T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YETİŞKİNLERDE TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ İLE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİDE ÖZ-ŞEFKATİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE EBRU TEKCAN

151106104

İstanbul, Ocak 2018

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YETİŞKİNLERDE TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ İLE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİDE ÖZ-ŞEFKATİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE EBRU TEKCAN

151106104

Danışman Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT

İstanbul, Ocak 2018

ÖNSÖZ

Hem tez danışmanım, hem süpervizörüm olarak yüksek lisans eğitim hayatımda büyük bir yeri olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT, bu süreçte bana özveri ve sabırla yardımcı olduğunuz için size teşekkürü bir borç bilirim. Şefkat dolu yaklaşımınız ve hissettirdiğiniz güven duygusu en büyük motivasyon kaynağım oldu. Bilginizle, hayata karşı duruşunuzla, bakış açınızla, yaklaşımlarınızla hem akademik hayatımda hem özel hayatımda benim için bir idol oldunuz. Her yeni başlangıçları yeni bir valiz olarak düşünüyorum ve yüksek lisans eğitim hayatımın başlangıcından bu yana valizimde biriktirdiğim çok şey oldu. Üzerimdeki emeğiniz ve sizden öğrendiğim her şeyin anlamı benim için çok büyük, bu yüzden valizimi açıp baktığımda en değerli parçalardan biri sizden öğrendiklerimdir.

Tez savunma jürimde yer alan ve deneyimleriyle, bilgileriyle katkı sağlayan, pozitif, güler yüzlü, enerji dolu hocalarım Yrd. Doç. Dr. Ferhat YARAR ve Doç. Dr. Esma Figen KARADAYI'ya teşekkürlerimi sunarım. Tez savunma jürimde yer aldığınız ve unutamayacağım, keyifli bir deneyim yaşadığım için size minnettarım.

Tıkandığım zamanlarda bana yardımcı olan, her mesajıma, aramalarıma sabırla ve itinayla cevap veren, beni rahatlatan canım hocam Öğr. Grv. Neslihan SAYRAÇ'a, bilgisiyle bana katkı sağlayan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr Elçin SAKMAR ve Doç. Dr. Aslı AKDAŞ MİTRANİ'ye, lisans hayatımda bilimsel bir çalışmanın nasıl yapılacağını büyük bir itinayla öğreten ve bana katkı sağlayan, bu süreçte bunun anlamını daha iyi fark ettiğim, sevgili hocam Öğr. Grv. Gizem CESUR'a, bana katkı sağladıkları için ayrı ayrı teşekkür ederim.

Büyük telaşla yaptığımız ortak ödevlerimiz ve ardından en büyük telaşla girdiğimiz bir tez sürecimiz, tüm aşamaları birlikte yaşadığım canım arkadaşım C. Esinç ARZ, iyi ki bu süreçleri birlikte yaşamışız, bu süreci keyifli kılan da dostluğun oldu. Birlikte yaşadığımız kütüphane maceralarıyla, birbirimizi motive edişimizle, sıcaklığıyla, samimiyetiyle bana mutluluk veren, bu süreçte birlikte yol aldığım canım arkadaşım Gökçe ERCAN, iyi ki vardın, her şey için teşekkür ederim. Yüksek

lisans hayatımın bana kazandırdığı en güzel iki dostluk, iyi ki yollarımız kesişti. Ayrıca bu süreçte bana destek olan canım arkadaşlarım, meslektaşlarım Özgün ÖKLÜK, Ceren ÇEVİK ve Merve ÖZGER'e de her şey için teşekkür ederim.

Canım birimdaşım, Uzm. Psk. Aslı BAKIRTAŞ, en tükendiğim anlarda, stresli zamanlarımda yanımda olduğun için, temiz kalbinle, yardım severliğinle, pozitifliğinle bu süreçte psikolojik olarak bana iyi geldiğin için, desteklerini esirgemediğin için, beni sürekli motive ettiğin için, bu süreçteki panik hallerime, negatif düşüncelerime katlandığın ve bıkmadan hepsini olumluya çevirdiğin için çok teşekkür ederim. Bu süreç boyunca bana her türlü desteği veren, stresli olduğumda bunu fark eden ve beni motive eden, bana güvendiğini hissettiren, eğitime her zaman büyük önem veren değerli müdürüm Süleyman AYAN'a, müdür yardımcım Sıdıka BÜLBÜL'e ve iş arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte koşulsuz sevgi ve destekleriyle her an yanımda olduklarını hissettiren, benimle heyecanlanan, benimle strese giren ama her koşulda güvendiklerini ve başaracağıma olan inançlarını dile getiren, bu günlere gelmemi sağlayan canım annem Saadet TEKCAN ve babam Erdoğan TEKCAN, biricik kardeşim Alihan TEKCAN'a teşekkür ederim, sizi çok seviyorum.

Ve Salih TOKGÖZ; yıllardır hayatımda en güçlü desteğim olduğun için, bu süreçteki tüm stresli hallerime, huysuzluklarıma katlandığın için, düştüğüm zamanlarımda beni kaldırdığın için, tüm sıkıntılarıma çözüm olduğun için, her zaman, her koşulda yanımda olduğun için, sonsuz desteğin ve sevgin için çok teşekkür ederim. İyi ki varsın, seni çok seviyorum.

YETİŞKİNLERDE TRAVMATİK YAŞANTILAR: TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ İLE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİDE ÖZ-ŞEFKATİN ARACI DEĞİŞKEN OLARAK ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı, yetişkin örnekleminde öz-şefkatin, travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olup olmadığını belirlemektir. Araştırmanın bir diğer amacı ise; travma sonrası büyüme ile öz-şefkat ve travma sonrası stres belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Bunlara ek olarak demografik özelliklerin, ana değişkenler üzerinde etkili olup olmadığı da incelenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda Türkiye'de yaşayan, 18-59 yaş arasındaki travmatik yaşantıya sahip yetişkinlerden araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 304 birey (165 kadın, 139 erkek) araştırmaya katılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ) ve Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ) kullanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24.0 paket programı ile çözümlenmiş; analizlerde bağımsız gruplar için T-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), Pearson Korelasyon Analizi ve düzenleyici (moderation) etkisini sınamak amacıyla hiyerarşik regresyon ve basit eğim analizleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, araştırmada kullanılan tüm değişkenlerin birbiriyle anlamlı ilişki içinde olduğu görülmüştür. Demografik değişkenler üzerindeki analizler sonucu, travmatik olay etkisi cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyinin travma sonrası büyüme ve travma sonrası stres belirtileri üzerindeki etkisinin negatif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olma durumunun öz-şefkat ve travma sonrası büyüme üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyinin ise, travma sonrası stres belirtileri ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Yapılan hiyerarşik regresyon ve basit eğim analizleri sonucu travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide öz-şefkatin düzenleyici olarak rol oynadığı saptanmıştır. Çalışmada bulunan sonuçların genel olarak alanyazın ile tutarlı olduğu görülmüş, mevcut alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Travmatik Yaşantılar, Travma Sonrası Büyüme, Öz-Şefkat, Travma Sonrası Stres Belirtileri, Yetişkin, Düzenleyici Değişken

THE MODERATOR ROLE OF SELF-COMPASSİON İN THE RELATİON BETWEEN POST-TRAUMATİC STRESS SYMPTOMS AND POST-TRAUMATİC GROWTH İN ADULTS

ABSTRACT

The fundamental aim of the study is to determine whether or not the self-compassion has a moderator role on the relationship between post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in the adult sample. The other aim of the study is to investigate the relationship between post-traumatic growth and self-compassion and levels of post-traumatic stress symptoms. In accordance with these purposes, 304 individuals (165 females, 139 males) who are living in Turkey, are in between the ages of 18-59 and has traumatic experiences participated in the study voluntarily. Demographic Information Form, The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, The Posttraumatic Growth Scale and Self-compassion Scale were used as data collecting tools. Data obtained within the scope of the research was analyzed with the SPSS 24.0 program; in analyzes, for independent groups T-test, one-way variance analysis (Anova), Pearson Correlation Analysis were used as well as hierarchical regression and simple slope analyzes were used to test the moderation impact. As a result of the research, it was seen that all the variables used in the research was in a meaningful relationship with each other. According to analyzes on demographic variables, the effect of traumatic event showed differences with regard to sex. The effect of education level on posttraumatic growth and post-traumatic stress symptoms was found to be significant in the negative direction. It has been found that the effect of having child on self-compassion and post-traumatic growth is significant. The level of income was found to be negatively correlated with posttraumatic stress symptoms. According to results of conducted hierarchical regression and simple slope analyzes, it was determined that the self-compassion has moderator role on the relationship between post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth. Finally, it was seen that the results found in the study is consistent with the literature in general, as well as they were discussed in the context of the present literature.

Key Words: Traumatic Experiences, Posttraumatic Growth, Self- Compassion, Posttraumatic Stress Symptoms, Adulthood, Moderator Variable

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ……i
ÖZET…….……iii
ABSTRACT……...…iv
İÇİNDEKİLER…….....v
KISALTMALAR…….……...vii
SİMGELER……ix
TABLOLAR……x
ŞEKİLLER…….....xi
EKLER……...xii
1.GİRİŞ……..……..…..1
1.1 Travma ve Travmatik Yaşantılar……....2
1.1.1 Travma…….....2
1.1.2 Travmatik Yaşantılar……..…..…4
1.2 Travma ve Travmatik Yaşam Olaylarına Karşı Oluşan Tepkiler……...7
1.2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu……..…..8
1.2.1.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı….....9
1.2.1.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Geliştirmede Risk Faktörleri.....11
1.2.2 Travma Sonrası Büyüme……..……..…13
1.3 Travma Tedavisinde Bilinçli Farkındalık…….....19
1.4 Öz-şefkat……...20
1.4.1 Öz-şefkat Unsurları…….…...21
1.4.1.1 Öz Sevecenliğe Karşı Öz Yargılama……...21
1.4.1.2 Paylaşımların Bilincinde Olmaya Karşı İzolasyon…..22
1.4.1.3 Bilinçliliğe (Farkındalığa) Karşı Aşırı Özdeşim…....22
1.5 Kavramlar Arası İlişkiler……..25
1.5.1 Öz-şefkat ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki……...25
1.5.2 TSSB ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki……..…28
1.5.3 TSSB ve Öz-şefkat Arasındaki İlişki…….....29
1.6 Araştırmanın Amacı ……....…34

1.7 Araştırmanın Önemi……..35
2.YÖNTEM…….……...37
2.1 Araştırma Örneklemi…….....37
2.1.1 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bilgiler…….....37
2.2 Veri Toplama Araçları…….....39
2.2.1 Demografik Bilgi Formu……..39
2.2.2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)……..39
2.2.3 Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ)……..41
2.2.4 Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)…….…..42
2.3 İşlem ……....42
2.3 Verilerin Çözümlenmesi……...43
3.BULGULAR……..44
3.1 Data Analiz Planı……..44
3.2 Verilerin Uygunluğunun Sınanması……..44
3.2 Betimleyici İstatistiksel Analizler…….....45
3.3 Sosyodemografik Değişkenler Üzerindeki Analizler……...47
3.4 Araştırma Temel Hipotezini Sınamak İçin Yapılan Ana Analizlerden Elde Edilen Bulgular …….....49
4.TARTIŞMA…….....52
4.1 Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi…….53
4.2 Öz-şefkat ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi……54
4.3 Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Öz-şefkat Arasındaki Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi…….56
4.4 Travmatik Olay Etkisi ve Travmatik Olay Şiddeti ile Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Öz-şefkat Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi……....58
4.5 Değişkenlerin Cinsiyete, Eğitim Düzeyine, Çocuk Sahibi Olma Durumuna ve Gelir Düzeyine Göre Değerlendirilmesi….....59
4.6 Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Öz-şefkatin Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi….....65
4.7 Araştırmanın Sonuçları ve Katkıları…….....69
4.8 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler……..71
5.KAYNAKLAR……73

6.EKLER…….91
EK A: Bilgilendirilmiş Onam Formu……..91
EK B: Demografik Bilgi Formu……..92
EK C: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)……...93
EK D: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ)……....96
EK E: Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)……..97
ÖZGEÇMİŞ……98

KISALTMALAR

TSB: Travma Sonrası Büyüme

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ASB: Akut Stres Bozukluğu

TSBÖ: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

TSSTÖ: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

ÖDÖ: Öz-Duyarlık Ölçeği

SİMGELER

F: Frekans

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

SH: Standart Hata

n: Toplam Sayı

p: Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayısı

R^2: Regresyon Katsayısı

%: Yüzde

β: Beta

TABLOLAR

Tablo 1. Travmatik Yaşantıların Gruplandırılması……5

Tablo 2. Travma Sonrası Verilen Reaksiyonlar Açısından Tanısal Kategorilerin Tarihsel Seyri……8

Tablo 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri……...10

Tablo 4. TSSB İçin Risk Faktörleri ve Yordama Tutarlığı……12

Tablo 5. Travma Sonrası Büyümeyle İlişkili Bulunan Değişkenler……..18

Tablo 6. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bilgiler……38

Tablo 7. Psikolojik Rahatsızlık ile İlgili Betimleyici Bilgiler……45

Tablo 8. Çalışmada Kullanılan Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri……....45

Tablo 9. Travma Sonrası Stres Ölçümünün Olay Altboyutu Sıklık Tablosu…….....46

Tablo 10. Çalışmada Kullanılan Değişkenler Arası Korelasyonlar……...47

Tablo 11. Demografik Değişkenler Üzerindeki Analiz Sonuçları…….49

Table 12. Travma Sonrası Büyüme Üzerindeki Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları…….50

ŞEKİLLER

Şekil 1. Travma Sonrası Büyüme ve Öz-şefkatin Ortak Etkisinin Grafiği…….51

EKLER

EK A: Bilgilendirilmiş Onam Formu……..91
EK B: Demografik Bilgi Formu……..92
EK C: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)……...93
EK D: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ)……96
EK E: Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)…….97

1.BÖLÜM
GİRİŞ

Geçmişten bugüne kadar bakıldığında insan, hayatı boyunca birçok olay deneyimlemektedir. İnsanların yaşadığı bu olayların bazıları kişileri zorlamakta, yaşamları için tehdit unsuru olmakta, çaresizlik hissi yaratmakta ve büyük duygusal yıkımlara sebep olabilmektedir. İnsanlar bu olumsuz ve tehdit edici durumlar karşısında bazen hayatta kalabilir ve bununla baş edebilirken bazı durumlar ise kişi için baş edilemez ve yıkıcı olabilmektedir. İnsan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen çok yönlü bir varlık olup, kişinin cinsiyeti, genleri, yaşı, kişiliği, kültürel değerleri ve etnik yapıları gibi etkenler olayları algılayışını etkilediğinden dolayı, kişi bazı olayların üstesinden gelemeyebilir. Bireylerin baş etme kaynaklarını zorlayan, yaşamlarını tehdit eden bu olumsuz olayları "travmatik yaşantılar" olarak değerlendirilebilmektedir (Cesur, 2012).

Doğal afetler, kazalar, kayıplar, savaşlar, akut ve kronik hastalıkların psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini değerlendiren pek çok araştırma Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) üzerine odaklanmıştır. Son zamanlarda ise TSSB'nin bir "antitezi" olduğu düşünülen, acı ve stres yaratan travmatik bir olay sonrasında yaşanan pozitif değişim ve gelişimlerin insanlar için bir "armağan" olabilen "travma sonrası büyüme" konusu bir çok araştırmacının dikkatini çeken bir kavram olmuştur (Calhoun ve Tedeschi, 1998).

Travmatik yaşam olaylarından sonra kişinin zarar görmesinden ziyade, olay sonrası kişide meydana gelen olumlu değişimlere odaklanan "travma sonrası büyüme" olgusu, her ne kadar yeni bir kavram olsa da çeşitli değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Bu değişkenlere başa çıkma stratejileri, sosyal destek algısı,

sosyodemografik özellikler örnek olarak verilebilirken, kişilerin olumsuz olaylarla başa çıkmasında yardımcı olan kişisel özellikler olarak düşünülen sağlamlık, dayanıklılık, iyimserlik, tutarlılık, duyarlık algısı gibi kavramlar travma sonrası büyüme ile ilişkilendirilse de bu kavramların travma sonrası büyüme ile ilişkisi detaylı çalışılmamıştır ve net değildir (Calhoun ve Tedeschi, 2004). Ancak, tıpkı travma sonrası büyüme kavramı gibi literatüre yeni girmiş olan ve, bir kişilik özelliği gibi düşünülen öz-şefkat kavramının travmatik yaşantılar açısından genel populasyonda araştırıldığı herhangi bir çalışmaya alan literatüründe rastlanılmamıştır.

1.1 Travma ve Travmatik Yaşantılar

1.1.1 Travma

"Travma" sözcüğünün, 19. yy ve 20. yy'ın ilk yarısında "fiziksel travma" dışında kullanımı pek yaygın olmamakla birlikte, günümüzde tıp literatüründe travma kavramının tanımlaması "bedene dış bir etmen tarafından bir zarar gelmesi" olarak karşılık bulmaktadır (Jones, 2007; Kocatürk, 2005). Travmatik bir olay deneyimleyen bir bireyden, bu sıkıntıyla baş etmesi beklenir. Eğer birey bu sıkıntı verici durum ile baş edemiyor, ardından psikolojik problemler yaşıyorsa büyük olasılıkla bu kişinin zihinsel bir hastalığı veya hastalığa yatkınlığı olabileceği, ego gücünün zayıf olabileceği, biyolojik bir rahatsızlığı (şizofreni vb.) olabileceği düşünülmekteydi. Başka bir ifadeyle; yaşanan sıkıntıların asıl nedeni olarak kişinin kendisi görülürken, travmatik yaşantının kişiye olan psikolojik yansımaları göz ardı edilmekteydi (Jones ve Wessley, 2005). 1870 yılında yaşanan Prusya ve Fransa savaşı sonrasında, travmatik olayların bireylere yansıyan fizyolojik etkilerin ötesinde, bu yaşantıların kişide yarattığı psikolojik sıkıntıların varlığı düşüncesi oluşmaya başlamıştır. Bu kişilerin yaşadığı psikolojik duruma yönelik ilk tanı "travmatik nevroz" olarak adlandırılmıştır (Kardiner, 1959). Her ne kadar Birinci Dünya Savaşı'ında travmanın birey üzerinde yarattığı psikolojik etkiyi tasvir etmek adına "bomba etkisi" (shell schock) gibi terimler kullanılsa da, benzer şekilde İkinci Dünya Savaşı öncesinde de travmayı yaratan yaşantılar ele alınmamış ve bozuklukların oluşmasında travmanın etkili olduğu fikri haricinde bir gelişme kaydedilmemiştir (Jones,2007).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısı (APA, 2013) travmayı şöyle tanımlar: "*Aşağıdaki bir (veya daha çok) yoldan ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalmak: (1) travmatik olay(lar)ı doğrudan yaşamak; (2) olay(lar) diğerlerine olurken şahsen tanık olmak; (3) yakın bir aile üyesi veya yakın arkadaşın travmatik olay(lar) yaşadığını öğrenmek – bir aile üyesinin veya arkadaşın ölümü veya ölüm tehlikesi yaşaması durumunda olay(ların) şiddet içermesi veya kaza sonucu olması gerekir; (4) travmatik olay(lar)ın rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar veya aşırı ölçüde maruz kalmak (örneğin ilk müdahalede bulunan veya insan kalıntılarını toplayanlar, çocuk istismarının ayrıntılarına tekrar tekrar maruz kalan polis memurları) (Not: A4 kriteri elektronik medya, televizyon, film ve resimler yoluyla maruz kalmayı, bu durum iş gereği olmadıkça içermez.).*"

Alanyazında "A ölçütü sorunu" olarak geçen Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun "travma" tanımının kriterleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (DSM) üçüncü baskısından beri tartışma konusu olmaktadır. Travma tanımının, sürekli tartışıldığı ve süreç içinde değişime neden olduğu bilinmekle birlikte bu değişimi yayınlanmış DSM'lerde izlemek mümkün olmaktadır (Wilson, 1994). Her ne kadar DSM-III'ten önce de travma ve ilişkili bozukluklardan bahsedilmiş olunsa da ne travmanın ne de travma ile ilişkili bozuklukların net bir tanımı yapılamamıştır. Sıkıntılı ve zorlu yaşantıların "travma" olarak nitelendirilmesi ilk olarak DSM-III'te görülmektedir (APA, 1980). Dönemin siyasi durumu göz önüne alındığında ilk zamanlarda sadece büyük ölçekli felaketler travma olarak nitelendirilirken, DSM-III'ten bu yana travmanın subjektif tecrübesi üzerine dikkat çekilmiş ve travma ile ilişkili bozuklukların doğrudan tanımı yapılmıştır (APA, 2013; Çolak ve ark.; 2010).

Önceden "Akut Stres Bozukluğu" ve "Travma Sonrası Stres Bozukluğu", "Anksiyete Bozuklukları" bölümünün içinde yer alırken, DSM-5'te kaygı bozukluklarının içinden alınarak "Travma ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" bölümüne yerleştirilmiş, ayrı bir "travma" kategorisi oluşturulmuştur (APA, 2000; APA, 2013).

1.1.2 Travmatik Yaşantılar

İnsanların benliklerine ve dünyaya ilişkin sahip oldukları temel varsayımlar, kişilerin yaşamlarını, hayata karşı tavırlarını, beklentilerini işlevsel bir şekilde belirlemekte etkili olan önemli bir inanç sistemleri olarak kabul edilmektedir. Savaş, terör, çatışma, kaza, doğal afet, hastalık, fiziksel ve cinsel saldırı gibi travmatik olaylar, araştırma verilerine göre dünyada toplam 1,958,928,805 kişiyi etkilemektedir (Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Konfederasyonu, 2000). Söz konusu olan bu travmatik olaylar sebebiyle, kişilerin dünyanın güvenilir ve tahmin edilebilir bir yer olduğuna ilişkin temel psikolojik varsayımları yıkılabilmekte, hayattaki düzen ve sürekliliğe dair temel inançlarını zedeleyebilmekte, kendi mevcudiyetinin sarsıldığı ve sorgulandığı hissine kapılabilmektedir (Janoff-Bulman ve Berg, 1998; Dürü, 2006).

