizi geçirmediyseniz bu soruyu atlayınız.)

○0-6 ay ○6-12 ay ○12-24 ay ○24 ay ve fazlası (kaç ay olduğunu belirtiniz)

16) Kalp krizi geçirdikten sonra hangi tedavileri aldınız?

○Stent ○By-Pass ○Anjiyo ○Diğer (Belirtiniz…..)

17) Ailenizde kalp krizi geçirmiş bir birey var mı?

○Evet(Kim olduğunu belirtiniz……..) ○Hayır

EK 6

Araştırma Sonrası Bilgilendirme Formu

Öncelikle araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu araştırma, Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Gökçe Akın tarafından Dr. Öğr. Üys. Serhat Yüksel danışmanlığındaki yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Katıldığınız araştırmanın amacı, kalp krizi geçirmiş bireylerin bağlanma stilleri, travma sonrası büyüme ve baş etme stratejileri açısından incelenmesidir.

Bu amaçla, kalp krizi geçirmiş olan ve geçirmemiş olan katılımcılarımıza; demografik bilgileri aldığımız bir form, başka bir travma geçirmediklerini kontrol ettiğimiz bir liste, travma sonrası büyüme değerini ölçtüğümüz bir ölçek, bağlanma stillerini ölçen bir ölçek ve baş etme stratejilerini ölçen bir ölçek verilip doldurmaları istenmiştir. Kalp krizi geçiren bireylerde travma sonrası büyüme puanının daha yüksek olması beklenmektedir. Ayrıca kalp krizi geçiren bireylerin, kalp krizi geçirmeyen bireylere göre güvensiz bağlanma stillerine daha fazla sahip olmaları beklenmektedir. Çeşitli baş etme tutumlarının, travma sonrası büyüme ile ilişki göstereceği düşünülüyor.

Araştırmanın sonuçlarını öğrenmek ya da daha fazla bilgi almak için aşağıdaki isimlere başvurabilirsiniz.

Dr. Öğr. Üys. Serhat Yüksel (E-posta: drserhatyuksel@gmail.com)

Psk. Gökçe Akın (E-posta: gokceakin2@gmail.com)

KAYNAKÇA

Abbas, C. C., Schmid, J. P., Guler, E., Wiedemar, L., Begré, S., Saner, H., & Von Känel, R. (2009). Trajectory of posttraumatic stress disorder caused by myocardial infarction: a two-year follow-up study. *The International Journal of "Psychiatry in Medicine*, *39*(4), 359-376.

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*, *55*(1), 29.

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. (2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *6*(4), 221-6.

Ainsworth, M. D. S. (1982). *Attachment: Retrospect and prospect*. Basic books.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., & Waters, E. (1978). Wall. s.(1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, *18*.

American Psychiatric Association. (1996). APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, *4*.

APA (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III).* American Psychiatric Association, Washington DC.

Arden, B. J. (2015). *Brain 2 Brain: Nörobilimin Psikoterapi Üzerindeki Dönüştürücü Etkisi.* Sola Yayınları

Arikan, G., & Karanci, N. (2012). Attachment and coping as facilitators of posttraumatic growth in Turkish university students experiencing traumatic events. *Journal of Trauma & Dissociation*, *13*(2), 209-225.

Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, *45*(2), 239-263.

Ayaltı, E. D. E., & Bayraktar, S. (2015) Examination of factors related with posttraumatic growth in infertile individuals. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, *3*(4), 1216-1232.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, *7*(2), 147-178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.

Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. *Attachment theory and close relationships*, *1998*, 25-45.

Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001). Attachment style and mental health: A 1-year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(8), 956-968.

Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(4), 645-664.

Bluvstein, I., Moravchick, L., Sheps, D., Schreiber, S., & Bloch, M. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *20*(2), 164-172.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House. Furman, W., & Buhrmester, D.(2009). Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. International Journal of Behavioral Development*, *33*, 470-478.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation*. Basic Books.

Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds: II. Some Principles of Psychotherapy: The Fiftieth Maudsley Lecture (expanded version). *The British Journal of Psychiatry*, *130*(5), 421-431.

Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., & Bower, J. E. (2017). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter?. *Psycho‐oncology*, *26*(6), 800-807.

Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., ... & Sensky, T. (2007). Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(2), 106-114.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillian, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *The Journal of Social Psychology*, *138*(6), 789-791.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267.

Castilla, C., & Vázquez, C. (2011). Stress-related symptoms and positive emotions after a myocardial infarction: A longitudinal analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(1), 8082.

Chan, I. W., Lai, J. C., & Wong, K. W. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology and Health*, *21*(3), 335-349.

Chung, M. C., Berger, Z., & Rudd, H. (2008). Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(1), 55-64.

Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Ries, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing & Health*, *11*(2), 71-82.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, *58*(4), 644.

Crowe, J. M., Runions, J., Ebbesen, L. S., Oldridge, N. B., & Streiner, D. L. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, *25*(2), 98-107.

Dekel, R. (2007). Posttraumatic distress and growth among wives of prisoners of war: The contribution of husbands' posttraumatic stress disorder and wives' own attachment. *American journal of Orthopsychiatry*, *77*(3), 419-426.

Eren-Koçak, E., & Kiliç, C. (2014). Posttraumatic growth after earthquake trauma is predicted by executive functions: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, *202*(12), 859-863.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., & Williamson, D. F. (1998). Adverse childhood experiences and health outcomes in adults: The Ace study. *Journal of Family and Consumer Sciences*, *90*(3), 31.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Fowles, R. E. (1995). Myocardial infarction in the 1990s: complications, prognosis, and changing patterns of management. *Postgraduate medicine*, *97*(6), 155-168.

Frangogiannis, N. G. (2015). Inflammation in cardiac injury, repair and regeneration. *Current opinion in cardiology*, *30*(3), 240.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *Jama*, *270*(15), 1819-1825.

Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *15*(4), 270.

Ginzburg, K., Solomon, Z., & Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *64*(5), 748-757.

Gollob, H. F., & Levine, J. (1967). *Distraction as a factor in the enjoyment of aggressive humor. Journal of Personality and Social Psychology, 5(3), 368–372.*

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, *67*(3), 430.

Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J. M., Hogan, M. J., Gibbons, A., & Kerin, M. (2017). Post- traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute?. *Psycho‐Oncology*, *26*(7), 967-974.

Güneş, H. (2001). *Gender differences in distress levels, coping strategies, stress related growth and factors associated with psychological distress and perceived growth following the 1999 Marmara earthquake* (Doctoral dissertation).

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. Psychological inquiry, 5(1), 1-22.

Herbert, C. (2016). Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak. *İstanbul: Psikonet*.

Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M., & Çavuş, H. (2012). Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *11*(5).

Karanci, N. A., & Acarturk. (2005). Post-traumatic growth among Marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology*, *11*(4), 307-323.

Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, *50*(1), 84-89.

Kesimci, A., Göral, F. S., & Gençöz, T. (2005). Determinants of stress-related growth: Gender, stressfulness of the event, and coping strategies. *Current Psychology*, *24*(1), 68-75.

Köroğlu, E. (2013). DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. *Çeviri. Hekimler yayın birliği. İstanbul*.

Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*, *52*(2), 113-124.

Ladwig, K. H., Schoefinius, A., Dammann, G., Danner, R., Gürtler, R., & Herrmann, R. (1999). Long-acting psychotraumatic properties of a cardiac arrest experience. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 912-919.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company

Leung, Y. W., Gravely-Witte, S., Macpherson, A., Irvine, J., Stewart, D. E., & Grace, S. L. (2010). Post-traumatic growth among cardiac outpatients: Degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *Journal of Health Psychology*, *15*(7), 1049-1063.

Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama- Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of traumatic stress*, *21*(5), 492-496.

Lude, P., Kennedy, P., Evans, M., Lude, Y., & Beedie, A. (2004). *Post traumatic distress symptoms following spinal cord injury: a comparative review of European Samples. Spinal Cord, 43(2), 102–108.*

McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, *29*(4), 446.

O'Connor, M., & Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment & human development*, *10*(1), 59-71.

Park, C. L. (1998). Stress- related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of social issues*, *54*(2), 267-277.

Powell, T., Ekin-Wood, A., & Collin, C. (2007). Post-traumatic growth after head injury: A long-term follow-up. *Brain Injury*, *21*(1), 31-38.

Prati, G., & Pietrantoni, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, *14*(5), 364-388.

Roberge, M. A., Dupuis, G., & Marchand, A. (2010). Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: prevalence and risk factors. *Canadian Journal of Cardiology*, *26*(5), e170-e175.

Rohrbaugh, M. J., Cranford, J. A., Shoham, V., Nicklas, J. M., Sonnega, J. S., & Coyne, J. C. (2002). Couples coping with congestive heart failure: Role and gender differences in psychological distress. *Journal of Family Psychology*, *16*(1), 3.

Salo, J. A., Qouta, S., & Punamäki, R. L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress, and Coping*, *18*(4), 361-378.

Sayar, K. (2016). Ruh Yarası. (2016). *İzdiham Dergisi*, 24 (14).

Schaefer JA, Moos RH. Life crises and personal growth. Carpenter BN, editor. *Personal coping, theory, research, and application.* Westport, CT: Praeger. 1992.

Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, *17*(7), 1033-1040.

Schroevers, M. J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. Psychooncology, 17(12), 1239-1246.

Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *22*(5), 487.

Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of psychiatry*, *155*(5), 630-637.

Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *11*(4), 265-273.

Smith, C., & Carlson, B. E. (1997). Stress, coping, and resilience in children and youth. *Social service review*, *71*(2), 231-256.

Sümer, N., & Güngör, D. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, *14*(43), 71-106.

Şakiroğlu, M. (2011). *Positive Outcomes Among the 1999 Düzce Earthquake Survivors* (Doctoral dissertation, Middle East Technical University)

Şenol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *17*(2), 150-158.

Şenol-Durak, E., & Belgin Ayvaşik, H. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among the spouses of myocardial infarction patients. *Journal of Health Psychology*, *15*(1), 85-95.

Şenol-Durak, E. (2014). Stress related growth among diabetic outpatients: role of social support, self-esteem, and cognitive processing. *Social indicators research*, *118*(2), 729-739.

Tacón, A. M. (2003). Attachment experiences in women with breast cancer. *Family & community health*, *26*(2), 147-156.

Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, *21*(2), 158-164.

Tanhan, F., & Kardaş, F. (2014). Van depremini yaşayan ortaöğretim öğrencilerinin travmadan etkilenme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*, *4*(1), 102-115.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, *4*(3), 319-341.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. Sage.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, *9*(3), 455-471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, *15*(1), 1-18.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation*, *126*(16), 2020-2035.

Topçu, Ç., Erdur-Baker, Ö., & Çapa-Aydin, Y. (2008). Examination of cyberbullying experiences among Turkish students from different school types. *CyberPsychology & Behavior*, *11*(6), 643-648.

Tummey, R., & Turner, T. (Eds.). (2008). *Critical issues in mental health*. Macmillan International Higher Education.

Frankl, V. E., Budak, S., & Ayar, S. (2018). *İnsanın Anlam Arayışı*. Okuyan Us.

Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *192*(3), 200-209.

Yalom, I. D. (2014). *Nietzsche ağladığında*. Ayrıntı Yayınları.

Yılmaz, B. (2007). Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. Klinik Psikiyatri Dergisi, 10(3).

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, *26*(5), 626-653.