DSM'nin yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskısında travmatik yaşantılar; "*gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma*" şeklinde tanımlanmıştır. Bu olay ve yaşantılar karşısında bireyde korku, dehşet ve çaresizlik duygularının ortaya çıkabileceğinden bahsedilmiştir (APA, 2000). DSM-V'e bakıldığında ise travmatik yerine örseleyici terimi kullanılmıştır. Bu tanımda diğer tanıma ek olarak "*olayların sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma*" ifadesi yer almıştır (APA, 2013). Bahsi geçen bu travmatik yaşantılar iki ana grupta ele alınabilmektedir. İnsan eliyle ortaya çıkan travmatik olaylar (cinsel saldırılar, terör, kaza vb.) birinci grupta yer alırken, doğal olaylar ise (sel, kayıp, hastalık vb.) ikinci grup olarak değerlendirilmektedir. Bunlara ek olarak yakın birisinin ani ve beklenmedik kaybı da doğal olaylar grubunda travmatik bir olay olarak ele alınmaktadır (Macnab, 1989). Tablo 1'de travmatik olayların gruplandırılması gösterilmektedir.

Tablo 1. Travmatik Yaşantıların Gruplandırılması

İnsanlar tarafından ortaya çıkan travmatik olaylar	
İstemli olarak yapılanlar Savaş, terör, taciz, işkence, tecavüz vb.	İstemsiz olarak yapılanlar Trafik kazası, iş kazası, nükleer enerji kazası vb.
Doğal olaylar Deprem, sel, kasırga, ani yakın kaybı, ölümcül hastalık vb.	

Önder ve Tural (2004), "psikolojik travma bir anlamda kişinin zayıflığı, güçsüzlüğü ve çaresizliği ile yüzleşmesidir" şeklinde travmatik yaşantıyı tanımlamaktadır. Kişiler bir travmatik yaşantı ile karşılaştığında, bu olayla birlikte travma sonrası stres belirtileri ve beraberinde çaresizlik, yetersizlik, engellenmişlik, korku, anksiyete, geri çekilme, kaçınma ve umutsuzluk gibi negatif durumları yaşamaktadırlar (Ehlers, Mayou ve Bryant, 1998; Öztürk, 1997). Tekrar yaşantılama (örn., kabuslar ve hastalık/süreç hakkında çok fazla düşünme gibi), kaçınma (örn., duygusal küntlük, olayı konuşmaktan ve hatırlatıcılardan kaçınma gibi) ve aşırı uyarılmışlık (örn., huzursuzluk, sıkıntı ve tetikte olma gibi) travmatik yaşantılar sonrasında oluşan en yaygın travma sonrası stres belirtileri arasında olduğu söylenebilmektedir (APA, 2000; Oflaz, 2008). Durumları bakımından değerlendirildiğinde travmatik yaşantılar akut veya kronik seyredebilmektedir. Yaşanan travmatik olayın etki süresi saniyeler, saatter, günler veya aylar boyunca devam edebilmektedir (Ursano, Fullerton ve McCaughey, 1994). Travmatik bir olay deneyimleyen bireylerin büyük çoğunluğu davranış, duygu, biliş ve fizik boyutunda içerik, biçim ve şiddetinin öznel olarak değiştiği reaksiyonlar gösterebilmektedir. Bazı durumlar da ise kişiler travmatik bir deneyim karşısında dehşet, çaresizlik ve korku yaşamadığını belirtse de daha sonraki zamanlarda türlü semptomlar gösterebilmektedirler (Dürü ve ark., 2006).

Travmatik olaylar, beklenilenin dışında gelişen, kişiler tarafından kontrol edilmeleri güç olan, günlük yaşam streslerinden farklı olan ve daha yoğun tepkiler uyandıran olağandışı yaşantılardır (Foy ve ark., 1987; akt. Yılmaz, 2006). Kişiler, ani ortaya çıkan, tehlike yaratan ve başetme becerilerini zorlayan bu travmatik yaşantılar karşısında korku, kaygı, çaresizlik ve dehşet duyguları yaşarlar Travmatik yaşantı sonrasında ortaya çıkan tepkiler "anormal bir olaya verilen normal tepkiler" olarak nitelendirilse de, bazı zamanlarda bu tepkiler kişinin bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal alanda işlevselliğini bozacak seviyede belirtiler ortaya çıkarabilmektedir (Işıklı, 2009). Bunlara ek olarak bir travmatik yaşantı sonucu ortaya çıkan tepkiler, sadece travmatik olayı yaşayan kişilerde görülmesinin yanı sıra, bu travmatik olaya şahit olan kişiler de görülebilmektedir (Dürü ve ark., 2006).

İnsanların yaşamları boyunca pek çok örseleyici negatif olayla karşılaşma olasılığının olduğu bilinmektedir. Bireylerin bu tür zorlayıcı olaylara açık olmalarına çevre koşullarının ve yaşam şekillerinin değişmesi etki etmektedir. Literatüre

bakıldığında bireyin hayatı boyunca travmatik bir olayla karşılaşma sıklığını araştıran bir çok çalışma bulunmaktadır (Breslau ve ark., 1991; Norris, 1992; Frans ve ark., 2005).

Amerika'da 15-54 yaş arasındaki 8,098 kişi örnekleminde travmatik olay sıklığını araştıran bir çalışma sonuçlarına göre, kişilerin en az bir travmatik olaya maruz kalma sıklığı erkeklerde %60, kadınlarda %51 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark., 1995). Bir diğer çalışmada ise katılımcıların hayat boyu çeşitli travmatik olaylara maruz kalma sıklığı oldukça yaygın (%40-%70) olarak bulunmuştur (Resnick ve ark., 1995). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, yaşamboyu travmatik olayla karşılaşma sıklığı oranlarını %21.4 ile %90 arasında belirlemişlerdir (Green, 1995; Perkonigg ve ark., 2000; Norris ve ark., 2003). Ülkemizde Karancı ve arkadaşları (2009) üç farklı ilde yaşayan 675'i (%64) kadın, 380'i (%36) erkek olan toplam 1,055 kişi ile yaptıkları çalışmada, travmatik deneyim yaşama sıklığını %84.2 olarak saptamışlardır.

Travmatik yaşantıları açıklayan kuramlardan biri olan bilgi işleme kuramına göre, travmatik anılarla diğer olayların kodlandığı bellek türleri arasında niteliksel bir fark olmamakta, fakat bu anıların farklı kodlandığını belirtmektedir. Bazı kuramcılar ise travmatik hatıraların niteliksel olarak farklı olduğunu ve farklı kodlandıklarını savunmaktadır (Dürü, 2006). İncelenen literatürde, travmatik yaşantı sonrası ortaya çıkan belirtilerin farklılaşabileceği, travmatik olay türünün travma sonrası ortaya çıkacak olan belirtilerle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Lee ve Young, 2001). Linley ve Joseph (2004), farklı türdeki travmatik yaşantının (yakın kaybı, ölümcül hastalıkla karşılaşma, savaşa ve ya çatışmaya katılma, kronik bir hastalığa sahip olma, cinsel taciz, tecavüz, doğal afet vb.) travma sonrası büyümeyi ortaya meydana getirebileceğini yaptıkları derleme çalışmasında belirtmektedirler. Bunun yanı sıra yaşanan travmatik olayın şiddetinin ve etkisinin olaydan olaya değişiklik göstermesinin travmatik olay sonrası belirtilerin farklılaşmasına sebep olacağı düşünülmektedir. Yaşanan travmatik olayın şiddetinin; travma türü, olayın tekrarlaması, olaya yakınlık seviyesi, fiziksel yaralanma yakın birisinin kaybı gibi değişkenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bunlara ek olarak olayın şiddetinin, bireyin deneyimlediği travmatik yaşantıyı algılama tarzı ve buna yüklediği anlamla da ilişkili olduğu görülmektedir. Kişinin yaşantıladığı travmatik olayın etkisinin ise, olay bittikten sonra bireyin yaşamına olan negatif etkisi ve yaratmış olduğu olumsuz değişimle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kılıç, 2003). Karancı (2005)'ya göre,

travmatik deneyimin şiddeti, bu deneyime dair sıkıntılar, algılanan sosyal destek, problem odaklı ve iyimser başa çıkma gibi değişkenlerin travma sonrası verilen tepkileri etkilemektedir ve bu kavramlar travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu rapor edilmektedir.

1.2 Travma ve Travmatik Yaşam Olaylarına Karşı Oluşan Tepkiler

Bireylerin travmatik yaşantı sonrasında göstermiş olduğu tepkilerin güncel tanımlamalara yakın, bilimsel çerçevede yapılan tanımlamalarının 19. yy'da oluştuğu bilinse de, travmatik olaya verilen tepkilerin modern çağlardan önce de tartışıldığı görülmektedir (Alford, 1992; Bryant ve Harvey, 1999). Tren yollarının inşası ile birlikte demiryolu kazalarının artış göstermesi kazazedelerin yaşamış oldukları bu kazalardan sonra verdikleri psikolojik reaksiyonlar incelenmiş olup, bu tepkiler "omurga sarsıntısı", "tren yolu omurgası" gibi adlarla nitelendirilmekte, daha sonraki tanımlamaların ise daha çok savaşla ilişkili olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak en ünlüsü "bombardıman şoku" olmakla birlikte, "travmatik nevroz", "korku nevrozu", "kaygı nevrozu" ve "nevrotik şok" gibi tanımlamalara da rastlamak mümkün olmaktadır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemlerde ise "travma sonrası sendrom", "travma fobi", "savaş nevrozu" gibi ifadelerin kullanımı günümüzdeki tanımlamalara yaklaşıldığını göstermektedir (Joseph, Williams ve Yule, 1997).

Amerika Birleşik Devletleri'nin Vietnam'ı işgali ve yenilgisinin ardından, DSM-III'te "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" kavramının yer almasıyla birlikte travma yaşantısı sonrasındaki tepkilerin kapsayıcı bir kavram altına toplanması mümkün olduğu görülmektedir (APA, 1980). Travma karşısında verilen tepkileri belirlemeye yönelik 1980 öncesinde de çeşitli kategoriler önerilmiş olup, bu tanımlamaların tarihsel seyri Tablo 2'de belirtilmektedir.

Tablo 2. Travma Sonrası Verilen Reaksiyonlar Açısından Tanısal Kategorilerin Tarihsel Seyri (Bryant ve Harvey (1999)'den uyarlanmıştır.)

ICD (Hastalıkların Uluslar arası Sınıflaması, Dünya Sağlık Örgütü)	*DSM* (Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği)
	DSM (1952) • Genel Stres Tepkileri • Yetişkinlerde Durumsal Tepki • Uyum Reaksiyonu
ICD-6 (1948) • Akut Durumsal Uyumsuzluk	
ICD-8 (1969) • Geçici Durumsal Bozukluk	DSM-II (1968) • Uyum Reaksiyonu
ICD-9 (1977) • Akut Stres Tepkisi	DSM-III (1980) ve DSM-III-R (1987) • Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ICD-10 (1992) • Akut Stres Tepkisi • Travma Sonrası Stres Bozukluğu • Felaket Yaşantısı Sonrası Kalıcı Kişilik Değişikliği	DSM-IV (1994) • Akut Stres Bozukluğu • Travma Sonrası Stres Bozukluğu
	DSM-V (2013) • Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu • Akut Gerginlik Bozukluğu

Akut Stres Bozukluğu, DSM-IV ile birlikte travmaya verilen tepkiler dahilinde alanyazına girmiştir (APA, 1994). Akut Stres Bozukluğu'nun tanı ölçütleri olarak; kişinin travmatik bir olayla karşılaşması, istenç dışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurm, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan kümelerinden en az dokuz belirti göstermesi, belirtilerin en az üç gün en fazla dört hafta sürmesi, işlevsellikte bozulma olması, başka bir psikolojik durumu daha iyi açıklamaması olarak sıralanmaktadır. Belirtilerin bir aydan uzun sürdüğü durumlarda ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun görüldüğü bir tablo oluşmaktadır (APA,2013). Araştırmalara bakıldığında, bireylerde travmatik yaşantı ardından Akut Stres Bozukluğu gözlemlenmesi, daha sonrasında ortaya çıkabilecekTravma Sonrası Stres Bozukluğu için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Brewin ve ark., 1999; Koren ve ark., 1999).

1.2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu teriminin, bireyin psikolojik travmalar yaşaması durumunda ortaya çıkabilecek ciddi bir problemi temsil ettiği bilinmektedir. Bununla birlikte, TSSB'nin tarihsel olarak bilim adamları ve profesyoneller tarafından kuşkuyla görülen ve yalnızca 1980'de Amerikan Psikiyatrisi'nin üçüncü basımında tanı olarak dahil edildiğinde bilimsel olarak geçerli bir fenomen olarak kabul edilen tartışmalı bir kavram olduğu da bir gerçektir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 1980 yılında DSM-III ile birlikte ilk kez tanımlanan psikolojik bir durumdur (APA, 1980). Bu tanım, travmatik olaylara maruz kalmış bazı bireylerde belirli bir psikolojik

fenomenoloji kalıbının ortaya çıktığı kanıtlarına dayanmaktadır. Travmatik olaylar insanların korku, dehşet ve çaresizlik tepkileri ile karakterize edilen yaşam stresinin diğer biçimlerinden farklı bir nitelik taşır. Zihinsel sağlık alanında bir tanı olarak TSSB'nin önemi, bireyin psikolojik bozukluğunda önemli bir nedensel faktör olarak dış ortamın etkisini kavramış olmasıdır. Travmatik olayın yani dış ortamın nedensel rolünün kabulü ve tanı ölçütlerine dahil edilmesi TSSB'yi DSM-III'ün diğer bozukluklarının çoğundan ayırmıştır. (Reyes, Elhai ve Ford, 2008).

Günümüzün TSSB tanımı, bilgi işleme süreçlerine dayanan Horowitz'in "İki Faktör Modeli"nden ilham almıştır. Bu modele göre bireyler, travmatik olayın ardından rahatsızlık verici düşünceler ve duyguların istilasına uğradığı için bu durumun etkisinden uzaklaşmak adına kaçınma davranışları sergilemektedir (Joseph, Williams ve Yule, 1997). Taylor ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmada, birinci faktör istilalar ve kaçınma olurken, aşırı uyarılmışlık ve duygusal küntlüğün ise ikinci faktörü oluşturduğu bulunmuştur.TSSB'nin boyutlarını araştıran bir başka araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiş; ilk boyutun depresif ve kaçınmacı, ikinci boyutun ise anksiyete ve uyarılma belirtilerinden oluştuğu rapor edilmiştir (Maes ve ark., 1998).

1.2.1.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun belirli bir nüfüsta görülme yaygınlığı, o toplumdaki stresörlerle uyumluluk göstermektedir. TSSB her yaştaki birey için bir tehlike olabilmekle birlikte daha ziyade genç erişkinlerin yaşadığı bir sıkıntı olmaktadır. Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, TSSB'nin hayat boyu görülme sıklığı cinsiyete göre farklılaşmış olup, kadınlarda %1-3 iken erkeklerde %0,5 olarak rapor edilmektedir (Helzer, 1987). Erkekler de savaş ile ilişkili olaylar en büyük etken olarak rapor edilmekteyken, kadınlarda ise bu durum daha çok fiziksel saldırılar olmaktadır. TSSB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %1-3 olduğu, kişilerin %5-15'inin TSSB'nin subklinik biçimlerini sergilediği, travmatik yaşantıya sahip risk altındaki kişilerin ise prevalansının %5-75 arasında değişkenlik gösterdiği bulgulanmaktadır (Kaplan, 1998). TSSB"nin yaşam boyu yaygınlık oranları temsili genel popülasyon araştırmalarında %5.6 (Frans ve ark., 2005), %6.8 (Kessler, 2000), %8.3 (Breslau ve ark., 1998) ve %11.2 (Norris ve ark., 2003) olarak belirtilmektedir.

Tablo 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri (APA, 2013)

Not: Aşağıdaki tanı ölçütleri erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır.

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralamayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ve ya yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm sıklığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Orseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürüsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları). **Not:** Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Orseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Orseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anılar. **Not:** Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.
2. İçeriği ve/ya duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. **Not:** Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.
3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşleri). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır). **Not:** Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.
4. Orseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
5. Orseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Orseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
2. Orseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Orseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgi olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. ‘’Ben kötüyüm’’, ‘’Kimseye güvenilemez’’, ‘’Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir’’, ‘’Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu’’).
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgi ya da katılımda belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişikliklerin olması:

1. İnsanlar ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
3. Her an tetikte olma.
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
5. Odaklanma güçlükleri.
6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri TSSB’nin tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)
2. Gerçekdışılık (derealizasyon)

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin bir maddenin (örn.bilinç kararmaları, alkol eksikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa Belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa süre içinde başlasa da).

Bunlara ek olarak travmatik bir olay deneyimleyen bireylerin ortalama %18'i uzun sürede kronik TSSB geliştirdikleri ifade edilmektedir (Schroeder, 2000). Türkiye'de TSSB yaygınlığı ile ilgili pek çalışma olmamakla birlikte, Kuğu ve Akyüz (2002), Marmara depremi sonrası yapmış oldukları araştırmada depremzedelerde TSSB geliştirme oranını %56-77 olarak bulgulamışlardır. Travmatik olay türüne göre görülme sıklığına bakıldığında; doğal afet yaşamış kişilerin %3'ünde, Vietnam savaşına katılanların %30'unda, ölümcül yaralanmalardan sağ kalanların %30'unda TSSB ortaya çıkarken, hastalığın subklinink formunu gösteren kişilerin oranı ise %25 olarak belirtilmektedir (Hammond ve ark., 1993; Helzer, 1987; Kaplan, 1998). TSSB görülme sıklığını travmayı kişinin kendisinin deneyimlemesi, travma şiddeti ve süresi gibi değişkenlerin artırdığı belirtilmektedir (Labbate ve Snow, 1992). Norveç'te bir boya fabrikasındaki patlamadan sağ kurtulanların %80'inde, toplama kamplarından sağ kurtulanların %75'inde, 1982 Lübnan savaşında çarpışan İsrail askerlerinin %59'unda, Amerikalı Vietnam askerlerinin %19'unda, Meksika'da depremlerden sağ kurtulanların %32'sinde, Meksika göçmenlerinin %25'inde, uçak kazasına uğrayanların %22'sinde TSSB ortaya çıktığı görülmektedir (Hammond ve ark., 1993; Helzer, 1987).

1.2.1.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Geliştirmede Risk Faktörleri

Travmanın öznel bir tecrübe olduğunu ve her bireyin yaşanan olayı farklı algıladığı bilinmektedir. Yaşanan olayın kişide travmatik bir etki yaratabilmesi için, olayı algılayış biçimine bağlı olarak hayatını, duygularını, düşüncelerini olumsuz etkilemiş olması gerekmektedir (Carlson ve Ruzek, 2003). Kişide TSSB'nin ortaya çıkma olasılığını stres kaynağı da etkilemekte, aynı olayı yaşayan herkeste TSSB görülmeyebilmekte yani kişi için olayın öznel bir anlamının olması gerekmektedir. Araştırmalar, TSSB'nin ortaya çıkmasında ve travmadan etkilenme düzeyinde bazı faktörlerin öneminden bahsetmektedir. Bu bozukluğun oluşumunda etnik, kültürel, psikolojik, fizyolojik, aile yapısı, sosyal durumlar ve kişisel özellikler risk faktörleri olarak ele alınabilmektedir (Kaplan, 1998). Kadın olmak, çocuk ya da yaşlı olmak, daha önce bir travmatik yaşantıya sahip olmak, yardım-kurtarma çalışmalarına katılmak, yalnız yaşamak, aile desteğinin olmaması, psikiyatrik ya da fiziksel hastalık öyküsüne sahip olmak ve çocuklukta yaşanan istismar ya da travma yaşantısı

da risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Aker, 2006; Eke, 2007; Karakaya ve ark., 2004; Suomalainen ve ark., 2011). Bunlara ek olarak, travmatik olayın algılanan şiddeti, sosyal destek azlığı, içe dönüklük, yüksek nörotisizm, bireyin suçluluk duygusu, stresörün ani olması, alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsü TSSB görülmesini arttıran risk etkenleri arasında görüldüğünü destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Davitson, 1989; Kaplan, 1998; Resnick, 1989).

Çocukluk çağından ergenliğe geçişte TSSB geliştirme oranı artmakta, ergenlik dönemindekilerin orta yaş aralığındaki kişilere göre travmadan etkilenme riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu duruma istinaden TSSB geliştirme bakımından ergenlik döneminin bir risk faktörü olduğunu söylemek mümkün olmaktadır (Özgen ve Aydın, 1999; Suomalainen ve ark., 2011). Ek olarak eğer travmatik olay doğal yoldan değil de insan eliyle meydana gelmişse TSBB yaşama riski, şiddeti ve süresi daha fazla olduğu bilinmektedir (Özçetin ve ark., 2008).

Tablo 4. TSSB İçin Risk Faktörleri ve Yordama Tutarlığı (Brewin, Andrews ve Valentine (2000) İle Lee ve Young'dan (2001) Uyarlanmıştır)

Risk Faktörü	*Yordama tutarlığı (etki büyüklüğünün araştırmalar arasındaki değişkenliği)*	*Etki büyüklüğü (z-skoru)*
Travmatik yaşantının şiddeti	Tutarlı	Küçük-orta (27.73*)
Sosyal destek yoksunluğu	Tutarlı	Küçük-orta (24.88*)
Yaşam stresi	Tutarlı	Küçük-orta (17.90*)
Psikolojik bozukluk öyküsü	Tutarlı	Küçük (9.83*)
Çocuklukta kötüye kullanım	Tutarlı	Küçük (5.77*)
Ailede psikolojik bozukluk	Tutarlı	Küçük (8.93*)
Düşük sosyo-ekonomik düzey	Tutarlı	Küçük (11.05*)
Düşük eğitim düzeyi	Tutarlı	Küçük (10.68*)
Düşük zeka düzeyi	Tutarlı	Küçük (6.09*)
Başka bir travmatik yaşantı	Tutarlı	Küçük (8.83*)
Zor çocukluk koşulları	Tutarlı	Küçük (15.77*)
Cinsiyet (kadın olmak)	Bazı popülasyonlar	Küçük (13.44*)
Küçük yaşta olma	Bazı popülasyonlar	Zayıf (5.26*)
Azınlık statüsü	Bazı popülasyonlar	Zayıf (4.95*)

* p<.001

1.2.2 Travma Sonrası Büyüme

Travmatik yaşantılar, problem oluşturan pek çok semptomu meydana getirse de bireysel gelişim için bunu bir fırsata çevirmek mümkün olmakta, kişilerin travmatik olay sonrasında öncesine kıyasla işlevsellik seviyesinin daha iyi bir düzeye geldiği bilinmektedir (Tedeschi,1999). Travma sonrası büyümenin ASB ve TSSB gibi kesin bir tanımlamasını yapmanın zor olduğu düşünülmektedir. Travma sonrası büyüme, kişilerin içinde bulunduğu zorlayıcı hayat şartları ile baş etme sonucu deneyimlediği "pozitif psikolojik değişim" şeklinde ifade edilebilmektedir. Travma sonrası büyüme kavramına göre birey kendini acıdan tamamen arındırmaz ve bu acıyla birlikte yaşamdan yeni şeyler öğrenmenin mutluluğunu yaşamaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Bireyler travma sonrası büyüme yaşayarak daha dengeli, şefkatli, merhametli ve kabullenici olma gibi özellikler elde edip, kişisel gelişim sağlamaktadırlar (Zisook ve Zisook, 2005). Tedeschi ve Calhoun (2008), travma sonrası büyümedeki değişimi beş boyutta incelemektedir: (1) *yeni seçeneklerin fark edilmesi* (artık ulaşılamayacak eski hedeflerden vazgeçilmesi, yeni ve gerekli olanlara ulaşılmaya gayret edilmesi); (2) *kişiler arası ilişkilerde olumlu değişim* (diğerlerine daha yakın davranma, daha fazla kendini açma ve duygularını paylaşma, empatik yaklaşımlarda artış); (3) *kişisel güç hissinde artma* (daha kırılgan ama daha güçlü bir kendilik algısı, travmatik yaşantıyla başa çıkabilmenin getirdiği kendine güven duygusunda artış ve güçlülük, yeni rollerin benimsenmesi); (4) *yaşamın değerini anlama* (küçük ve günlük şeylerin değerini anlama, yaşamdaki önceliklerin yeniden belirlenmesi); (5) *inanç sisteminde değişimlerdir* (varoluşsal deneyimin derinleşmesi, dinsel inançların yeniden formüle edilmesi).

Bireyin hayatındaki önceliklerinin değişmesi ve yaşamın daha çok takdir edilmesi ile birlikte artık kişi hayattaki ufak şeylerden zevk almaya başlayabilmekte, eskiden farkında olmadığı ve gündelik yaşamın bir parçası olan şeyler mutluluk verici hale gelebilmektedir. Bunların yanı sıra travmatik yaşantıdan sonra kişinin yakın ilişkilerine bakış açısı değişmekte ve bu yakın ilişkilerine daha çok değer vermektedir. Kişinin deneyimlediği bu zor olaylardan sonra "kötü gün dostları" ile daha çok yakınlaşabilmektedir. Travma sonrası büyüme yaşayan kişiler "eğer bu olayın üstesinden gelebildiysem, her şeyin üstesinden gelirim." şeklinde bir inanç geliştirmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bunun yanı sıra depremde göçük altında kalıp kurtulan bir kişi, bu travmatik olay sonrası arama kurtarma alanında

bilgi edinip bu alanda çalışması gibi kişiler yeni olasılıkların farkına varabilmektedir. Son olarak da travmatik bir yaşantı sonucu kişilerin dini inançlarında güçlenme ya da tümden yok olma gibi değişimler yaşayabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2008).

Travma sonrası meydana gelen olumlu değişikler literatürde "stresle ilişkili büyüme", "travma sonrası gelişim", "travma sonrası büyüme", "yorumlanan kazanç", "pozitif yeniden değerlendirmeler", "algılanan yararlar", "pozitif illüzyonlar", "zorluklardan güç toplamak" gibi birçok farklı şeklide isimlendirilse de, travma sonrası büyüme modelinde Tedeschi ve Calhoun (2004), bu kavramların hepsini travma öncesi etmenler, travmatik yaşantı ile ilgili özellikler, bu olayın yarattığı stres ve travmatik olayın işlemlenmesi (ruminasyon) gibi bir süreç sonrası ortaya çıkan bir sonuç olarak ele almaktadır. Bunlara ek olarak, Schaefer ve Moos'un (1992) modelinde önemli yaşam olayları, kişinin hayatındaki krizler veya geçiş dönemlerinden sonra kişilerin olumlu değişimler yaşayabileceği üzerine vurgu yapılmaktadır.

Schaefer ve Moos (1992)'un modeline göre, bireylerin bireysel ve çevresel kaynakları, yaşam krizleri esnasındaki değişkenleri, karşılaşılan krizi ve sonrasını etkilemektedir. İnsan hayatında ortaya çıkan kriz durumları esnasındaki değişimler ise bireylerin yaşanan olayı bilişsel olarak işlemlemesini ve baş etme yollarını etkileyerek, travma sonrası büyüme yaşamasını sağlamaktadır. Bireye çevresinin sağladığı sosyal desteğin uygunluğu, zamanlaması, ulaşılabilirliği, travma öncesi ve sonrasında kişinin bulunduğu ortamı ve sosyal desteği gibi değişkenler çevresel kaynaklar içerisinde yer almaktadır. Sosyo demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vs.), olaydan önceki deneyimler ile kontrol odağı, psikolojik dayanıklılık, sağlamlık, motivasyon, sağlık durumu, özgüven gibi kişilik özellikleri ise bireysel kaynaklar çerçevesinde ele alınmaktadır (Schaefer ve Moos, 1998).

Calhoun ve Tedeschi (1995), travma sonrası büyümeyi açıklamaya yönelik geliştirmiş oldukları işlevsel betimsel modelde büyümeyi çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmekte, buna ek olarak büyümeyi hem bir süreç hem de bir sonuç olarak düşünmektedirler. Kişilik özellikleri, travma türü ve sosyal destek mekanizmalarının işlevselliğine bağlı olarak farklı boyutlarda büyüme gerçekleşeceğinden bahsetmektedirler. İyimser bir bakış açısına sahip olmak, umutlu

olma, dışadönüklük, deneyime açık olma, yaratıcı olma gibi kişisel özelliklerin büyüme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bireylerin bilgiyi işlemleme şekli ve sorunlar karşısında yaratıcı çözümler bulma becerisinin travma sonrası büyüme için destekleyici faktör olduğu savunulmaktadır. Kişilerin yaşadıkları travmatik olay sonrası şemaları yıkılmakta, ruminasyonlar aracılığıyla birey yaşadığı olayı anlamlandırma çabası içine girmektedir. Bu istemsiz ruminasyonlar, TSSB'nin yeniden yaşama ve kaçınma örüntüleriyle uyum göstermektedir. Sosyal destek mekanizmaları ve duygusal sıkıntıların azalmasıyla birlikte bireyler için yeni inançlar, amaçlar ve davranış stilleri oluşturma vakti gelmekte, ruminasyonlar istemli hale dönüşmektedir. Travmatik yaşantıyla alakalı sıkıntılar belli seviyede devam etse de uyum süreci ve yeni kimlik oluşturma çabası ile birlikte, bireyler travma sonrası büyüme sürecine geçiş yapmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998).

Organizmik değerlenme kuramında ise, travma sonrası büyüme kavramı pozitif psikolojik bakış açısı çerçevesinde ele alınmakta, travmatik bir yaşantı sonrası büyümeyi içsel bir motivasyon olarak değerlendirmektedir (Joseph ve Linley, 2005). Travmatik olayın ardından büyüme yaşanması için çeşitli şartların varlığından bahsetmektedirler. Bu şartlarda birincisi, travmatik olayın ölüm tehditi içermesi, kontrol edilemezlik hissi ve çaresizlik yaşanması olarak belirtilmektedir. İkinci olarak, olumlu yeniden anlamlandırma, kabullenici başa çıkma stratejisi, istemli yapılan ruminasyon ve iyimser kişilik özelliği gibi faktörlere dikkat çekmektedir. Son olarak, travma sonrası oluşan stres belirtilerinin travma sonrası büyüme ile ilişkili olabileceği, büyümenin olabilmesi için belirli düzeyde de olsa sıkıntı yaşamanın şart olduğu vurgulanmaktadır (Joseph ve Linley, 2004).

Travma sonrası büyüme kavramı ile yapılan çalışmalar, birçok değişik örneklemde araştırılmış olup, 1980'lerin ortalarından itibaren artış göstermektedir. Çalışılan bu populasyonlar; kronik hastalık grupları, sakatlıktan acı çekenler, HIV enfeksiyonlu bireyler, kalp krizi yaşamış kişiler, kanser hastaları, tıbbi sorunları olan çocuğa sahip ebeveynler, trafik kazalarından sonra hayatta kalanlar, doğal afet yaşamış kişiler, yangından sağ kurtulanlar, tecavüz ve cinsel taciz mağdurları şeklindedir (Tedeschi ve ark., 1998).

Kanser hastaları örnekleminde yapılan bir çalışmada, travma sonrası büyüme envanteri katılımcılara kanser tanısı almalarından 3 ay sonra ve 8 yıl sonra olmak üzere iki kez uygulanmış olup, travma sonrası büyüme boylamsal olarak incelenmiştir. Tanıdan 3 ay sonra daha fazla sosyal destek alan kişilerin, tanıdan 8 sene sonra hastalık sonrası pozitif sonuçlar yaşantıladığı yapılan regresyon analizleri sonucu rapor edilmiştir (Schroevers ve ark., 2010). Kemik iliği nakli olan bireylerin bulunduğu örneklem ile yapılan çalışmada, travma sonrası büyümenin yordayıcıları değerlendirilmiştir. Nakil öncesinde tanımlayıcı değişkenlerden genç olmak, eğitim seviyesinin düşük olması, pozitif yeniden yorumlama becerisinin yüksek olması, baş etme mekanizması olarak problem çözücü olmak ve alternatif ödül arayışı gibi değişkenlerin nakil sonrasında yüksek travma sonrası büyüme düzeyiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Windows ve ark., 2005).

Travma sonrası büyüme kavramı çalışmaları, ülkemizde ise araştırılmaya çok daha kısa zaman evvel başlanılmıştır. Çocuk kaybı yaşayan ebeveynlerin, kaybın ardından travma sonrası büyüme yaşama durumlarını değerlendiren bir çalışmada, çiftlerin başka çocuğa sahip olup olmamasının ve yaş faktörünün travma sonrası büyümeyi etkilemekte olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Yıldırım, 2003). Tanrıdağlı (2005), 1999 Marmara depremi sonrasında sivil bir toplulukta gönüllü çalışmanın bireylerin yaşamış olduğu stres düzeyi ve travma sonrası büyüme durumu üzerine etkisini araştırmıştır. Travma sonrası büyümenin anlamlı yordayıcıları olarak; gönüllü olmak, problem odaklı ve iyimser yaklaşmak, kaderci olmak gibi değişkenleri saptamıştır. Dirik (2006), örneklem olarak romatoit artrit hastaları ile çalışmış olup, algılanan sosyal destek, dindarlık, baş etme becerileri ve yolları, kaynak kaybı, artrit öz yeterliliği, sosyodemografik özellikler ve hastalığa dair değişkenlerin kaygı, depresyon gibi psikolojik sıkıntılara ve travma sonrası büyümeye olan etkisini araştırmıştır. Araştırma bulgularına göre; travma sonrası büyümenin çaresiz baş etme, problem odaklı baş etme ve algılanan sosyal destekle pozitif yönde bir ilişki içinde olduğu fakat, depresyon ile negatif bir ilişki içinde olduğu rapor edilmiştir. Durak (2007), kalp krizi geçirmiş kişiler ve yakınları ile yaptığı çalışmada, çevresel ve bireysel kaynaklar, olayı algılama, bilişsel işlemleme ve baş etme olmak üzere ele aldığı değişkenlerin gizil olarak travma sonrası büyümeyi yordama durumunu bir model içinde incelemiştir. Ele alınan bu değişkenlerin kalp hastaları örnekleminde travma sonrası büyümeyi dolaylı olarak yordadığı, hasta yakınlarında ise çevresel

kaynakların travma sonrası büyüme üzerinde dolaylı bir etkisinin bulunmadığı sonucunu elde etmiştir. Bunlara ek olarak bireysel kaynakların, olay özellikleri, bilişsel işlemleme ve baş etme yollarıyla travma sonrası büyüme üzerinde dolaylı etkisinin olduğunu belirtmiştir. Kanser hastaları populasyonu ile çalışan Bayraktar (2008) ise, travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörler üzerine bir inceleme yapmıştır. Katılımcıların hastalığa ilişkin algıları ve baş etme yöntemlerinin travma sonrası büyüme kavramı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Baş etme yöntemlerinden olumlu yaklaşım, mesafe koyma, kendinin kontrol etme, sorumluluk alma, sosyal destek arama, kaçma ve kaçınma; hastalık algılarından ise hastalık tutarlılığı olarak belirlenen değişkenlerin yapılan regresyon analizi sonucu travma sonrası büyümeyi yordadığı ortaya konmuştur. Böbrek yetmezliği yaşayan bireylerde travma sonrası büyümeyi araştıran bir diğer çalışmada ise, bireylerin hastalıklarının farkında olmaları, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olmaları, yüksek gelir düzeyine sahip olmaları ve hemodiyaliz öncesi birincil ilaçlarını almış olma durumu travma sonrası büyüme düzeyini artırdığı sonucu ortaya konulmuştur. Bunlara ek olarak travma sonrası büyüme ölçeğinin hem toplam puanlarının hem alt ölçeklerinin; baş etme becerisi, algılanan sosyal destek ve sosyal destek arama alt ölçekleri üzerinde etkisi olduğu da belirtilmiştir (Yorulmaz, Bayraktar ve Özdilli, 2010). Bir başka çalışmada ise, şizofreni hastalarına bakım veren kişiler örnekleminde Özlü, Yıldız ve Aker (2010), travma sonrası büyüme ile ilişkili olan değişkenleri incelemiştir. Sonuç olarak travma sonrası büyüme ile ilişkili olan değişkenler olarak; bakım veren kişinin genç olması, genç hastalara bakım vermek, problem odaklı başa çıkma ve sosyal desteğin varlığı bulunmuştur.

Travma sonrası büyüme kavramı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde, kadınlarda, genç katılımcılarda, yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerde büyüme oranının daha çok olduğu saptanmıştır. Kişilik özellikleri bakımından ise dışadönüklük, deneyimlere açık olma, uyumluluk ve vicdan sahibi olmanın büyümeyle pozitif yönde, nörotisizmin ise negatif yönde ilişkili olduğu rapor edilmektedir. Bunlara ek olarak büyüme ile özyeterlik, kendine güven, iyimserli, dayanıklılık, problem çözme odaklı başa çıkma yolları, kabullenmek, olumlu değerlendirme, sosyal destek ve olumlu dinsel başa çıkma yolları gibi kavramların olumlu ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ruminasyon, istila, kaçınma ve olumlu duygulanım büyümeyi olumlu desteklerken, olumsuz

duygulanım, anksiyete, depresyon, madde kullanımı gibi faktörler büyüme ile negatif ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bkz. Tablo 5).

Tablo 5. Travma Sonrası Büyümeyle İlişkili Bulunan Değişkenler (Linley ve Joseph'ten (2004) uyarlanmıştır).

Değişkenler	***İlişkinin Yönü***
Bilişsel Değerlendirme	
Farkındalık	Olumlu
Kontrol	Olumlu
Zarar	Olumlu
Tehdit	Olumlu
Sosyo-demografik değişkenler	
Yaş	Olumlu-olumsuz
Eğitim (yüksek)	Olumlu
Cinsiyet (kadın olmak)	Olumlu
Gelir düzeyi (yüksek)	Olumlu
Kişilik	
Uyumluluk	Olumlu
Vicdan sahibi olma/dürüstlük	Olumlu
Dışadönüklük	Olumlu
Dayanıklılık	Olumlu
Nörotisizm	Olumsuz
Deneyimlere açık olma	Olumlu
İyimserlik	Olumlu
Özyeterlik	Olumlu
Kendine güven	Olumlu
Din	
Varoluşsal açıklık	Olumlu
İçsel dini inanç	Olumlu
Dinsel katılım	Olumlu
Sosyal destek	
Alınan sosyal destek	Olumlu
Sosyal destekten memnuniyet	Olumlu
Bilişsel işlemleme	
Bilişsel işlemleme	Olumlu
Duygulanım	
Olumlu duygulanım	Olumlu
Olumsuz duygulanım	Olumsuz
Psikolojik sıkıntı	
Kaygı	Olumsuz
Depresyon	Olumsuz
Başa çıkma	
Duygusal başa çıkma	Olumlu
Olumsuz dinsel başa çıkma	Olumsuz
Olumlu dinsel başa çıkma	Olumlu
Problem odaklı başa çıkma	Olumlu

1.3 Travma Tedavisinde Bilinçli Farkındalık

Travma için klinik müdahalelere bakıldığında; bilişsel-davranışçı, psikodinamik, farkındalık ve eklektik yaklaşımların entegrasyonuna başvurulduğu görülmektedir. Bazı klinisyenler tarafından etkin terapilerin çeşitli müdahaleler ve teorik modellerden oluştuğu savunulmaktadır (Briere ve Scott, 2016).

Tarihçesinde temel olarak üç kuşağı barındıran bilişsel-davranışçı terapilerin, 1925'li yıllarda teorik yapısı oluşmaya başlamasına karşın pratik alanda 1950'li yıllarda uygulandığı bilinmektedir. Birinci kuşak, davranış gözlemi, yordaması ve değişimleri ile ilgilenen, bu teknikleri psikoterapide kullanan, davranışçı yaklaşımların ön planda ve etkin olduğu uygulamalardır (Hayes 2004). İkinci kuşakta, objektif davranışçılığın aksine uyarıcı ve tepki arasında aracılık yapan bilişlere vurgu yapılmakta, bilişsel-davranışçı yaklaşımların benimsendiği uygulamalar göze çarpmaktadır (Beck 1964). Üçüncü kuşakta ise, içsel yaşantılara dikkat çekilmiş olup, içgörü, bilinçli farkındalık (mindfullness) ve kabul ile alakalı yaklaşımların baskın olduğu görülmektedir. İçsel yaşantılar, davranışlar gibi başka bir kişi tarafından tam olarak gözlemlenebilir özellikte olmamasından dolayı bireylerin tüm bunları kendi farkındalığı üzerinden görünür kılması beklenmektedir. Bilinçli farkındalığın ardından ise kabul süreci başlar ve içsel duyumları değiştirmenin ötesinde bunların kabul edilmesine odaklanılmaktadır (Herbert ve Forman 2011). Dialektik davranış terapisi (Linehan 1993), bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi (Segal 2002), kabul ve kararlılık terapisi (Hayes ve Strosahl 2004), bütünleştirici duygu düzenleme terapisi (Mennin 2010), duygu düzenleme terapisi (Berking 2014) gibi örnekleri üçüncü kuşak yaklaşımlar olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda kabul ve bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların yetişkinlerde uygulaması popülerlik kazanmakta, bu yaklaşımların fizyolojik iyilik durumu, stres ve iyileşme konusunda etkili olduğu araştırmalarca belirtilmektedir (Vatan,2016). Bu tür müdahalelerin, zorlayıcı ve ızdırap veren yaşantılar deneyimlemiş bireyler için gelişen teknikler ve bakış açıları sağladığı, standart tedavilerin etkisini ikiye katladığı düşünülmektedir (Briere ve Scott, 2016).

1.4 Öz-şefkat

Öz-şefkat kavramı her ne kadar 2000 yıllık Budist felsefesine dayansa da, batı kültüründe son yıllarda incelemelere konu olmuştur. Literatüre yeni girmiş olan "self-compassion" kavramı, dilimize farklı şekillerde çevrilmiş olup, "öz-şefkat", "öz anlayış" ve "öz duyarlık" olarak kullanımlarına rastlanmaktadır. Mevcut çalışmada ise bu kavram "öz-şefkat" şeklinde kullanılmaktadır.

Bireylerin, diğer insanların sorunlarına ve sıkıntılarına karşı duyarlı ve açık olması, onlara karşı paylaşımcı tavır benimseyerek, kişilerin yaşadığı probleme yönelik deneyimlerin olumsuz etkilerini daha az hissetmelerine yardımcı olunması öz-şefkat şemsiyesinin altında yer almaktadır (Wispe, 1991; Akt: Neff, 2003a). Başka bir deyişle duyarlı ve şefkatli olan birey, kişilerin başarısızlıklarını önyargısız biçimde anlamakta ve insanları hata yapabilen varlıklar olarak kabul etmektedir. Dolayısıyla birey, kişilerin bu davranışlarını, insanoğlunun yanılabilirlik özelliği kapsamında ele alıp, değerlendirmektedir. Benzer bir şekilde öz-şefkat; bireyin acı ve yaşamasına sebep olan duygularına açık ve duyarlı olması, kendine karşı özenli ve sevecen tutumlar beslemesi, yetersizlik ve başarısızlıklarına karşı anlayışlı ve yargısız olması ve yaşadığı negatif deneyimlerin, insan yaşamının bir parçası olduğunu kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003a).

Brown (2016), öz-şefkati, ortak insanlığımızdaki aydınlığın ve karanlığın farkında olup bunu kabul ederek, kendimize ve acı çeken başkalarına karşı sevgi ve nezaket göstermek olarak tanımlamış, şefkat sayesinde acıya karşı duyulan korkuyu tecrübe etmekte cesaretlendiğimizi, şefkatin ortak insanlığımızı kabul ettiğimizde gerçek olacağını ve empatinin ön koşulu olduğunu düşünmektedir. Kusurları kabul etmenin ve öz şefkatten ilham almanın önemini vurgulamaktadır (Brown, 2015). Öz-şefkati yalın bir şekilde tanımlayan Germer (2009) ise, diğerlerine karşı sergilenen şefkatin, aynı biçimde kişilerin kendisine de sergilemesi olarak ele almıştır. Fazlaca ızdırap deneyimi yaşarken ve günlük hayatın getirdiği sıkıntılarla baş etmeye çalışırken dahi odak noktamızı küçük de olsa farklı tarafa çevirmenin hayatımızın tüm alanında değişiklik oluşturabileceğini, öz-şefkatli olma güdüsünün insanlarda var olduğunu, fakat bu güdünün unutulmuş veya baskılanmış olabileceğinden söz etmektedir. Söz konusu bu güdünün, ızdırap yaşamaya karşı koyma güdüsünden bile daha güçlü

olduğunu savunmaktadır. Öz-şefkatin, insanlar için geliştirilebilir bir özellik olmasının şans olduğunu düşünmektedir. Kişilerin kendisine karşı şefkatli olma seviyesinin, kendi acılarına karşı açık olma deneyimleri sayesinde öz-şefkatin artacağı, diğer kişilerin de acılarının olabileceği ve herkesin bu durumda kendini güvende hissetmeyi istediğini kabul etmekle başkalarına karşı duyulan şefkatin yükseleceği belirtilmektedir (Fulton, 2005). Brown (2011) da benzer şekilde, kişiler kendisine ve başkalarına şefkatli davrandığında şefkati yaşamlarına davet ettikleri, şefkatin özünün kabullenme olduğu, kendimizi ve başkasını kabul etmekte daha iyi hale geldikçe daha şefkatli olunduğunu, kişinin kendine karşı sevecen olduğunda başkalarını da kapsamına alabileceği bir şefkat birikimi yarattığını, çocuklarımızın bizi izleyerek öz-şefkatli olmayı öğrendiğini savunmaktadır.

1.4.1 Öz-şefkat Unsurları

Öz-şefkat, birbiriyle etkileşim içinde olan, *öz sevecenlik, paylaşımların farkında olma ve bilinçlilik* olmak üzere 3 temel unsurdan meydana gelmektedir.

1.4.1.1 Öz Sevecenliğe Karşı Öz Yargılama

Öz sevecenlik; bireyin kendine yönelik sert bir şekilde öz eleştiri ve yargılama içinde bulunması yerine, kendisine karşı sevecen ve anlayışlı bir tutum sergilemesi olarak nitelendirilmektedir. Bu bireyler, kusurlarına ve yetersizliklerine nazik bir şekilde yaklaşmakta, kendisine karşı kullandığı dilin yumuşak ve destekleyici olmasına özen göstermektedir. Yetersizlik ve başarısızlıkları karşı acımasızca eleştirel olma yerine öz sevecenlikte kişinin mükemmel olmadığının ve hata yapabilir olduğunun kabulü söz konusudur (Neff, 2011). Ancak tüm bunlar bireyin her koşulda iyi hissedeceği anlamı taşımamaktadır. Bunun yerine kişinin kendine karşı kibar olması; benliğine zarar veren duyguları terk etmeyi, gelişim ve doyum yaşaması için gerekli davranışları yerine getirmeyi ve tüm bu davranışların sorumluluğunu almak için benliği cesaretlendirmeyi gerektirmektedir (Neff, 2003b).

Öz sevecenliğin tersi olan öz yargılama; olumsuz bir yaşantı karşısında kişinin, tüm olumsuzlukların sorumlusu olarak kendisini aşırı ve sert şekilde eleştirmesi olarak ifade edilmektedir. Bu durum, sosyal izolasyon, depresyon, kişiler arası ilişkilerde zorluklar ve daha birçok ruhsal olumsuz stres yapılarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kirkpatrick, 2005).

1.4.1.2 Paylaşımların Bilincinde Olmaya Karşı İzolasyon

Paylaşımların bilincinde olma; bireyin yaşantılarını insanlık deneyiminin bir parçası olarak algılaması olarak nitelendirilmektedir. Kişiler hata yaptığında ve ya başarısız olduklarında, kendisini sert ve acımasızca eleştirip, başka insanlarla kıyaslamak yerine insanların hata yapabilen varlıklar olduklarını, hatayı da ortak insanlık deneyiminin bir parçası olarak değerlendirmesi olarak ifade edilmektedir (Neff, 2003b). Öz şefkat; insanların yanlış yapıp başarısız olabilmesini, kendisini yetersiz hissetmesini ve kusurlu olmayı insanlığın ortak deneyiminin bir parçası olarak görmektedir. Dolayısıyla bireylerin zayıflık durumu tek başına bir kavram olarak değil, daha kapsamlı bir çerçevede değerlendirilmektedir. Aynı şekilde zorlu yaşam koşulları da ortak insanlık deneyimi şemsiyesi altında yer alabilmektedir. Kişi bu sayede acıyı yaşarken kendisini izole edilmiş hissetmemektedir. Bunlara karşın birey zor zamanlarda deneyimlediği "neden ben" hissiyatı ayrışma duygularına neden olmakta, kendisini yalıtılmış hissedebilmektedir (Neff, 2011).

Paylaşımların bilincinde olmanın tersi olarak ortaya çıkan izolasyon; bireyin deneyimlediği olumsuzluklar sonucunda hissettiği negatif duyguları sadece kendisinin yaşadığını, diğer insanların ise daha mutlu olduklarını düşünmesi durumudur. Bu tarz düşünme yapısına sahip olan kişi, kendisini yalnız hissetmekte ve içinde bulunduğu sosyal hayattan kendisini geriye çekerek izole hale gelmektedir (Öveç, 2007).

1.4.1.3 Bilinçliliğe (Farkındalığa) Karşı Aşırı Özdeşim

Öz-şefkatin üçüncü boyutu olan bilinçlilik; kişinin bilişleri, duyguları ve çevresi ile ilgili hem içsel hem de dışsal farkındalığı anlamına gelmekte ve öz şefkatten daha önce araştırılmaya başlanan bir kavram olduğu bilinmektedir (Brown ve Ryan, 2003; Akt: Richards, Campenni ve Muse-Burke, 2010). Neff (2003b), öz şefkat kavramı içinde yer alan bilinçlilik alt boyutu bireyin acı ve sıkıntı yaşatan duygu ve düşüncelerine dengeli bir farkındalıkla yaklaşması, bu duygu ve düşüncelerle aşırı özdeşleşerek kendini kaptırmaması şeklinde tanımlamaktadır.

Bilinçliliğin zıttı olarak düşünülen aşırı özdeşim ise, bireylerin aşırı bir şekilde duygusal tepkilerine kapıldıkları, alternatif duygusal tepkiler ve bilişsel yeniden

yorumlamalara ulaşmaya engel olan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Bennett-Goleman, 2001; Akt: Öveç, 2007). Öz-şefkat, kişilerin sıkıntı ve acı veren duygularından kaçmamalarını, bu duyguları bastırmaya çalışmamalarını, böylelikle yaşadıkları deneyimlerine öncelikle kendilerinin duyarlı olmalarını gerektirmektedir. Dolayısıyla farkındalık denilen dengeli bir zihinsel bakış açısı, kişilerin kendilerine karşı duyarlı olmalarını sağlamaktadır (Neff, 2003b).

Bireylerin kendilerine yönelik bir duyarlılık geliştirebilmeleri için öncelikle acı veren duygularının farkında olmaları gerekmektedir. Fakat çoğu kişi acılarını kabul etmek yerine, kendisini yargılayıp problemin çözümüyle meşgul olmaktadır. Bireyler bu deneyimlerini daha iyi bir algı ile objektif olarak ele alabilmesi için daha üst düzey bir bakış açısına ancak bilinçlilik denilen kavram ile ulaşmaktadır (Neff,2011).

Literatüre araştırma konusu olarak yeni girmiş olan öz-şefkat olgusu ile pozitif psikolojik işlevsellik ve kişilik özellikleri incelenmiştir. Sonuç olarak bireylerin kişisel mutluluk, pozitif duygulanım, iyimser yaklaşım, kişisel girişim yatkınlığı, bilgelik, merak, keşfetme arzusu, geçimlilik, sorumluluk sahibi ve dışa dönük olma gibi kavramların öz-şefkat ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunların yanı sıra, öz-şefkat ile istatistiksel olarak negatif bir ilişki içinde olan kavramların ise negatif duygulanım ve nörotizm olduğu belirtilmiştir (Neff, Rude ve Kirkpatrick, 2007). Raes (2010) yapmış olduğu çalışmada, öz-şefkat ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkide ruminasyon ve endişenin ara değişken olarak incelemiştir. Sonuç olarak, öz-şefkat ile depresyon arasındaki ilişkide sadece ruminasyon anlamlı bir ara değişken olarak bulunurken, öz-şefkat ve anksiyete arasındaki ilişkide ise hem ruminasyonun hem de endişenin ara değişken olarak rol oynadığı saptanmıştır. Ancak endişenin ara değişken rolü olarak etkisinin ruminasyondan anlamlı olarak daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ergenler ve genç yetişkinler arasında öz-şefkat açısından bir farklılığın olup olmamasını araştıran bir çalışmada, hem ergenler hem de genç yetişkinler arasında öz-şefkatin iyi olma ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Bunlara ek olarak, aile ve bilişsel faktörlerin öz-şefkatte bireysel farklılıkların belirleyicisi olduğu ifade edilirken, öz-şefkatin aile, bilişsel faktörler ve iyi olma arasındaki ilişkide kısmi bir şekilde aracılık ettiği belirtilmiştir (Neff ve McGehee, 2010). Bir başka araştırmada ise, depresyon ve anksiyete yaşayan bireyler ile çalışılmış, duyarlığın, öz-şefkatin anlamı ve deneyimlenmesi incelenmiştir.

Bireylerin kendilerine karşı şefkatli ve duyarlık sahibi olması, kişilerin depresyon ve anksiyetelerine yardım etmesi açısından faydalı olduğu rapor edilmiştir. Buna karşın, kişiler öz-şefkatli olduklarını hissetmenin kolay olmadığını, zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumda kavramın içeriğinin, harekete geçirmenin ve psikolojik rahatsızlıkların öz-şefkatli olabilme becerileri üzerinde olumsuz etkili olması neden olarak düşünülmektedir (Pauley ve McPherson, 2010).

Ülkemizde ise öz-şefkat kavramı 2007 yılından itibaren araştırılmaya başlanmıştır. Öveç (2007), öz-şefkat ile depresyon, anksiyete, öz bilinç ve stres arasındaki ilişkileri üniversite öğrencileri örnekleminde yapısal eşitlik modeli ile incelemiş olup, bu kavramların öz-şefkat tarafından anlamlı şekilde açıklandığını bulgulamıştır. Benzer şekilde üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, öz-şefkat ile boyun eğici davranış arasındaki ilişki araştırılmış, öz-şefkatin alt boyutlarından öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşmenin boyun eğici davranış ile pozitif; öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçlilik alt boyutlarının ise negatif ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Akın, 2009). Soyer (2010) ise, özel öğretim öğretmen adaylarının öz-şefkat ve kaygı düzeylerini değerlendirmeye yönelik yaptığı araştırmada, bireylerin öz-şefkat düzeyi ile sürekli kaygı düzeyleri arasında güçlü düzeyde negatif korelasyon olduğunu bulgulanmıştır.

Yukarıda da belirtildiği üzere öz-şefkat olgusu araştırmalara görece yakın zamanda konu olmuş, dolayısıyla taranan alanyazında öz-şefkatin demografik değişkenler açısından değerlendirildiği çalışmalar hem sayıca az hem de çelişkili bulgular rapor etmektedir. Bazı çalışmalarda öz-şefkatin cinsiyet, etnik köken ve yaş değişkenleri açısından farklılaştığı görülmüştür (Abacı, 2007; Werner ve ark.,2012; Neff ve McGehee, 2010;). Bazı çalışmalarda cinsiyet (Andiç, 2013; İkiz ve Totan, 2012; İskender, 2009), yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi demografik özelliklere göre öz-şefkatin farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir (Çolakoğlu, 2013). 177 öğrencinin katıldığı Neff, Rude ve Kirkpatrick'in (2007) çalışmalarında da, öz-şefkatin cinsiyet ve yaşa göre farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Benzer sonuçların elde edildiği Kirkpatrick (2005)'in yürütmüş olduğu çalışmada, iki sandalye tekniği kullanarak öz-şefkati geliştirmeye yönelik yapmış olduğu araştırmasında, cinsiyet değişkeni açısından öz-şefkat düzeyinin anlamlı olarak farklılaşmadığını rapor etmiştir. Kadınlarda azalmış öz-şefkatin, kadınların erkeklere

kıyasla daha yüksek seviyede TSSB göstermesi ve daha çok belirti yaşaması ile ilişkili olabileceği sebebiyle özellikle cinsiyet değişkeninin dikkate alınması gerektiği ön görülmüştür (Neff, 2004). Tüm bu bilgiler ışığında, öz-şefkatin demografik değişkenler açısından değerlendirildiği çalışmalara daha çok ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

1.5 Kavramlar Arası İlişkiler

Travmatik yaşantı deneyimlemiş olan kişiler, yıllar boyunca mağdur olarak nitelendirilmiş, değerlendirme yaparken de travma sonrası stres bozukluğu yaşayıp yaşamamaları göz önünde bulundurulmuştur. Nispeten yakın geçmişte ise travma sonrası kişilerin kurban değil aksine hayatta kalan olarak ele alınabileceği, kişilerin yaşadıkları travmanın ardından yalnızca olumsuz sonuçlarla değil olumlu sonuçlarla da yüzleşebileceği görüşü ortaya konulmuştur. Travmatik olaydan sonra insanların sadece olumsuz tepkiler vermediği bilinmekle birlikte, travmatik olay sonrası nasıl tepki vereceğini kişinin o anki bilinci ile alakalı olmakta ve sadece TSSB açısından tek yönlü düşünmek eksik bir bakış açısı olmaktadır. Yapılan bir derleme çalışmasına göre, travmatik olay yaşayan kişilerin yaşantı sonrası olumlu gelişim kaydettiklerini belirten 39 çalışmaya rastlanılmaktadır (Linley ve Joseph, 2004). Tedeschi (2002), travmatik yaşantı deneyimleyen bireylerin yaklaşık 2/3'ünün olumlu değişimler gösterdiklerini saptamıştır. Travmatik yaşantının ardından ortaya çıkan olumsuz belirtilerin yanı sıra olumlu gelişimlerin de kaydedildiği kanser hastaları, gemi kazası geçiren kişiler, kalp krizi yaşayan bireyler, çocuklukta cinsel tacize maruz kalanlar, savaşa katılanlar ve eşleri kanser olan kadın hastaların eşleri ile çeşitli örneklemlerde çalışılmalara rastlanılmaktadır (Linley ve Joseph, 2004).

1.5.1 Öz-şefkat ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki

Doğu felsefesinde yaklaşık 2000 senedir bilinen fakat işevuruk tanımı bir kaç sene evvel yapılmış olan öz-şefkat kavramı, kişilerin psikolojik iyi olma süreçlerinde, kendilerine ve çevrelerine karşı sağlıklı davranışlara sahip olabilmelerinde yapılan çalışmalarca etkin olduğu kanıtlanmıştır (Neff, 2003a).

Öz-şefkat, bireylerin yaşamış olduğu acı verici olaylar sonrası kendilerine karşı yargılayıcı olmadan sevecen bir tutum sergilemeleri, olumsuz yaşantıları sıkıntı ve acılarının bilincinde olarak deneyimlemeleri yani tüm bu olanları insan hayatının bir

parçası olarak değerlendirmeleriyle ilişkilidir. Travmatik yaşantılar bilindiği üzere ızdırap verici, birden ve bireyin ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü tehdit edici olması açısından sıkıntılı durumlardır. Travmatik yaşantı sonrası kişilerin; acılarının bilincinde olması, kendilerini yargılamak yerine sıcak ve sevecen yaklaşım benimsemeleri, yaşanan bu sıkıntı verici negatif olayı insan yaşamının ortak bir parçası olarak değerlendirmeleri gibi tutumların travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu, bir başka deyişle yaşadıkları travma sonrasında kendileriyle ve diğer bireylerle ilişkilerinde, ruhsal gelişimlerinde olumlu yönde bir gelişim sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında travma sonrası büyüme ile öz-şefkat arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran sadece Çolakoğlu (2013)'nun kalp krizi geçirmiş kişilerle yapmış olduğu araştırmaya rastlanılmıştır. Öz-şefkatin alt boyutlarından biri olan öz sevecenlik ile travma sonrası büyümenin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Öz-şefkatin paylaşımların bilincinde olma alt boyutu ile travma sonrası büyümenin kişinin kendisinde yaşanan değişimler alt boyutu ve diğer kişilerle ilişkilerde yaşanan değişimler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Öz-şefkatin bilinçlilik alt boyutu ile travma sonrası büyümenin kişinin kendisinde yaşanan değişimler ve diğer kişilerle ilişkilerde yaşanan değişimler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. (Çolakoğlu, 2013).

Kişilik özelliklerinin öz-şefkat ile ilişkisini inceleyen Neff, Rude ve Kirkpatrick (2007), iyimserlik, pozitif duygulanım, bilgelik, kişisel girişim ve umudun öz-şefkat ile yüksek düzeyde pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Travma sonrası büyüme ile kişilik özelliklerini inceleyen bir başka araştırmada da iyimserliğin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Kendisini yargılamadan anlamaya çalışan öz sevecenlik düzeyi yüksek bireyler, yaşadıkları olumsuz olayların ardından benliğine şefkatli ve nazik biçimde yaklaşarak kendilik algılarında pozitif yönde değişim sağlayabilmektedirler. Kendine yargılamadan bakan kişi, deneyimlediği travmatik olay sonrasında kendini kurban olarak görmenin aksine hayatta kalan olarak değerlendirmekte, güven

duygusunda artış sağlamakta ve yaşadıklarını ifade etmede istekli bir tavır sergilemektedir (Çolakoğlu, 2013).

Bireylerin yaşadıkları olumlu ve olumsuz olayları diğer kişilerin de deneyimlediğinin farkında olarak yaşamak, paylaşımların bilincinde olmayı gerektirmektedir (Neff, 2011). Travmatik bir yaşantı sonrasında acı veren bu olayı, diğer insanların da deneyimlediği bilinciyle ele alan kişiler, travma sonrası kendi yeterliliklerini değerlendirmelerinde ve duygularını başka kişilerle paylaşmalarında artış olduğu, kendilik algılarının olumlu yönde ilerlediği görülmektedir. Bu sonuca istinaden travma yaşantısı öncesinde, hayatta hem olumlu hem olumsuz olayların var olduğu bakış açısına sahip kişilerin, travmatik bir olay deneyimlediklerinde kendileri ile ilgili değerlendirmelerinin pozitif olacağı söylenebilmektedir (Çolakoğlu, 2013).

Öz-şefkatin çıkış noktası sayılabilecek bilinçlilik yani bilinçli farkındalık; kişilerin sıkıntı veren duygu ve düşüncelerine dengeli bir farkındalık ile yaklaşması ve bu duygu, düşüncelerle aşırı özdeşleşmeme olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003a). Polis memurlarıyla araştırma yapan Chopko ve Schwatz (2009), bilinçli farkındalık ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi anlamlı olarak bulmuşlardır. Benzer biçimde Linley ve Joseph (2004), yazdıkları değerlendirme makalesinde farkındalığın ve olayı kontrol edebilmenin travma sonrası büyüme ile yüksek oranda ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Bunlara ek olarak, bilinçli farkındalık temelli stres azatlımı programı ile iyileştirici sanat programının kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi kolaylaştırıcı etkilerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, iyileştirici sanat programı ile birlikte farkındalık temelli stres azatlımı programının da kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi kolaylaştırıcı etki yarattığı saptanmıştır (Garland ve ark., 2007). Bunun yanı sıra, 331 yetişkin ile yapılmış olan bir başka çalışmada ise, öz-şefkatin, bağlanma anksiyetesi ve psikolojik iyi oluş ile duygusal empati arasındaki ilişkiyi etkilemekte olduğu bulgulanmıştır **(**Wei, Liao, Ku ve Shaffer, 2010). Psikolojik iyilik halinin, travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu bilindiğinden dolayı (Carver ve Antoni, 2004), öz-şefkatin bu ilişkiye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Chopko ve Schwatz (2009), travmatik yaşantıya maruz kalma olasılığı yüksek bir meslek grubu olan polis memrularıyla yaptıkları çalışmada, bilinçli farkındalık ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulgulamışlardır. Benzer şekilde Linley ve Joseph (2004), yapmış

oldukları değerlendirme makalelerinde bilinçli farkındalığın ve olayı kontrol edebilmenin travma sonrası büyüme ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bunlara ek olarak, bilinçli farkındalık temelli stres azatlımı programı ile iyileştirici sanat programının kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi destekleyici etkisi karşılaştırılmış olup, iyileştirici sanat programı ile birlikte bilinçli farkındalık temelli stres azatlımı programının da kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi kolaylaştırıp desteklediği, bunların yanı sıra farkındalık temelli stres azatlımı programının maneviyatı yükselttiği, öfke, depresyon ve stresi azalttığı bulunmuştur (Garland ve ark., 2007).

1.5.2 TSSB ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki

Travma sonrası büyüme yalnızca örseleyici olay sonrası belirti göstermemek şeklinde açıklanmamakta, büyüme ve travma sonrası stres belirtileri aynı anda yaşanabilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1999). Travma sonrası büyüme kavramının hem bir süreç hem bir sonuç olarak değerlendirilmesi gerektiği buna ek olarak belirli seviyedeki stresin, olaya dair ruminasyonların büyüme için gerekli olduğu düşünülmektedir. Olayın hemen ardından travma sonrası büyümenin bazı boyutları görülse de büyümenin aylar hatta yıllar boyu devam eden bir süreç olduğunu yani bireylerin yıkılan sayıtlılarının yeniden inşası, olayı hazmedip anlamlandırmaları ve kognitif anlamda yeniden yapılandırma yapmak için süreye ihtiyaç duyabildikleri vurgulanmaktadır (Linley ve Joseph, 2004). Kaotik ve alışılmadık olan bu stresin, büyüme ortaya çıkması için bir motivasyon kaynağı ve ruminasyonun da büyüme için önemli bir davranış şekli olduğuna inanılmaktadır. Travmatik yaşam olayları, tıpkı bir aşı işlevine benzetilmektedir (Tedeschi, 2002).

Literatüre bakıldığında; bu alandaki araştırmaların henüz yeni dikkat çekmesi sebebiyle travma sonrası büyüme ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkiyi tam anlamıyla ortaya koyan çalışmalara yeterli ölçüde rastlanılmamıştır. Araştırmacılara göre, büyüme ve stresi ortaya çıkaran yaşantıların aynı olaya ait olduğu düşünülmektedir. Yaşanan olay kişinin sayıtlılarını sorgulatması ve hatta yıkması gerek ki bu olay bireyde büyüme ortaya çıkarabilsin şeklinde düşünce savunulmaktadır. Bunlara ek olarak bilişsel değerlendirme süreçlerinde, tehlike ve zarar görme algısı arttıkça, travma sonrası büyümenin olasılığının daha çok olduğu düşünülmektedir (Janoff-Bulman,1992,2004). Laufer ve Solomon'un (2006)

yürütmüş oldukları çalışmada İsrail'de yaşayan gençlerin teröre maruz kalmasının, söz konusu gençlerde yaratmış olduğu olumsuz yöndeki psikolojik etkileri incelenmiş olup, travma sonrası büyüme puanlarıyla birlikte travma sonrası stres puanlarının artış göstermiş olduğu rapor edilmiştir. 336 depremzede örnekleminde yapılan bir araştırma bulguları, istila edici düşüncelerin varlığının, problem odaklı problem çözme stiline sahip olmanın ve genel sıkıntının travma sonrası büyümeyi pozitif yönde yordadığını göstermektedir (Güneş, 2001). Benzer şekilde Karancı (2005)'ya göre, olayın şiddeti ve olaya dair sıkıntıların, problem odaklı, iyimser başa çıkma tarzının travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Travmatik yaşam olayı sonrası büyümenin ortaya çıkması ancak belirli seviyede de olsa stres yaşamakla mümkün olabileceğine inanılmaktadır (Linley ve Joseph, 2004).

Travma sonrası büyüme ile psikolojik uyum arasında var olan ilişkiye dair çatışık fikirler mevcuttur (Affleck ve Tennen, 1992; Calhoun ve Tedeschi, 1998). Bazı yazarlara göre, stresi ve psikolojik iyilik halini bir boyutun iki ucu gibi almanın uygun olmadığı, bağımsız iki ayrı boyut olarak değerlendirilmesi gerekmekte yani bireyler stresli bir durum yaşarken aynı anda büyüme de yaşayabilmektedir. Büyüme süreci içinde paradoksal durumların olduğu düşünülmekte olup, kayıp yaşayan birçok insan aynı anda yas sürecini yaşarken, eş zamanlı olarak hayatına dair mühim ve pozitif değişiklikler deneyimleyebildiği vurgulanmaktadır. Bu bireylerin, sıkıntı ve büyümenin aynı anda yaşanmasına izin verdikleri, yardımı kabul ettikleri ama son olarak travmatik olaya dair sorunları kendilerinin aşabileceğine kabul ettikleri ve sorumluluktan kaçmadıkları, travmatik olaya takılıp kalmak yerine bu olayın öğrettiklerini yaşamlarına entegre ettikleri, olayı bilişsel olarak anlamlandırmanın yanı sıra duygularını yaşadıkları, duyguları "anlama" dahil ettikleri, yeni deneyimlere açık ve dışadönük oldukları belirtilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Aktif başa çıkma kapasitesi, dayanıklılık, iyimserlik, olaylara esprili yaklaşma ve negatif olaylardan pozitif bir anlam çıkarma becerisi gibi kişilik özelliklerinin de büyümeyi desteklediği belirtilmektedir (O'Leary ve Ickovics, 1995).

1.5.3 TSSB ve Öz-şefkat Arasındaki İlişki

İncelenen literatürde TSSB ve öz-şefkat arası ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya ülkemizde rastlanılmasa da yurt dışında yapılan kısıtlı sayıda da olsa çalışmalar

mevcuttur. Thomson ve Waltz'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada, travma sonrası stres belirtilerinden kaçınma belirtilerinin şiddeti öz-şefkat ile ilişkili bulunmaktadır. Travmatik olay yaşayanlardan, özellikle TSSB geliştiren kişiler için öz-şefkat unsurlarını tedaviye dahil etmekte faydalı olacağı savunulmaktadır. Araştırmacılar, TSSB tedavisinde farkındalık temelli uygulamaları tedaviye dahil etmeye başladıkça, öz-şefkat travma tedavisine entegre olabilmekte, özellikle de öz eleştiri ve ruminasyonlara değinilmektedir. Olumsuz yaşam olaylarını inceleyen bir araştırma sonuçlarına göre, öz-şefkati yüksek olan kişilerin travmatik olayla olan mücadelelerini düşündüklerinde daha az endişe ve yüksek öz-farkındalıklarının olduğu rapor edilmektedir (Leary, Tate, Adams, Allen ve Hancock, 2007). Öz-şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin sorunlara karşı daha iyi bir bakış açısına sahip olduğu, kendine karşı daha az merhametli olan kişilerin ise sorunlar karşısında yalnız hissetme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Leary, 2007). Dahası öz-şefkat uygulamaları, travma sonrası stres ile sıklıkla ilişkili olan, aşırı aktif bir tehdit sisteminin dengelenmesine yardımcı olabilen, doğuştan yatıştırıcı ve öz düzenleme işlevlerini harekete geçirmenin bir yolu olarak tanımlanmaktadır (Gilbert, 2013).

Evsiz gazilerle yapılan bir araştırmada ise, eğer gaziler daha fazla öz-şefkatli olsaydı, problemleri yüzünden daha az sıkıntı hissedebilir ve deneyimlerinden anlam çıkarma kabiliyeti daha iyi olabilirdi ifadesi yer almaktadır. Buna ek olarak, öz-şefkat travma yaşayan insanlar için koruyucu bir faktör olarak işlev görmekte, çünkü öz şefkatin depresyon ve kaygı semptomlarının eşlik ettiği belirtileri azaltabildiği düşünülmektedir (Held ve Owens, 2015). Buna karşın, bugüne kadar travma için koruyucu bir faktör olarak öz şefkatin rolü hakkında az şey bilinse de, öz-şefkatin TSSB'nin kaçınma belirti kümesindeki azalma ile ilişkili olduğunu ileri süren, öz-şefkatin, TSSB üzerine etkilerini araştıran çalışmalara da rastlamak mümkün olmaktadır (Briere, 2012; Thompson ve Waltz, 2008).

İncelenen literatürde çoğu çalışmada da görüldüğü üzere, öz-şefkatin, travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine karşı koruyucu rol oynadığı varsayılmaktadır. Öz-şefkatin, DSM-V için TSSB tüm belirti kümeleriyle negatif korelasyona sahip olduğu ve bu sonuç en yeni tanı ölçütlerini kullanarak TSSB belirtilerine karşı koruyucu olabileceğini düşündürmektedir Negatif

etki, kaçınma ve uyku güçlüğünün TSSB semptomları olduğu göz önüne alındığında, öz-şefkatin bu tür semptomlara karşı bir iç kaynak görevi görebileceği hipotezi savunulmaktadır (Maheux ve Price, 2015). İlgili alanyazı taramasında tüm bu bulgulara benzer sonuçlar içeren çalışmalar rastlamak mümkündür. Bu çalışmalardan biri olarak travma sonrası psikopatoloji ile sosyal desteğin öz-şefkat yoluyla dolaylı etkisinin araştırıldığı çalışma incelendiğinde, öz-şefkatin travma sonrası psikopatolojiler ile negatif yönde ilişkili olan bir başa çıkma stratejisi olduğu, bireysel iç kaynakları artırdığı, öz-şefkatin TSSB, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon belirtileriyle negatif ilişkili olduğu, dolayısıyla sosyal desteğin, travma geçiren kişilerde öz-şefkatin artmasıyla TSSB, yaygın anksiyete belirtileri ve depresyonu azaltabileceğini düşünülmektedir (Maheux ve Price, 2016). Öz-şefkatin, TSSB semptom şiddeti ve duygu bozuklukları ile negatif yönde ilişkiliyken, dayanıklılıkla pozitif ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bunlar, öz-şefkatin zihinsel sağlıkta ve stresli yaşam olaylarının sonucunda önemli rol oynadığını düşündürmektedir (Scoglio ve ark., 2015). Bunlara ek olarak Kirkpatrick'in (2005) yapmış olduğu araştırmada, kontrol ve deney grubu olmak üzere 80 üniversite öğrencisi ile gestalt iki sandalye yöntemini kullanarak öz-şefkati geliştirme konusunda çalışmıştır. Elde edilen bulgulara göre, öz-şefkat ve psikolojik sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu, kişilerin öz-şefkatinin bu tarz müdahalelerle artırılabileceği ve bu sayede kişilerin sosyal bağlarını, yaşam doyumlarını, benlik saygılarını, özerkliklerini, kişisel gelişimlerini, mutluluk ve iyimserliklerini yükseltirken, öz-eleştiri, nevrotizm, anksiyete, depresyon gibi olumsuzlukların azaltılabileceği saptanmıştır. Gilbert ve Procter (2006), bir ruh sağlığı merkezinde tedavi görmekte olan yüksek düzeyde utanç ve öz-eleştiriye sahip 9 hastayla çalışmış, ikişer saatlik 12 seans öz-şefkat ve zihin eğitimi uygulaması sonucunda; hastaların depresyon, anksiyete, öz-eleştiri, utanç, aşağılık duygusu ve itaat davranışlarında anlamlı düzeyde azalma görülürken, kendini yatıştırabilme ve öz-ılımlılık becerilerinde gelişme görülmüştür. Öz-şefkatin depresyon ve ansiyete üzerinde koruyucu etkisinin olduğu, yaşam doyumu gibi olumlu ruh sağlığı sonuçları ile pozitif yönde ilişkili olduğu çalışmalara da rastlanılmıştır (Deniz ve Sümer, 2010; Neff, 2003b; Raes, 2010). Pauley ve McPherson (2010), depresyon ve anksiyete tanısı konulmuş 10 yetişkin birey ile yapmış olduğu çalışmada, kişileri öz-şefkat kavramı hakkındaki bilgilendirmeler

sonucunda, bireyler öz-şefkatin önemli bir kavram olduğunu düşünmüş, depresyon ve anksiyete konusunda faydalı olacağı kararını vermişlerdir. Newsome (2010), yardım mesleklerinde çalışan kişilerle yapmış olduğu çalışmasında, bilinçli farkındalık temelli eğitim programı öncesi ve sonrasında, bireylerin stres düzeylerinin azaldığı ve bilinçli farkındalık ile öz-şefkat düzeylerinin artış gösterdiği bulgulanmıştır. Benzer şekilde öz-şefkatin kapsamlı olarak ele alındığı bilinçli farkındalık temelli psikolojik müdahalelerin incelendiği diğer çalışmalara bakıldığında, öz-şefkat müdahalesi sonrasında öz-yeterlik, farkındalık, psikolojik iyilik halinin önemli ölçüde artış gösterirken; medikal ve psikolojik semptomlarının, depresif duygu durumunun, stres belirtilerinin yüksek düzeyde azaldığı bulunmuş, bunlara ek olarak öz-şefkat müdahalesi sonrası bireyler kendilerini daha mutlu hissettiğini belirtmişlerdir (Birnie, Speca ve Carlson, 2010; Shapira ve Mongrain, 2010; Carmody ve Baer, 2008; Chang ve ark., 2004).

TSSB için bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile BDT ve şefkatli zihin eğitimi (compassionate mind training) kombinasyonun etkilerini karşılaştıran bir araştırmada, insanlar her iki koşulda da travma ile ilgili tüm önlemlerde benzer bir rahatlama bildirdikleri ve aynı zamanda şefkatli zihin eğitimi alan insanların kendilerine karşı daha şefkatli oldukları rapor edilmektedir (Beaumont, Galpin ve Jenkins, 2012). Bunun yanı sıra; öz-şefkati, bilişsel işleme terapisi (cognitive processing therapy) ve uzun süreli maruz kalma terapisi gibi TSSB için kanıta dayalı uygulamalara destek müdahalesi olarak düşünmenin mümkün olduğu savunulmaktadır (Held ve Owens, 2015). Öz-şefkat negatif olarak TSSB, anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmekte, utanç ve öz eleştiriyi ortadan kaldırmakta, yapılan pilot çalışmalarla öz-şefkat uygulamalarıyla öz-şefkat seviyelerine, travma temelli suçluluk kognisyonlarına ve TSSB şiddeti üzerine etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Sonuçlar, öz-şefkatin kişilerin psikolojik sağlıklarında önemli destekleyici olduğunu, öz-şefkat temelli uygulamaların önemli olduğunu göstermektedir (Thomson ve Waltz, 2008; Neff ve Gramer, 2013; Gilbert ve Procter, 2006).

Asle Hoffart (2015)'ın yapmış olduğu çalışmada diğer çalışmalarla olan benzer sonuçlar göze çarpmaktadır. Yapılan çalışmada öz-şefkat seviyeleri zamanla yükselen katılımcılarda, TSSB düzeylerinin düştüğü belirtilmektedir. Travmatize olmuş kişilerde, öz-şefkat temelli tedavi yöntemlerinin yararlı olabileceği

öngörülmektedir. Bilinçli farkındalık ve öz-şefkat uygulamalarının, TSSB'nin neden olduğu utanç hissini azaltabileceği belirtilmektedir. Öz-şefkat, TSSB tedavisinde umut verici bir etken olarak kabul edilmesine rağmen, bu hipotez üzerinde doğrudan yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışma da kişinin içinde bulunduğu öz-şefkat bileşenleriyle (öz sevecenlik, ortak insanlık, farkındalık, öz yargı, izolasyon, aşırı özdeşim) ilişkisini ve terapi boyunca ve ya sonradan ortaya çıkan TSSB semptomları incelenmiştir. Sonuçlar, TSSB'yi sürdürmede öz-şefkat unsurlarının rolünü desteklemektedir ve TSSB hastalarının tedavisinde öz yargının, izolasyon ve aşırı özdeşimin azaltılmasını ve kendine karşı sevecenliği artırmayı önermektedir. Maheux ve Price (2015)'in yapmış olduğu çalışmada ise, öz-şefkat ve TSSB DSM-V tüm belirti kümelerindeki tutarlı ilişki, öz-şefkatin geniş bir dizi TSSB semptomunu etkileyebilecek önemli bir kapsamlı tedavi hedefi olabileceği öngörülmektedir. Öz-şefkatin, TSSB semptomlarına karşı koruyucu olarak öngörülen başa çıkma mekanizması olarak düşünülmektedir. Klinik uygulamaya çevrilen, bilinçli farkındalık meditasyonu gibi öz-şefkati geliştiren stratejiler, TSSB belirtilerini azaltabileceği fikri öne sürülmektedir. Aslında, yoga içeren tedavilerin, bilinçli farklındalık meditasyonu içeren uygulamaların, TSSB belirtilerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Öz şefkat, yoganın bu belirtileri azaltmaya yardımcı olduğu bir mekanizma olabileceği düşünülmektedir (Van der Kolk, 2014).

Bunlara ek olarak demografik özelliklerden cinsiyet değişkeni açısından incelenen bir çalışmada, kadınların daha yüksek oranda TSSB göstermesi ve daha şiddetli semptomlar yaşaması nedeniyle cinsiyetin dikkate alınması gereken önemli bir değişken olduğu düşünülmektedir (Coker, Weston, Creson, Justice ve Blakeney, 2005). Benzer şekilde kadınlarda azalmış öz-şefkatin, artmış TSSB semptomlarına katkıda bulunabileceği varsayılmaktadır (Neff, 2004). Bunların yanı sıra, uzunlamasına yapılan çalışmalar, öz-şefkatin, TSSB belirtilerinin başlangıcına karşı korunmasının ve öz-şefkat eksikliğinin bir risk faktörü olduğunun anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu tür elde edilecek bilgiler, öz-şefkat araştırmasının klinik uygulamaya dönüştürülmesini sağlayacak ve sonuç olarak travmaya maruz kalanlar için klinik tedavileri artıracağı öngörülmektedir (Maheux ve Price, 2015).

1.6 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, yetişkin örnekleminde öz-şefkatin, travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olup olmadığını belirlemektir. Araştırmanın bir diğer amacı ise; travma sonrası büyüme ile öz-şefkat ve travma sonrası stres belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Bunlara ek olarak demografik özelliklere, travmatik yaşantının etkisine ve şiddetine bağlı olarak bireylerin stres belirtilerinde, öz-şefkatinde ve travma sonrası büyümesinde bir farklılık olup olmadığını belirlemek de araştırmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır.

Araştırma Problemi:

Bu çalışmanın amacı, travma sonrası büyüme ile öz-şefkat ve travma sonrası stres belirti düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda "Yetişkin örnekleminde öz-şefkat, travma sonrası stres belirtilerinin travma sonrası büyüme üzerindeki etkisini modere etmekte midir?" sorusuna yanıt aranmıştır.

Araştırma Hipotezleri:

Çalışmada kullanılan değişkenlerin, katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılaşması beklenmektedir.

Öz-şefkati yüksek olan kişilerin, öz-şefkati düşük olan kişilere kıyasla daha fazla travma sonrası büyüme göstermeleri beklenmektedir.

Öz-şefkati yüksek kişilerin, öz-şefkati düşük kişilere kıyasla daha az travma sonrası stres belirtileri göstermeleri beklenmektedir.

Travma sonrası stres belirtileri yüksek kişilerin, travma sonrası stres belirtileri düşük kişilere kıyasla daha fazla travma sonrası büyüme geliştirmeleri beklenmektedir.

Travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki anlamlı ilişkide öz-şefkatin düzenleyici değişken olarak rol alması beklenmektedir.

Düşük öz-şefkat ve düşük travma sonrası stres belirtileri gösteren kişilerde travma sonrası büyümenin düşük olması beklenmektedir.

Yüksek öz-şefkat ve düşük travma sonrası stres belirtileri gösteren kişilerde travma sonrası büyümenin yüksek olması beklenmektedir.

Düşük öz-şefkat ve yüksek travma sonrası stres belirtileri gösteren kişilerde travma sonrası büyümenin düşük olması beklenmektedir.

Yüksek öz-şefkat ve yüksek travma sonrası stres belirtileri gösteren kişilerde travma sonrası büyümenin yüksek olması beklenmektedir.

1.7 Araştırmanın Önemi

İncelenen literatürde travma sonrası büyüme, öz-şefkat ve travma sonrası stres belirti düzeyleri ile ilgili çalışmalara rastlanmasına karşın, bu üç değişkenin kesiştiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu anlamda çalışmanın literatürde bir ilk olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Öz-şefkat kavramının ülkemizde çok kısa bir süre önce çalışılmaya başlanmasından dolayı bu anlamda yapılacak olan bu tez çalışmasının alana katkı sağlaması yönünde ışık tutacağı düşünülmektedir. Travma sonrası büyüme değişen dünyada psikopatoloji yerine pozitif psikoloji akımının ortaya çıkması ile travma sonrası stres bozukluğunun antitezi olarak bir süredir literatürde çalışılan bir kavram olmuştur. İncelenen literatüre göre daha önce özel bir grup olmayan genel örneklemde travma sonrası büyüme ile öz şefkat ve travma sonrası stres belirtileri ilişkisini inceleyen başka çalışma olmamasından, buna ek olarak travma sonrası stres belirtileri, öz-şefkat ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi ikili açıklayan çalışmalar olsa da TSSB belirtisi ile travma sonrası büyüme arasındaki anlamlı ilişkide öz-şefkatin düzenleyici değişken olarak rolünü inceleyen bir çalışma bulunmamasından dolayı mevcut çalışma bir ilk niteliğindedir ve literatüre katkı sağlaması nedeniyle önem teşkil etmektedir.

Öz-şefkat ise özellikle ülkemizde daha birkaç senedir araştırmalara konu olan bir kavramdır. Bu anlamda her yeni kavramda olduğu gibi farklı popülasyonlarda etkisinin incelenmesine, diğer kavramlarla ilişkisinin araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda yapılan çalışma hem öz-şefkat ile ilgili literatüre kaynak teşkil etmesi hem de ileride yapılacak araştırmaların arttırılmasına katkıda bulunması açısından önem taşımaktadır.

Şefkat; acıya, kedere ve ızdıraba çok biçimli verilen bir yanıttır, içinde merhameti, empatiyi, cömertliği ve kabulü barındırır. Cesaretin, hoşgörünün, sakinliğin ipleri

şefkat kumaşının içinde eşit olarak dokunmuştur. Tüm bunların ötesinde şefkat, acının gerçekliğine açık olma kapasitesi ve bu acıların iyileşmesini istemesidir. Son zamanlarda artış gösteren "Bilinçli Farkındalık Temelli Terapiler", "Kabul ve Kararlılık Terapileri" ile stres, kronik ağrı ve strese ilişkin bozukluklar, depresyon, borderline kişilik bozukluğu ve duygu düzenleme tedavilerinde, kaygıya tolerans geliştirme becerilerinde kullanılmıştır. Bu anlamda mevcut çalışma, öz-şefkat temelli terapi yaklaşımları ile travmatik yaşantı sonrası iyileşme sağlama yönünde bir adım olabilmesi beklenmektedir. Travmatik yaşantıların sık yaşandığı Türkiye gibi bir ülkede travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümeyi birlikte alan çalışmaların travmatik olaylar sonrasındaki psikolojik müdahalelerin düzenlenmesinde önem teşkil ettiği, bu kavramları bütüncül şekilde ele alan çalışmaların yeteri kadar olmadığı düşünülmektedir. Travma sonrası büyümeyle ilgili kesin bir tanımlama olmamasına ve yaygınlık oranlarının tam olarak bilinmemesine karşın, böyle bir olanağın ve gelişim şansının var olduğunu bilerek yapılacak araştırmaların ve travma sonrası psikolojik müdahalelerin buna göre şekillendirilmesi önem arz ettiği düşünülmektedir (Dürü, 2006)

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmada yer alan katılımcılar ve araştırma kapsamında kullanılacak veri toplama araçları hakkında bilgi verilmektedir.

2.1 Araştırma Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 2016-2017 yılında Türkiye'de yaşayan, travmatik yaşantıya sahip yetişkinlerden, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 304 kişi oluşturmaktadır.

2.1.1 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bilgiler

Tablodan da izlenebileceği üzere çalışma örneklemini 304 kişi oluşturmakta olup, katılımcıların 165'i (%54.3) kadın, 139'u (%45.7) erkektir. Medeni durum açısından incelendiğinde 168 (% 55.3) kişinin bekar olduğu, 136 (44.7) kişinin ise evli ya da birlikte yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların çoğunun lisans mezunu olduğu (%45.7), geriye kalan katılımcıların ise 34'ü (%11.2) ilkokul, 13'ü (%4.3) ortaokul, 36'sı (%11.8) lise, 29'u (9.5) yüksekokul, 53'ü (%17.4) lisansüstü eğitim seviyesinde oldukları görülmektedir. Çalışma durumuyla ilgili elde edilen verilere göre; katılımcıların 159'u (%52.3) çalışıyor, 145'i (%47.7) çalışmıyor görünmektedir. Katılımcılardan 112 (%36.8) kişi çocuk sahibi iken, 192 (%63.2) kişi çocuk sahibi değildir. Katılımcılara aylıkgelirleri sorulmuş olup, katılımcıların 72'si (%23.7) 0-1000 TL arası, 71'i (%23.4) 1000-2000 TL arası, 114'ü (%37.5) 2000-4000 TL arası, 47'si (%15.5) 4000 TL ve üzeri gelire sahip olduğunu beyan etmiştir. Yaşanılan şehir türü açısından bakıldığında, katılımcıların çoğunun metropolde

yaşadığı (%60.9), 6'sı (%2.0) köy, 5'i (%1.6) kasaba, 50'si (%16.4) şehir ve 58'i (%19.1) büyükşehirde yaşadığı anlaşılmaktadır. Bunlara ek olarak katılımcıların yaşları 18-59 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 31.93 (s=11.18) olarak belirlenmiştir

Tablo 6. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bilgiler

Değişken			***Sıklık(f)***	***Yüzde(%)***
Cinsiyet				
Kadın			*165*	*54.3*
Erkek			*139*	*45.7*
Medeni durum				
Bekar			*168*	*55.3*
Evli/birlikte yaşıyor			*136*	*44.7*
Eğitim düzeyi				
İlkokul			*34*	*11.2*
Ortaokul			*13*	*4.3*
Lise			*36*	*11.8*
Yüksek okul			*29*	*9.5*
Lisans			*139*	*45.7*
Lisansüstü			*53*	*17.4*
Çalışma durumu				
Evet			*159*	*52.3*
Hayır			*145*	*47.7*
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet			*112*	*36.8*
Hayır			*192*	*63.2*
Aylık gelir miktarı				
0-1000 TL			*72*	*23.7*
1000-2000 TL			*71*	*23.4*
2000-4000 TL			*114*	*37.5*
4000 TL ve üzeri			*47*	*15.5*
Şehir türü				
Köy			*6*	*2.0*
Kasaba			*5*	*1.6*
Şehir			*50*	*16.4*
Büyükşehir			*58*	*19.1*
Metropol			*185*	*60.9*
	Max	***Min***	***Ortalama***	***Std. Sapma***
Yaş	*59*	*18*	*31,93*	*11.18*

2.2 Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak amacıyla oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Öz-Duyarlık Ölçeği'nden oluşmaktadır.

2.2.1 Demografik Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından literatür bilgisi göz önünde bulundurularak araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanmıştır. Form kapsamında katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeylerine yönelik soruların yanında travmatik yaşantıya ve sonrasına ilişkin bazı sorular bulunmaktadır.

2.2.2 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)

Elli maddeden oluşan ve kendini değerlendirme (self-report) biçiminde olan bu ölçek (The Posttraumatic Diagnostic Scale) travma sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Foa, Cashman, Jaycox, ve Perry, 1997). Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV tanı kriterleri baz alınarak oluşturulmuştur. Ölçek aracılığıyla TSSB tanısı alabilecek bireyleri belirlenebilmekte ve yaşadıkları belirtilerin şiddeti ölçülebilmektedir. Ölçek, 18-65 yaş grubundaki kişilere uygulanabilmektedir. Ölçeğin orijinali dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, kişinin yaşadığı travmatik olayın türünü (doğal afet, kaza, savaş, tecavüz gibi) belirlemeyi hedeflemektedir. İkinci bölümde, eğer birden fazla travmatik olay varsa, kişiyi en fazla etkileyen travmatik olay belirlenmektedir. Bu bölümde bunlara ek olarak, travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan 6 soru yer almaktadır. Travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik bu 6 soru, olayın şiddetini belirlemekte kullanılmakta ve Olay Şiddeti Alt Ölçeği olarak adlandırılmaktadır. Bireyin daha çok "evet" demesi, olayın şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde, travmatik olayın kişinin yaşamı üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan 9 soru yer almaktadır. Bu 9 soru da, olayın etkisini saptamak amacıyla kullanılmakta ve Olay Etkisi Alt Ölçeği olarak adlandırılmaktadır. Kişinin daha çok "evet" demesi, olaydan yaşamının değişik alanlarında olumsuz etkilendiğine işaret etmektedir.

Ölçeğin dördüncü ve son bölümünde bölümünde, 17 maddeden oluşan ve travma sonrası belirtileri değerlendiren bir alt ölçek bulunmaktadır. 17 madde Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği olarak adlandırılmaktadır ve travma belirtilerinin düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği, 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler, DSM-IV (APA, 1994) Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Alt ölçeğin ranjı 0-51'dir. Yüksek puan, kişinin olaydan olumsuz etkilendiğini ve travma sonrası stres belirtileri gösterdiği anlamına gelmektedir.

Travma belirtilerinin şiddetini ölçmeyi amaçlayan 17 ölçek maddesinin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği) orijinal formunun yüksek iç tutarlılığa (α=0.92) sahip olduğu belirtilmekte ve bu maddeler için elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısının .83 olduğu rapor edilmektedir (Foa, Cashman, Jaycox, ve Perry, 1997). Ölçeğin başka bir kriterle (yapılandırılmış klinik ve tanı görüşmesi, SCID) TSSB tanısı verilmiş kişileri %82 düzeyinde ayırt edebildiği (duyarlık-sensitivity); TSSB tanısı almamış kişileri ise %76 düzeyinde ayırt edebildiği (özgüllük-specificity) belirtilmekte ve ölçüt kriteri olarak kullanılan kimi ölçeklerle kabul edilebilir düzeyde korelasyon katsayılarına sahip olduğu rapor edilmektedir (Foa, Cashman, Jaycox ve Perry, 1997).

Bu ölçeğin uyarlaması Işıklı (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek güvenirliği için belirti düzeyini ölçmeyi amaçlayan toplam 17 maddenin iç tutarlığına bakılmıştır. Tüm maddeler için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının α=.93 olduğu; madde-toplam test korelasyon katsayılarının da 0.39 ile 0.82 arasında değiştiği gözlenmektedir. On yedi maddelik Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği'nin geçerliliği iki değişik biçimde sorgulanmıştır. Ölçeğin olası Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun yarattığı rahatsızlık şiddetini sorguladığı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun DSM-IV (APA, 1994) tanı kriterlerinden B (yeniden yaşama), C (kaçınma) ve D'yi (aşırı uyarılmışlık) karşılamak üzere tasarlandığı bilinmektedir. Kısaca, kuramsal olarak ölçeğin 3 alt faktöre sahip olduğu düşünülmektedir. Test maddelerinin önceden bilinen bu 3 faktöre yüklenip yüklenmedikleri Temel Eksenler Faktörlemesi (Principal Axis Factoring) ve Varimax rotasyonu kullanılarak sorgulanmıştır. Bu analiz sonucunda 2 madde dışında (6 ve 7. maddeler) tüm maddelerin kuramsal olarak bulunmaları gereken faktörlerin altına yüklendikleri gözlenmektedir. Bu iki madde "yeniden yaşama" faktörüne yüklenmeleri gerekirken,

"aşırı irkilme" faktörüne yüklendikleri görülmektedir. Bu üç faktör, varyansın %59'unu açıklamaktadır. Ölçeğin geçerliğini ikinci bir yöntemle sorgulamak amacıyla, ölçekten elde edilen test puanları ile ön çalışmada kullanılan ve geçerliliği sınanmış diğer ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Analiz sonucunda, Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği'nin, Kısa Semptom Envanteri'yle .70, Beck Depresyon Ölçeği'yle .60 ve Beck Anksiyete Ölçeği'yle .63 düzeyinde korelasyonu olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada ise Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği'nin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı .95, Olay Şiddeti Alt Ölçeği ve Olay Etkisi Alt Ölçeği'nin Kuder-richardson 20 (KR-20) güvenirlik katsayısı ise sırasıyla .70 ve .86 olarak saptanmıştır.

2.2.3 Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ)

Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından Travma sonrası ortaya çıkan büyüme ve olumlu tepkileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri literatürde stresli olaylara verilen tepkilerin gözden geçirilmesi yolu ile ve eş kaybı yaşamış, fiziksel engelli olan ve diğer yaşam krizleri ile yüz yüze gelmiş kişilerle yapılan görüşmeler sonucu geliştirilmiştir. Ölçek, 21 maddeden oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Cevaplar 0 (bu değişikliği yaşamadım)–5 (bu değişikliği aşırı derecede yaşadım) arası değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 0-105 arasında değişmektedir. Buna göre yüksek puan almanın anlamı, olumlu yönde bir değişim veya büyüme algısının varlığını ifade etmektedir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada iç tutarlılığın .95 düzeyinde olduğu belirtilmektedir. Alt testlerin iç tutarlığı ise α =.67 ile α =.85 arasında değişmektedir. Test- tekrar test güvenilirliği çalışmasından korelasyon katsayısı .71 olarak bildirilmektedir. Yapılan faktör analizi sonucuna göre 5 alt boyut saptanmıştır: yaşamın değerini anlama, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kişilerarası ilişkilerde olumlu değişiklikler, kendiliğin algılanmasında değişiklikler ve inanç sistemindeki gelişimdir. Ölçeğin ülkemizdeki uyarlama çalışması Dürü (2006) tarafından yürütülmüştür.

Ölçek güvenilirliğine Cronbach Alfa yöntemi ile bakılmıştır. Buna göre iç tutarlık katsayısı α =.93 olarak belirlenmiştir. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'nin, Olay Etkisi Ölçeği (Impact of Event Scale) ile kolerasyonu .26, Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği ile olan kolerasyonu ise .21 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğine faktör analizi yöntemi ile bakılmıştır. Buna göre 21 maddeden 15'i özgün

ölçekte belirtilen 40 faktörlere yüklenmiştir. Beş faktörlü bu çözüm, varyansın % 67.84'ünü açıklamıştır (Dürü, 2006). Mevcut çalışmada ise Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'nin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı .95 olarak saptanmıştır.

2.2.4 Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)

Öz-Duyarlık Ölçeği (Self-Compassion Scale), Neff (2003) tarafından geliştirilen, öz-duyarlık alt boyutları ile ilişkili özellikleri değerlendiren ve kişinin kendisi hakkında bilgi vermesine dayanan bir ölçme aracıdır. Ölçek 5'li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir (1=hiçbir zaman, 5=her zaman) ve 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde öz duyarlık yapısını oluşturan 6 boyutun varlığı doğrulanmıştır. Bunlar: öz sevecenliğe karşı öz yargılama, paylaşımların bilincinde olmaya karşı yabancılaşma ve bilinçliliğe karşı aşırı özdeşleşmedir. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı .94'tür, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .93'tür (Neff, 2003b).

Öz-duyarlık ölçeğinin Türk kültürüne uyarlaması, Akın, Akın ve Abacı (2007) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmayla gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre, ölçeğin 26 madde ve 6 alt boyuttan oluştuğu ve alt boyutlarda yer alan maddelerin orijinal formdaki maddelerle birebir örtüştüğü, maddelerin ise tek bir faktörde yüklü oldukları görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlık katsayıları; öz sevecenlik alt ölçeği için .77, öz yargılama için .72, paylaşımların bilincinde olma için . 72, izolasyon için .80, bilinçlilik için .74 ve aşırı özdeşleşme için .74 olarak bulunmuştur. 3 hafta arayla 2 kez yapılan test-tekrar test katsayıları ise; öz sevecenlik için .69, öz yargılama için .59, paylaşımların bilincinde olma için .66, izolasyon için .60 ve aşırı özdeşleşme için .56 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise, Öz-Duyarlık Ölçeği'nin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı .78 olarak bulunmuştur.

2.3 İşlem

Araştırmanın örneklemini; travmatik yaşantıya sahip yetişkinlerden araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 304 kişi oluşturmaktadır. Etik kuruldan çıkan izinden sonra ölçüm araçlarını içeren araştırma kitapçığı katılımcılara dağıtılmıştır. Katılımcılara etik açısından gizlilik ilkesinin önemi, araştırmanın yöntemi ve amacı açıklanarak bunları yazılı olarak içeren ''Bilgilendirilmiş Onam Formu'' verilmiş ve

araştırmaya katılmak için onayları alınmıştır. Onam formunu imzalayan katılımcılara önce demografik bilgi formu daha sonra da ölçekler verilecek ve hepsini tam bir şekilde doldurmaları istenmiştir.

Ölçeklerin işaretlenmesi sırasında oluşabilecek olan olası sıra ve yorgunluk etkisinin kontrolü amacıyla ölçek bataryaları iki farklı şekilde kombine edilerek katılımcılara sunulmuştur. Buna ek olarak**;** verilerin bir kısmı çevrim içi bir web sitesinden de (http://www.surveey.com) toplanmıştır. Tüm katılımcıların gönüllü olarak araştırmaya katılması esas alınacaktır. Katılımcıların formları doldurma süreleri yaklaşık 15-20 dakika olacağı tahmin edilmektedir.

Ölçekler uygulandıktan sonra eksik ve hatalı doldurulan formlar ayıklanıp araştırmadaki soruları ve hipotezleri sınamak amacıyla mevcut veriler "IBM SPSS Statistics 24" programında analiz edilmiştir.

2.3 Verilerin Çözümlenmesi

Araştırmadaki soruları ve hipotezleri sınamak amacıyla mevcut veriler "IBM SPSS Statistics 24" programında analiz edilmiştir. Eldeki veriler olası boş bırakılan maddeler analize alınmamıştır. Kalan veriler araştırmanın amaçları doğrultusunda bahsedilen program kullanılarak analize dahil edilmiştir.

Araştırma amacı doğrultusunda travma sonrası büyüme ile öz-şefkat, travma sonrası stres belirtilerine çeşitli demografik değişkenlerin arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Anova, t-testi ve korelasyon analizine yer verilmiştir. Ardından travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide öz-şefkatin düzenleyici (moderation) etkisini sınamak amacıyla, hiyerarşik regresyon ve basit eğim analizleri kullanılarak düzenleyici değişken etkisi incelenmiştir (Aiken ve West, 1991).

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1 Data Analiz Planı

Çalışmadan elde edilen veriler öncelikle temel sayıltılar kapsamında test edilmiştir. Bu bölümde ayrıca kayıp veri ve aykırı skor sorunları giderilmiştir. Sonrasında, çalışmada kullanılan ana değişkenlerin betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Bu bölümde, değişkenlerin kendi aralarındaki korelasyonlar da değerlendirilmiştir. Ardından, katılımcıların beyan ettikleri demografik bilgilerin ana değişkenler üzerindeki etkileri test edilmiştir. Bu bölümde, demografik değişkenlerin etkileri bir dizi grup karşılaştırması ile değerlendirilmiştir. Son olarak, ana analiz bölümünde, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon ve basit eğim analizleri kullanılarak düzenleyici değişken etkisi incelenmiştir.

3.2 Verilerin Uygunluğunun Sınanması

Çalışmadan elde edilen verilerin analizlerinden önce, verilerin bu analizlere uygunluğu test edilmiştir. İlk olarak kayıp veriler incelenmiştir. Kayıp veriler her bir değişken için % 5'in altında olduğu için, bu kayıplar uygun veriler ile doldurulmuştur. Çalışmada kullanılan travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ölçümleri toplam skor alınarak değerlendirildiği için kayıp veriler her bir değişkenin ortanca değeri ile doldurulmuştur (Tabachnik ve Fidell, 2013). Kayıp verilerin doldurulmasından sonra, aykırı skor analizi yapılmıştır. Mahalonobis uzaklığı kullanılarak test edilen çok değişkenli aykırı skor analizi sonuçlarına göre bir katılımcı analizlerden çıkarılmıştır (χ^2 (5) = 20.52, p = .001). Son olarak, çalışmada kullanılan değişkenlerin normallik, homojenlik ve doğrusallık sayıltıları test edilmiştir. Bütün değişkenlerin kayışlılık ve sivrilik değerlerinin beklenen sınırlar dahilinde olduğu gözlenmiştir. Ek olarak, histogramlar incelendiğinde, çalışmada kullanılan bütün değişkenlerin sayıltıları karşıladığı gözlenmiştir.

3.2 Betimleyici İstatistiksel Analizler

Çalışmada yer alan katılımcıların psikolojik rahatsızlık ile ilgili betimleyici istatistikleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Psikolojik Rahatsızlık ile İlgili Betimleyici Bilgiler

Değişken	*Evet*	Hayır	
Psikiyatrik Tedavi	21	283	
Psikolojik Tedavi	33	271	
	Hayır	Psikiyatr	Psikolog
Geçmiş Tedavi Deneyimi	211	81	12

Çalışmada yer alan katılımcıların psikolojik rahatsızlık ile ilgili beyanları frekans analizi ile incelenmiştir. Buna göre, katılımcılardan yaklaşık % 7' si psikiyatrik tedavi görmekte olduğunu beyan etmiştir (N = 21). Ayrıca, katılımcıların yaklaşık % 11'i psikolojik tedavi görmekte olduklarını beyan etmişlerdir (N = 33). Ek olarak, katılımcılardan konu ile ilgili geçmişe yönelik bilgiler de toplanmıştır. Buna göre, katılımcılardan % 4'ü geçmişte psikolojik tedavi gördüğünü (N = 12), yaklaşık % 27'si ise psikiyatrik tedavi gördüğünü rapor etmiştir (N = 81).

Çalışmada kullanılan öz-şefkat, travma sonrası büyüme, travma sonrası stres belirtileri, şiddeti ve etkisi değişkenlerinin betimleyici istatistikleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Çalışmada Kullanılan Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

	Ortalama	*SS*	*Minimum*	*Maksimum*
Öz-şefkat	2.76	.66	1.00	5.44
Travma Sonrası Stres Belirtileri	13.63	13.05	.00	50
Travmavmatik Olay Etkisi	3.59	3.00	.00	9.00
Travmavmatik Olay Şiddeti	2.77	1.72	.00	6.00
Travma Sonrası Büyüme	68.06	26.30	21	124

Travma sonrası stres belirtileri ölçümünün olay altboyutuna ilişkin veriler Tablo 9'da gösterilmiştir. Katılımcılar birden çok travmatik olay beyan edebildikleri için bazı katılımcılar birden çok travmatik olay beyan etmişlerdir. Bu olaylardan hangisinin katılımcıları en fazla etkilediği incelendiğinde ise bir yakının kaybı (N = 139) en yüksek sıklığa sahip travmatik olay olarak gözükmektedir. En çok rahatsızlık veren

travmatik olay kategorilerinin birbirlerine karşı olan oranlarının 1/5'igeçmesi sebebiyle, bu değişken ileriki analizlerde kullanılmamış, sadece sıklıkları incelenmiştir.

Tablo 9. Travma Sonrası Stres Ölçümünün Olay Altboyutu Sıklık Tablosu

	Sıklık	*En Çok Rahatsızlık Verme Sıklığı*
Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	92	37
Doğal afet	118	34
Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	23	0
Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	26	12
Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	13	0
Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	21	8
18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	23	9
Hapsedilme	11	7
İşkenceye maruz kalma	9	4
Hayatı tehdit eden bir hastalık	31	14
Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	192	139
Bunların dışında bir travmatik olay	27	19
Toplam N		304

Çalışmada kullanılan değişkenler arası korelasyonlar Tablo 10'da gösterilmiştir. Bulgulara göre, öz-şefkat travma sonrası büyüme ile olumlu yönde anlamlı ilişki göstermiştir (r = .20, p < .001). Ek olarak, öz-şefkat travma sonrası stres belirtileri ile olumlu yönde anlamlı ilişki göstermiştir (r = .39, p < .001). Ayrıca, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasında beklendik yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (r = .14, p < .001). Son olarak, travmanın şiddeti ve etkisinin de travma sonrası büyüme ve öz-şefkat değişkenleri ile anlamlı ilişkiler göstermektedir

Tablo 10. Çalışmada Kullanılan Değişkenler Arası Korelasyonlar

	Yaş	Öz-şefkat	Belirti	Etki	Şiddet	Büyüme
Yaş	1					
Öz-şefkat	.13*	1				
Travma Sonrası Stres Belirtileri	.12*	.39**	1			
Travma Sonrası Stres Etkisi	.09	.22**	.21**	1		
Travma Sonrası Stres Şiddeti	.12*	.17**	.20**	.55**	1	
Travma Sonrası Büyüme	.13*	.20**	.14*	.34**	.37**	1

*Not. *p < .05; **p < .001.*

3.3 Sosyodemografik Değişkenler Üzerindeki Analizler

Bu bölümde, çalışmada toplanan demografik bilgilerin, ana değişkenler üzerinde etkili olup olmadığı bir dizi Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Demografik değişkenin ikiden çok boyutu olduğu durumlarda, gruplar arası farklar LSD post-hoc testi ile incelenmiştir. Demografik değişkenlerden, psikiyatrik tedavi, psikolojik tedavi ve tedavinin türü değişkenlerinde hücrelerin birbirlerine oranı 1/5'in üzerinde olduğu için grup karşılaştırmalarına dahil edilmemiştir (Tabachnik ve Fidell, 2013). Bunlara ek olarak, şehir türü değişkeninin gruplarına düşen katılımcı sayılarının grup karşılaştırmalarına uygun hale getirilmesi amacıyla metropol, büyük şehir ile şehir ve daha küçük yerleşim olarak yeniden gruplanmıştır. Benzer şekilde, eğitim durumu değişkeni, lisans öncesi, yüksek okul, üniversite ve lisansüstü olarak yeniden gruplanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetinin ana değişkenler üzerindeki etkisi incelendiğinde, cinsiyetin sadece travmatik olayın etkisi üzerinde anlamlı bir etki gösterdiği bulunmuştur (F (1,302) = 4.23, p< .05). Buna göre, kadın katılımcılar (Ort. =3.92, SS= 3.20) erkek katılımcılara (Ort. =3.21, SS = 2.71) kıyasla travmatik olaylardan daha fazla etkilendiklerini beyan etmişlerdir.

Eğitim düzeyinin çalışmada kullanılan değişkenler üzerindeki etkisi incelendiğinde, eğitim düzeyinin travma sonrası büyüme üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu gözlenmiştir (F(2,302) = 13.17, p< .001). Hangi eğitim düzeyinin diğerlerinden farklı olduğunu göstermek amacıyla yapılan LSD karşılaştırmalarının sonuçlarına göre, en düşük eğitim düzeyine sahip grup (Ort. = 80.19, SS = 25.66) hem lisans

eğitimine sahip (Ort. = 63.77, SS = 24.79) hem de lisansüstü eğitimine (Ort. = 62.66, SS = 26.31) sahip gruptan daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme beyan etmişlerdir. Ayrıca, eğitim düzeyi travma sonrası belirtileri üzerinde de anlamlı bir etki göstermiştir (F (2,302) = 11.50, p< .001). Buna göre, yine en düşük eğitim düzeyine sahip grup (Ort. = 19.29, SS = 13.49) hem lisans eğitimine sahip (Ort. = 11.39, SS = 11.24) hem de lisansüstü eğitimine (Ort. = 11.87, SS = 12.41) sahip gruptan daha yüksek düzeylerde travma sonrası belirti göstermiştir.

Çocuk sahibi olup olmamanın çalışma değişkenleri üzerindeki etkileri incelendiğinde, hem öz-şefkat (F(1,302) = 5.03, p< .05) hem de travma sonrası büyüme (F(1,302) = 9.27, p< .05) değişkenleri üzerinde anlamlı farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre, çocuk sahibi olanlar (Ort. = 2.87, SS = .71) çocuk sahibi olmayanlara göre (Ort. = 2.70, SS = .62) daha yüksek düzeylerde öz-şefkat beyan etmişlerdir. Benzer şekilde, çocuk sahibi olanlar (Ort. = 73.99, SS = 26.32) çocuk sahibi olmayanlara göre (Ort. = 64.60, SS = 25.72) yine daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme rapor etmişlerdir.

Son olarak, gelir düzeyinin ana değişkenler üzerindeki etkisi araştırıldığında, sadece travma sonrası belirtiler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki gösterdiği bulgulanmıştır (F(3,302) = 3.42, p< .05). LSD testine dayanan grup karşılaştırmaları 1000-2000 lira arası kazananların (Ort. = 17.31, SS = 14.31), 2000-4000 lira arası kazananlardan (Ort. = 11.79, SS = 11.39) ve 4000 lira ve üstü kazananlardan(Ort. = 11.30, SS = 13.70) daha yüksek düzeylerde belirti gösterdikleri bulunmuştur. Diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı etkiler gözlenmemiştir.

Tablo 11. Demografik Değişkenler Üzerindeki Analiz Sonuçları

Değişken	*Cinsiyet*				*F*
	Kadın		*Erkek*		
	Ort.	*SS*	*Ort.*	*SS*	
Travma Sonrası Stres Etkisi	3.92	3.20	3.21	2.71	4.23*
	Çocuk Sahibi Olma Durumu				*F*
	Evet		*Hayır*		
	Ort.	*SS*	*Ort.*	*SS*	
Öz-şefkat	2.87	.71	2.70	.62	5.03*
Travma Sonrası Büyüme	73.99	26.32	64.60	25.72	9.27*
	Eğitim Düzeyi						*F*
	Lise ve Altı		*Lisans*		*Lisansüstü*		
	Ort.	*SS*	*Ort.*	*SS*	*Ort.*	*SS*	
Travma Sonrası Büyüme	80.19	25.66	63.77	24.79	62.66	26.31	13.17**
Travma Sonrası Stres Belirtileri	19.29	13.49	11.39	11.24	11.87	12.41	11.50**

	Gelir Düzeyi								*F*
	0-1000		*1000-2000*		*2000-4000*		*4000 ve Üzeri*		
	Ort.	*SS*	*Ort.*	*SS*	*Ort.*	*SS*	*Ort.*	*SS*	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	14.58	13.14	17.31	14.31	11.79	11.39	11.30	13.70	3.42*

3.4 Araştırma Temel Hipotezini Sınamak İçin Yapılan Ana Analizlerden Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde, çalışma değişkenleri ile ilgili temel hipotezler test edilmiştir. Buna göre, bağımsız değişken olarak kullanılan travma sonrası stres belirtilerinin bağımlı değişken olarak analize dahil edilen travma sonrası büyüme üzerindeki etkisi öz-şefkat değişkeninin düzenleyici etkisi (moderation) gözetilerek test edilmiştir. Bu amaçla, tekilliği (singularity) önlemek amacıyla öz-şefkat ve travma sonrası stres belirtileri değişkenlerinden kendi ortalamaları çıkartılarak ortalanmıştır (center). Sonrasında, ortalanan değişkenler birbirleri ile çarpılarak ortak etki (interaction) değişkeni oluşturulmuştur. Ardından, ortalanan öz-şefkat ve travma sonrası stres belirtilerinin ilk aşamada, ortak etki değişkeninin ikinci aşamada analize dahil edildiği bir hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bulgular, Tablo 12'de gösterilmiştir.

Sonuçlar, analize ilk aşamada dahil edilen öz-şefkat ve travma sonrası stres belirtilerinin anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir ($F(2,301) = 30.54$, $p < .001$). Bu iki değişken travma sonrası büyümedeki varyansın % 16'sını açıklamaktadır. Ana

etkiler incelendiğinde, öz-şefkatin yüksek düzeylerinin travma sonrası büyümenin yüksek düzeylerini yordadığı bulunmuştur (β = .36, p< .001). Benzer şekilde, travma sonrası stres belirtilerinin yüksek düzeyleri travma sonrası büyüme değişkenin yüksek düzeylerini yordamıştır (β = .14, p< .05). İkinci aşamada analize dahil edilen ortak etki değişkeninin etkisinin anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($\Delta F(1,301) = 8.32$, p< .05). Ortak etki değişkeni (β = -.15, p< .05), travma sonrası büyümedeki varyansın % 2'sini açıklamaktadır.

Table 12. Travma Sonrası Büyüme Üzerindeki Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

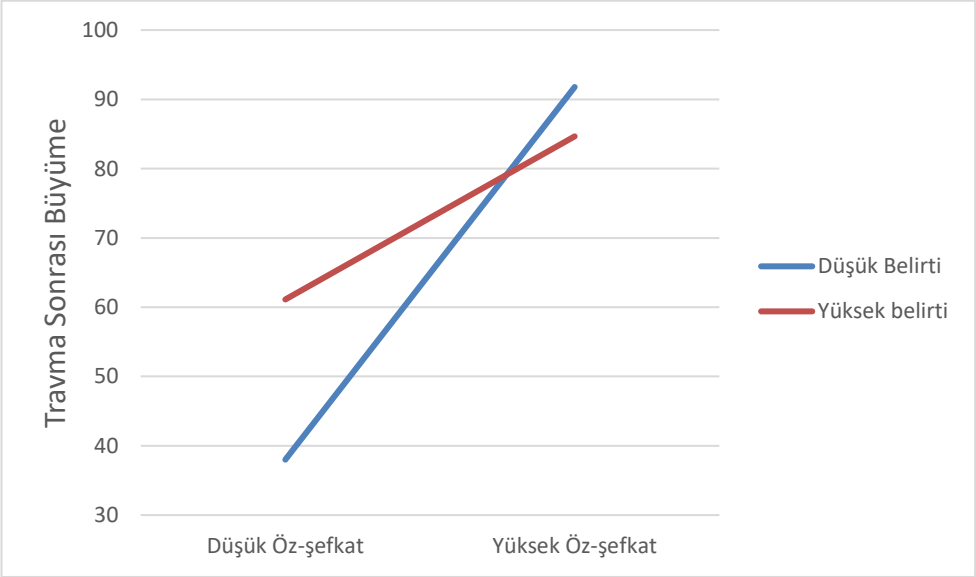
	Travma Sonrası Büyüme	
Değişken	β	ΔR^2
1. Aşama		.16
Öz-şefkat	.36**	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	.14*	
2. Aşama		.02
Öz-şefkat X Travma Sonrası Stres Belirtileri	-.15*	
Total R^2		.18

*Not. *p < .05; **p < .001.*

Öz-şefkat ve travma sonrası stres belirtileri değişkenlerini ortak etkilerini derinlemesine test edebilmek amacıyla basit eğim (simple slope) analizleri yapılmıştır (Bknz. Şekil 1). Buna göre, öz-şefkat (düzenleyici) değişkeninin ortalamasının +1 standart sapma üzerindeki ve -1 standart sapma altındaki değerler hesaplanmıştır. Ardından, Aiken ve West'in (1991) prosedürleri izlenerek figürdeki doğruların eğimlerinin sıfırdan farklı olup olmadığı test edilmiştir. Sonuçlar, travma sonrası stres belirtilerinin travma sonrası büyüme değişkeni üzerindeki etkisinin hem yüksek hem de düşük öz-şefkat için anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre, düşük düzeylerde travma sonrası stres belirtileri gösteren katılımcılardan, yüksek öz-şefkate sahip olanlar, düşük öz-şefkate sahip olanlara göre daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme beyan etmişlerdir(t (300) = 6.79, p< .001). Yüksek travma

sonrası stres belirtileri eğimi de anlamlı olarak sıfırdan farklı sonuçlar vermiştir(t (300) = 3.17, p< .05). Bu sonuçlar, yüksek düzeylerde travma sonrası stres belirtileri gösteren katılımcılardan, öz-şefkati yüksek olanların, öz-şefkati düşük olanlara göre daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme gösterdiklerine işaret etmektedir. Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, yüksek öz-şefkat düzeylerinin, travma sonrası stres belirtilerinin travma sonrası büyüme üzerindeki etkisi üzerinde düzenleyici bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, sonuçlar çok yüksek olmayan belli düzeylerde travma sonrası stres belirtileri yaşayan ve öz-şefkati yüksek olan katılımcıların en yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme gösterdiklerine işaret etmektedir.

Şekil 1. Travma Sonrası Büyüme ve Öz-şefkatin Ortak Etkisinin Grafiği



4.BÖLÜM
TARTIŞMA

Bu çalışma, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide öz-şefkatin düzenleyici rolünün olup olmadığını yetişkin örnekleminde araştırmak için yapılmıştır. Travmatik yaşantıların ardından bireylere bir kurban gözüyle değil, hayatta kalan olarak değerlendiren bakış açısının yeni bir pencere açtığı bilinmektedir. Buna ek olarak, literatürde araştırmalara yeni konu olmuş öz-şefkat kavramının kişilerin travmatik yaşantıların ardından TSSB geliştirmelerine karşı bir koruyucu faktör olduğu ve travma sonrası büyümeyi desteklediği vurgulanmaktadır. Son zamanlarda üçüncü dalga terapiler olarak bilinen, içsel yaşantılara dikkat çekilmiş, içgörü, bilinçli farkındalık (mindfullness) ve kabul ile alakalı yaklaşımların baskın olduğu, öz-şefkat uygulamalarını barındıran terapilerin travma tedavisindeki önemi göze çarpmaktadır. Bu doğrultuda, bu bölümde öncelikle çalışmada adı geçen değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için uygulanan korelasyon analizi sonuçları tartışılacaktır. Ardından, değişkenlerin cinsiyete, eğitim düzeyine, çocuk sahibi olma durumuna ve gelir düzeyine göre farklılaşma durumuna ilişkin bir dizi grup karşılaştırması sonuçları alanyazn ışığında tartışılacaktır. Daha sonra bahsedilen düzenleyici (moderation) değişken rollerinin araştırılması için hiyerarşik regresyon ve basit eğim analizleri sonuçlarının tartyışılmasına yer verilecektir. Son olarak araştırmanın sonuçları ve önemi ile araştırmanın sınırlılıkları ve öneriler bölümü ile tartışma bölümü sonlandırılacaktır.

Travmatik olaylar sarsıcı deneyimlerdir ve kişiyi zorlamaktadır. Travmatik olaylar sonrası kişilerin stres belirtileriyle birlikte kurban olarak değerlendirilmesinin yanı sıra bir başka seçenek olan kişinin gelişim göstermesi son dönemlerde dikkat çekmektedir. Bu sonuçlara etki eden birçok değişkenin rol aldığı bilinmekle beraber, tıpkı travma sonrası büyüme kavramı gibi son zamanlarda öz-şefkat de ilgi görmektedir. Öz-şefkat kavramı, batı psikolojisinde yakın geçmişte işe vuruk tanımı

yapılan ve ümit besleyen bir kavramdır. Öz-şefkatli kişiler acılarının farkındadırlar fakat acılarını küçültmezler, abartmazlar, inkar etmezler ya da kendilerini kurbanlaştırmazlar. (Gilbert, 2009). Mevcut çalışmada bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizleri yapılmıştır. Kullanılan tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, sonuçlar bu açıdan incelenen literatürle uyumludur (Çolakoğlu, 2013; Linley ve Joseph, 2004; Thompson ve Waltz, 2008).

4.1 Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre, travmatik olay yaşamış kişilerde travma sonrası stres belirtileri arttıkça, travma sonrası büyüme düzeyleri artış göstermektedir. Alanyazına bakıldığında; bu alandaki araştırmaların yakın zamanda dikkat çekmesi sebebiyle, travma sonrası büyüme ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkiyi tam anlamıyla ortaya koyan çalışmalara sınırlı ölçüde rastlanılsa da, bu çalışmadan elde edilen sonuç ile benzer şekilde travmatik olay yaşamış bireylerde travma sonrası büyüme puanlarıyla birlikte, travma sonrası stres puanlarının artış gösterdiği mevcut çalışma ile bağdaşan örneklere rastalanılmaktadır (Dürü,2006; Laufer ve Solomon, 2006; Tüfekçi, 2011). Benzer şekilde Karancı (2005) tarafından yapılan çalışmada, olayın şiddeti ve olaya dair sıkıntıların, problem odaklı, iyimser başa çıkma tarzının travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak, Güneş (2001)'in yapmış olduğu çalışmada da benzer nitelikte sonuç elde edilmiş olup, istila edici düşüncelerin varlığının, problem odaklı problem çözme stiline sahip olmanın ve genel sıkıntının travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Karancı (2009)'ya göre, travmatik olaylara maruz kalan bireyler bu olumsuz olayın ardından stres, kaygı, depresyon ve taravma sonrası stres belirtileri göstermektedir. Bunların yanı sıra, yaşanan bu travmatik olayların ardından kişi kendi benliğini algılayışında, kişiler arası ilşkilerinde ve yaşam felsefesinde pozitif yönde bir gelişim sergilemektedir. Tedeschi, Park ve Calhoun'a göre (1998), kişilerin bu bahsedilen boyutlarda olumlu bir değişim yaşamasının şartı olarak, travmatik bir deneyime sahip olması ve bu deneyime bağlı olarak travma sonrası stres belirtilerinin artmış olması gerekmektedir. Alanyazına dair bu bilgiler göz önüne alındığında, mevcut çalışma bulgularının, alanyazınla uyumlu olduğunu

söylemek mümkündür. Bu çalışmların aksine, Yılmaz'ın (2006) yürütmüş olduğu araştırmasından elde edilmiş sonuca göre, travma sonrası büyüme ile travma sonrası stres belirtileri puanları arasında bir ilişki gözlemlenmemiş olsa da, travma sonrası stres belirtilerindeki azalmanın, travma sonrası büyüme için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

Hem travma sonrası stres belirtilerinin, hem de travma sonrası büyümenin travmatik olay ardından baş gösteren doğal tepkiler olduğu düşünülmektedir. Travma sonrası stres belirtileri, bireyin acı ve sıkıntı verici durumla yüzleşmesinden sonra beliren uyum ve kaygı tepkileri olarak değerlendirilmektedir. Bireyin dünyanın güvenli bir yer olduğuna ve ölümsüz olduğuna dair savunmacı inançlarını sorgulaması ve değiştirmesi travma sonrası büyüme yaşaması için gerekli olduğu bilinmektedir. Bu sorgulama esnasında, savunma mekanizmaları gücünü kaybetmekte ve kaygı seviyesi artış göstermektedir. Travmatik yaşantı sonrası yeni bir durumun karşısında kalan kişi, yeni bilgilerin işlemlenmesi ve anlamlandırılması ile birlikte bilinememezliğe düşmekte ve kaygı düzeyi artmaktadır. Travmatik yaşam olayı sonrası büyümenin ortaya çıkması ancak belirli seviyede de olsa stres yaşamakla mümkün olabileceğine inanılmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998; Linley ve Joseph, 2004). Bu bilgiler ışığında mevcut çalışma bulguları göz önünde bulundurulduğunda; travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasında ilişki olması beklendik bir sonuç olmuştur.

4.2 Öz-şefkat ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yıllardır travmatik yaşantıya maruz kalmış kişiler mağdur gözüyle değerlendirilmiş ve travma sonrası stres bozukluğu yaşayıp yaşamamalarına göre ele alınmıştır. Nispeten yakın geçmişe bakıldığında ise travmatik olay ardından kişilerin sadece olumsuzluklarla değil birtakım olumlu sonuçlarla da yüzleşebileceği fikri oluşmaya başlamıştır. Travmatik deneyim yaşayan kişiler "kurban" olarak değerlendirilirken, bu oluşan yeni bakış açısıyla birlikte "hayatta kalan" olarak değerlendirilmeye başlanılmıştır. Pozitif psikolojinin doğuşu ve yaygınlaşmasıyla birlikte 20. yüzyılın son zamanlarında tıbbi hastalıklar sonrasında kişilerin yaşadıkları süreçlerin sadece patoloji bağlamında ele alınmasının eksik bir yaklaşım olduğu fikri oluşmaya başlamıştır. Değerlendirmelerin patolojiyle sınırlandırılmaması, araştırmalarda

psikolojik iyi olmanın çalışılmaya başlanmasına fırsat sunmuştur. Yapılan araştırmalara bakıldığında, aslında doğu felsefesinde 2000 yıllık bir geçmişi olmasına karşın batı dünyasında operasyonel tanımı ancak birkaç sene önce yapılan öz-şefkat kavramının da kişilerin psikolojik iyi olma süreçleri, kendilerine ve diğer kişilere sağlıklı tutumlar geliştirebilmeleri açısından önem teşkil ettiğini göstermektedir (Neff, 2003a). Çalışma öncesinde literatür incelemesinden dolayı beklenen, öz-şefkat ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin anlamlı ve olumlu yönde olduğu hipotezi desteklenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında; travma sonrası büyüme ile öz-şefkat arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran sadece Çolakoğlu (2013)'nun kalp krizi geçirmiş kişilerle yapmış olduğu araştırmaya rastlanılmıştır. Araştırma bulgularının, yapılan çalışmayla benzerlik oluşturduğu düşünülmektedir.

Alanyazın incelendiğinde öz-şefkat ile travma sonrası büyüme arasındaki bu olumlu ilişkiyi dolaylı olarak belirten çalışmalara rastlamak mümkündür. Kişilik özelliklerinin öz-şefkat ile ilişkisini inceleyen Neff, Rude ve Kirkpatrick (2007), iyimserlik, pozitif duygulanım, bilgelik, kişisel girişim ve umudun öz-şefkat ile yüksek düzeyde pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Travma sonrası büyüme ile kişilik özelliklerini inceleyen bir başka araştırmada da iyimserliğin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu bilgiler doğrultusunda, kendisini yargılamadan anlamaya çalışan öz sevecenlik düzeyi yüksek bireyler, yaşadıkları olumsuz olayların ardından benliğine şefkatli ve nazik biçimde yaklaşarak kendilik algılarında pozitif yönde değişim sağlayabilmektedirler. Yaşanan travmatik olayın ardından kendine yargılamadan bakan kişilerin, kendini kurban olarak görmenin aksine "hayatta kalan" olarak değerlendirebildiği, güven duygusunun da artabileceği ve yaşadıklarını ifade etmede istekli bir tavır sergileyeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmalara ek olarak alanyazında, benzer çıkarsama yapılabilecek araştırmalara rastlanılmıştır. Öz-şefkatin çıkış noktası sayılabilecek bilinçlilik başka bir deyişle bilinçli farkındalık; kişilerin sıkıntı veren duygu ve düşüncelerine dengeli bir farkındalık ile yaklaşması ve bu duygu, düşüncelerle aşırı özdeşleşme olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003a). Polis memurlarıyla araştırma yapan Chopko ve Schwatz (2009), bilinçli farkındalık ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi

anlamlı olarak bulmuşlardır. Benzer şekilde Linley ve Joseph (2004), yazdıkları değerlendirme makalesinde farkındalığın ve olayı kontrol edebilmenin travma sonrası büyüme ile yüksek oranda ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Bunlara ek olarak bilinçli farkındalık temelli stres azaltımı programı ile iyileştirici sanat programının kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi kolaylaştırıcı etkilerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, iyileştirici sanat programı ile birlikte farkındalık temelli stres azatlımı programının da kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi kolaylaştırıcı etki yarattığı saptanmıştır (Garland ve ark., 2007). Bu sebeple yapılan çalışmanın bu bilgiler ile tutarlı olduğu ve ilgili yazına katkı sağladığı düşünülmektedir.

4.3 Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Öz-şefkat Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında travma sonrası stres belirtileri ve öz-şefkat arasındaki ilişki incelenmiştir. Analizler sonucunda, travma sonrası stres belirtileri arttıkça, öz-şefkat düzeyinin artış gösterdiği yönünde ilişki tespit edilmiştir. Söz konusu iki kavram arası ilişkinin araştırıldığı Türk katılımcıların yer aldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmasa da, yurt dışı alanyazınında sınırlı da olsa çalışmalar yer almaktadır. Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında, öz-şefkatin travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra travma sonrası stres belirtilerine karşı koruyucu rol oynadığı varsayılmakta, öz-şefkat düzeyi yüksek kişilerin travmatik olaylarla olan mücadele güçlerinin daha yüksek olduğu, öz-şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin daha az TSSB belirtileri gösterdikleri görülmektedir (Thomson ve Waltz, 2008; Neff ve Gramer, 2013; Gilbert ve Procter, 2006; Maheux ve Price, 2016; Scoglio ve ark., 2015; Asle Hoffart, 2015). Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, mevcut çalışma bulgularının alanyazın ile çelişir durumda olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışma bulgularının ilgili yazınla çelişkili olması, travma sonrası stres belirtileri ve öz-şefkati doğrudan ele alan çalışmaların hepsinin yurt dışında yabancı katılımcılarla yapılmış ve Türk katılımcılar ile söz konusu bu değişkenlerin araştırıldığı bir çalışmaya rastalanılmamış olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, öz-şefkati yüksek olan bireylerin olumsuz yaşam olaylarına karşı daha fazla tahammül edebildikleri ve yaşantısal

kaçınmalarının daha az olması sebebiyle travma sonrası stres belirtilerine karşı daha dayanıklı oldukları bilinmektedir (Thomson ve Waltz, 2008). Yaşantısal kaçınmanın, Psikolojik Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin temel kavramlarından biri olduğu, kişilerin duygusuyla, bedensel duyumlarıyla, düşünceleriyle, anılarıyla bağlantısını devam ettirmekte isteksiz olduğu durumlarda ortaya çıkan bir kavram olduğu ifade edilmektedir. Başka bir deyişle, rahatsızlık yaratan içsel yaşantılar ve duygulardan, bastırma ya da kontrol etme yoluyla kaçınmaya yönelik girişimlerdir. Psikolojik kabulun aksi olan yaşantısal kaçınma, pek çok psikolojik sıkıntıya da zemin oluşturmaktadır (Hayes ve ark., 1996). Bu açıdan bakıldığında, Türk kültürünün çoğulcu bir yapı özelliğine sahip olduğu, bu yapı gereği duyguları dışa vurmaktan çekinildiği ve yaşanan acı deneyimlerin dışsallaştırılıp, bu yaşantılardan kaçınıldığı düşünülmektedir. Duyguları ifade etme ve olumsuz bir yaşantıya karşı yaklaşımın kültürle iç içe kavramlar olduğu, çoğulcu kültürlerde sözel ifade boyutlarına güvenilmediği ve iletişimin dolaylı olduğu bilinmektedir (Planalp, 1999; Okabe, 1983; LaFrance ve Mayo, 1978). Çoğulcu toplumlar kendi duygularını ifade etmekten kaçınmakta, duygu ifadelerini kontrol etmek için çabalamaktadırlar (Oyserman ve ark., 2002). Bireyci kültürlerde olumsuz ifadeler ve duygular kabul görürken, çoğulcu kültürlerde uyumu azaltabileceği için hoş karşılanmamaktadır. Türk kültürüne baktığımızda, genelde duyguların dışa vurulmasının ve konuşulmasının desteklenmediği, kaçınmaların olduğu göze çarpmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2000). Edinilen bu bilgiler ışığında özetlenecek olursa, Türk kültüründe çoğulcu bir toplumun özellikleri gereği bireylerin yaşadıkları duyguları ifade etmektense onları bastırmayı tercih ettikleri, yaşadıkları olumsuzluklardan kaçındıkları, dolayısıyla yukarıda da belirtildiği üzere kişilerin öz-şefkat düzeyi yüksek olsa da, olumsuz yaşam olayları karşısında duygularını bastırdıkları ve kaçınma yoluna yöneldikleri sebebiyle travma sonrası stres belirtilerine karşı dayanıklı olamadıklarını söylemek mümkündür. Mevcut çalışma bulgularının alanyazınla uyumsuz çıkmasını kültür farklılığıyla açıklamanın mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple daha ayrıntılı ve özellikle Tür kültürünü yansıtan çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, araştırmaların deseni, kullanılan değerlendirme yöntemleri ve araçları gibi değişkenlere bağlı olarak da bulguların değişebileceği ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun yanı sıra, katılımcıların olayı algılamada etkili olduğu varsayılan ilgili değişkenlerin de değerlendirilmesi daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

4.4 Travmatik Olay Etkisi ve Travmatik Olay Şiddeti ile Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Öz-şefkat Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Son olarak, travmatik olayın etkisi ve şiddetinin, çalışmada yer alan değişkenler ile arasındaki ilişki incelenmiş, travmatik olayın etkisi ve şiddetinin travma sonrası büyüme ve öz-şefkat değişkenleri ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Dürü'nün (2006) yapmış olduğu çalışmada, travmatik olayın şiddetinin, travma sonrası büyümeyi yordamadığı bulgusu, mevcut yapılan çalışma ile çelişir niteliktedir. Bunun yanı sıra travmatik olayın ortaya çıkardığı olumsuz etkilerin, travma sonrası büyümeyi pozitif yönde yordadığı rapor edilmiştir. Bu sonuçlar açısından yapılan çalışma bulguları değerlendirildiğinde, mevcut çalışma bulgularına göre travmatik olayın etkisinin travma sonrası büyüme ile aynı yönde artış göstermesi açısından benzerlik sergilediği düşünülmektedir. Karancı ve Acartürk (2005)'e göre, travmatik olayın şiddeti, bu yaşantının ardından yaşanan sıkıntılar, algılanan sosyal destek, problem odaklı ve iyimser başa çıkma gibi değişkenlerin travma sonrası verilen tepkileri etkilediği belirtilmiş ve bu kavramların travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Rapor edilen bu sonucun, olay şiddeti ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki açısından mevcut çalışma ile örtüştüğü düşünülmektedir. İncelenen alanyazında benzer şekilde travma sonrası büyümenin travmatik olayın şiddeti ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Büchi ve ark., 2007); dolayısıyla beklendik olan, bu tür yaşantılar karşında kişilerin daha fazla büyüme yaşamalarıdır Bazı araştırmacılara göre, travmatik olayın şiddetinin, travmatik yaşantı sonrası oluşacak tepkilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda Janoff ve Bullman (2004) tarafından yapılan çalışmada, bireylerin hem travma sonrası büyüme hem de travma sonrası stres belirtileri göstermeleri için, yaşanan olayın kişinin sayıtlılarını yıkacak düzeyde olması gerektiği belirtilmiştir. Tedeschi ve Calhoun (1998), travmatik olayı "sismik olay" olarak tanımlanmıştır. Bu bilgiler ışığında travmatik olayın şiddeti ve etkisi ile travma sonrası büyüme ilişkisi açısından literatürle uyumlu sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir. Fakat literatürde travmatik yaşantıların özellikleri ve travma sonrası büyüme ilişkisi oldukça az çalışılmış bir konudur, dolayısıyla bu değişkenler arası ilişki belirsizdir. Bu durum dikkate alındığında, travmatik yaşantıların özellikleri ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Öz-şefkat kavramının çalışmalara dahil edilmesi görece yakın zamanda gerçekleşmiştir ve diğer kavramlarla olan ilişkisini inceleyen araştırmalar da oldukça sınırlıdır. Dolayısıyla incelenen alanyazında ne travmatik olayın şiddeti ne de travmatik olayın etkisiyle öz-şefkat değişkeni arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla çalışmadan elde edilen bu bilginin genellenebilir olmasının uygunluğu açısından sözü edilen bu değişkenlerle daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

4.5 Değişkenlerin Cinsiyete, Eğitim Düzeyine, Çocuk Sahibi Olma Durumuna ve Gelir Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmada ana değişkenler sosyodemografik açıdan değerlendirilmiştir. Öncelikle katılımcıların cinsiyetinin ana değişkenler üzerine olan etkisi incelendiğinde, cinsiyetin sadece travmatik olayın etkisi değişkeni üzerinde etki gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, kadın katılımcılar erkek katılımcılara kıyasla, travmatik olaylardan daha fazla etkilendiklerini beyan etmişlerdir. Literatüre bakıldığında doğrudan travmatik olayın etkisinin cinsiyet açısından değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmasa da, Coker ve ark., (2005) tarafından, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde TSSB gösterdiği ve daha şiddetli semptomlar yaşadığı belirtilmiştir. Benzer şekilde, kadınların TSSB ve TSSB ile eşlik eden ruhsal hastalıklar açısından riskli oldukları (Tural ve ark., 2001) bilgilerine dayanarak, kadınlarda travmatik olayın etkisinin erkeklere kıyasla daha fazla olduğu, bu durumun da kadınların duygu ve hislerine daha fazla kapıldıkları ve daha rahat sunabildiklerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Bu bilgiler ışığında, mevcut araştırmanın bu yöndeki bulgularının genellenebilir olmasının uygunluğu açısından sözü edilen bu değişkenlerle daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir

Çalışma örnekleminin eğitim düzeyi açısından ana değişkenler değerlendirildiğinde, eğitim düzeyinin travma sonrası büyüme ve travma sonrası stres belirtileri üzerinde etki yarattığı saptanmıştır. Buna göre en düşük eğitim düzeyine sahip grup, hem lisans eğitimine hem de lisansüstü eğitimine sahip gruptan daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme yaşadıkları bulunmuştur. Bireylerin eğitim düzeylerinin travma sonrası büyüme düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında; yüksek eğitim düzeyindeki katılımcıların daha düşük düzeyde travma

sonrası büyüme gösterdikleri yönünde bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Göcek, 2012; Gül, 2014). Kalp krizi geçirmiş kişilerde travma sonrası büyüme ile öz-şefkat arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın bulguları da eğitim düzeyi ile travma sonrası büyümenin ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Çolakoğlu,2013). Widows ve arkadaşları (2005) da yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi ile travma sonrası gelişim arasında zıt yönlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin stresli durumun etkilerine daha çok maruz kalma olasılıklarının olduğu ve buna bağlı olarak tehdit algısının artışı ile kişilerin travma sonrası büyüme düzeylerinin artmasına katkı sağlayabileceği bu durumun nedeni olarak düşünülmektedir. Bu sonuçlar araştırmanın eğitim düzeyi ile travma sonrası büyüme düzeyi arasında bulunan ilişki ile örtüşmekte, fakat mevcut çalışmada gelir düzeyi ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Bunlara ek olarak kemik iliği nakli olan bireylerin bulunduğu örneklem ile yapılan çalışmada, travma sonrası büyümenin yordayıcıları değerlendirilmiştir. Nakil öncesinde tanımlayıcı değişkenlerden eğitim seviyesinin düşük olması değişkeninin nakil sonrasında yüksek travma sonrası büyüme düzeyiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Windows ve ark., 2005). Böbrek yetmezliği yaşayan bireylerde travma sonrası büyümeyi araştıran bir diğer çalışmada ise, bireylerin ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olmaları, travma sonrası büyüme düzeyini artırdığı sonucu, mevcut çalışmadaki düşük eğitim düzeyi grubunun hem lisans hem yüksek lisans mezunlarına göre travma sonrası büyüme düzeyinin daha fazla olduğu bulgusuyla bağdaşmaktadır (Yorulmaz, Bayraktar ve Özdilli, 2010). Çalışma bulgularının aksine bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi açısından travma sonrası büyüme düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu rapor edilirken (Tüfekçi,2011; Yılmaz, 2006), Linley ve Joseph'in (2004) travma sonrası büyüme kavramını sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirdikleri çalışmada; yüksek eğitim ve gelir seviyesine sahip kişilerde büyüme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan eğitim düzeyi düşük kişilerin daha fazla travma sonrası büyüme yaşamaları sonucuna ulaşılmış, elde edilen bu sonuç bazı çalışmalarca desteklenirken bazılarına ters düşmüştür. Bu anlamda genellenebilirlik amacıyla, ilgili değişkenlerle daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada eğitim düzeyi açısından farklılık gösteren bir diğer değişken ise travma sonrası stres belirtileri olmaktadır. Buna sonuca göre, en düşük eğitim

düzeyine sahip grup, hem lisans eğitimine hem de lisansüstü eğitimine sahip gruptan daha yüksek düzeylerde travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri bulunmuştur. Brewin ve ark. (2000) ile Lee ve Young (2001), yapmış olduğu araştırmalarda düşük eğitim düzeyinin, düşük sosyo-ekonomik seviyesinin ve düşük zeka düzeyinin travma sonrası stres belirtileri için bir risk faktörü oluşturduğunu savunmaktadır. Bu alanyazın bilgisi, yapılan çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Yüksek eğitim seviyesine sahip olmanın sosyal ağları kullanma, yaşanılan belirtilerin nedenlerini anlama, baş etme becerilerini etkili kullanma açısından önemli oranda avantaj sağladığı, bu kişilerin yaşadığı psikolojik sıkıntılar için uzman yardımına başvurma girişimlerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında, mevcut çalışmanın bulgularıyla bağdaşmayan çalışmalara da rastlanılmıştır. Önceki çalışmalardan bazılarına göre, eğitim düzeyi travma sonrası stres belirtileri ile anlamlı ilişki göstermemektedir (Gül ve ark., 2015; Tüfekçi, 2011; Yılmaz, 2006). Dınvar (2011)'ın yapmış olduğu araştırmaya göre, TSSB puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir. Arama kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenleri araştıran bir çalışmada ise, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan arama kurtarma çalışanlarının travma sonrası stres belirtileri ortalaması, üniversite mezunu arama kurtarma çalışanlarının ortalamasından daha düşük bulunmuştur (Yılmaz, 2006). Bu farkın nedeni olarak; mevcut çalışmada yer alan katılımcıların travmatik olaya tanık olma değil, olayı bizzat kendilerinin yaşamasından kaynaklı olabileceğini düşünülmektedir. Eğitim düzeyi açısından travma sonrası stres belirtilerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, çeşitli katılımcı gruplarıyla yapılmış ve araştırmalardan elde edilen sonuçların ilgili yazında birbiriyle çeliştiği görülmüştür. Mevcut çalışmadaki söz konusu değişkenlerin analiz sonuçları ile örtüşen çalışmalara rastlanılsa da genelleme yapılabilmesi için farklı katılımcı gruplarıyla, ilgili değişkenlerin daha detaylı incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu açısından ana değişkenler değerlendirildiğinde, çocuk sahibi olmanın travma sonrası büyüme ve öz-şefkat üzerinde etki yarattığı tespit edilmiştir. Buna göre, çocuk sahibi olanların öz-şefkatlerinin, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde çocuk sahibi olanların travma sonrası büyümelerinin, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bireylerin anne ve baba olduktan sonra,

bebekleriyle birlikte sevme kapasitelerinin daha çok geliştiği, merhamet duygularının daha yoğunlaştığı düşünüldüğünde, çocuk sahibi olanların daha fazla öz-şefkatli oldukları ve çocuklarının ebeveynler için koruyucu bir işlev görmesinden dolayı travma sonrasında daha çok büyüme geliştirdikleri düşüncesiyle oluşturulan hipotez, çalışma analizinden elde edilen sonuçlarla desteklenmiştir. İlgili alanyazına bakıldığında, öz-şefkat konusu 2000 yıllık bir Budist felsefesine dayansa da, söz konusu bu kavram nicel araştırmalarda yaklaşık 10 senedir yerini almaktadır. Dolayısıyla demografik değişkenlerle öz-şefkatin incelendiği çalışmalara sınırlı sayıda rastlanılmaktadır. Mevcut çalışmadaki katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre öz-şefkat düzeylerinin farklılaştığı yönünde elde edilen sonucu destekler ya da çelişir özellikte incelenen alanyazında bir bulguya ulaşılamamış olup, genelleme yapmak için yeterli araştırma bulunmamaktadır. Dolayısıyla çocuk sahibi olma değişkeniyle ilgili farklı örneklemler üzerinde yapılacak detaylı araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Taranan alanyazında öz-şefkatin demografik değişkenler açısından değerlendirildiği çalışmalar hem sayıca az hem de çelişkili bulgular rapor etmektedir. Bazı çalışmalarda öz-şefkatin cinsiyet, etnik köken ve yaş değişkenleri açısından farklılaştığı görülmüştür (Abacı, 2007; Werner ve ark.,2012). Cinsiyet açısından öz-şefkat düzeyini değerlendiren Amerika'da yapılmış türlü araştırmalarda erkeklerin öz-şefkat düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Neff ve McGehee, 2010; Neff ve Hsieh, 2008; Raes, 2010; Neff, 2003a; Neff ve diğ., 2005; Kelly ve diğ.,2010). Amerika, Tayland ve Tayvan gibi farklı kültürel gruplarla yapılan araştırmaya göre ise, Amerikalı katılımcıların yer aldığı çalışmada yukarıda bahsi geçen araştırma bulgularıyla tutarlı şekilde erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek öz-şefkat düzeyine sahip oldukları ifade edilirken, Tayland ve Tayvan örnekleminde cinsiyet açısından öz-şefkatin farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır (Neff, Pisitsungkagarn ve Hsieh, 2008). Cinsiyet bakımından öz-şefkat düzeyinin incelendiği çalışmaların çoğunda bu çalışma ile benzer biçimde, kadın ve erkek olma açısından öz-şefkat düzeyinin farklılaşmadığı sonucuna ulaşılırken(Andiç, 2013; İkiz ve Totan, 2012; İskender, 2009; Neff ve McGehee, 2010; Neff ve diğ., 2008; Yılmaz, 2009), sadece Amerikan kültüründe cinsiyete göre öz-şefkat düzeyinin farklılaşma gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeninin, kadınların erkeklere kıyasla detaylı ve sürekli baş etme yöntemlerine sahip olmaları olarak düşünülmektedir

(Nolen-Hoeksema, Larson ve Grayson; 1999). Başka bir bakış açısı olarak Kelly ve ark., (2010), bu farklılığın sadece Amerikan kültürüne özgü olmasının sebeplerinin belirsiz olduğunu ve açıklanabilmesi için bu konu ile ilgili daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliğini vurgulamışlardır. Mevcut çalışma bulguları ile örtüşen bu durumun kültürel olarak açıklanabileceği düşünülmektedir. Alanyazında, yapılan bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde cinsiyet değişkeni açısından öz-şefkat düzeyinin anlamlı olarak farklılaşmadığını savunan çalışmalar yer almaktadır (Kirkpatrick, 2005; Neff ve ark., 2006). Germer'a (2009) göre ise, kadınlar erkeklerle kıyaslandığında daha empatik ve daha şefkatli olmaları sebebiyle, kadınların erkeklere göre daha fazla öz-şefkatli olması beklenir fakat mevcut çalışmanın bulguları bu kuramsal bilgiyi desteklemeyerek katılımcıların öz-şefkat düzeyi cinsiyet açısından farklılık göstermemektedir. Görüldüğü üzere, cinsiyet değişkeni ile bireylerin öz-şefkat durumu arasındaki ilişkiyi yansıtan sınırlı sayıda çalışma vardır. Dolayısıyla, bu sonuçların Türk kültürüyle ilgili yazında genellenebilmesi için ülkemizde yapılan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan mevcut çalışmada cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, medeni durum, çalışma durumu, yaşanılan şehir türü ve çocuk sahibi olma durumu açısından değerlendirilmiş olup, yukarıda da belirtildiği gibi sadece çocuk sahibi olma değişkeniyle anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Bazı çalışmalardaki cinsiyet (Andiç, 2013; İkiz ve Totan, 2012; İskender, 2009), yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi demografik özelliklere göre öz-şefkatin farklılaşmadığı bulgusu, yapılan bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir (Çolakoğlu, 2013; Neff, Rude ve Kirkpatrick, 2007). Yukarıda da belirtildiği üzere, yeni bir kavram olarak araştırmalarda kullanılan öz-şefkatin demografik değişkenlerle ilişkisini hem yurt içi hem yurt dışı katılımcılar üzerinde açıklayan çalışmaların yapılmasının, öz-şefkat temelli terapi yaklaşımlarında bireysel özelliklerin dikkate alınması için katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında, çocuk sahibi olma durumunun diğer değişkenler üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir, çocuk sahibi olma durumunun etki yarattığı bir başka değişkenin travma sonrası büyüme olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre, çocuk sahibi olanlar, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme rapor etmişlerdir. Çocuk sahibi olan kişilerin, çocuklarıyla kurmuş olduğu

bağdan beslendikleri, bu bağın sevgi ve şefkat gereksinimlerini karşılayabilecek kaynaklardan biri olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla, çocuk sahibi olmanın kişiler için ruhsal ve psikolojik sağlıkla ilgili olabileceği ve travma yaşantısı sonrası tampon görevi görerek bireylerde büyüme geliştirme olasılığını artırabileceği düşünülerek kurulan hipotez, yapılan araştırma sonuçlarının beklendik yönde olduğunu göstermektedir. Fakat bu sonucun ilgili alanyazında tartışılabilecek özellikte bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Etişken'in (2013), infertil bireylerde travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörleri incelediği çalışmasına göre; gelecekte yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inanan hastaların travma sonrası büyüme puanları, çocuk sahibi olacağına hiç inanmayan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bilgiler çerçevesinde, mevcut araştırmanın bu yöndeki bulgularının dolaylı olarak tartışabileceği, infertil bireylerden çocuk sahibi olacağına inananları, çocuk sahibi olan bireyler grubuna benzer düşünülürse mevcut çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği düşünülebilir. Fakat incelenen literatürde çocuk sahibi olma durumu ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanılmaması sebebiyle, genelleme yapmak için yeterli bilgi bulunmamaktadır. Dolayısıyla çocuk sahibi olma değişkeniyle ilgili farklı örneklemler üzerinde yapılacak araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. İlgili değişkenlerle yapılan çalışmaların daha fazla yapılması gerektiği, koruyucu ve önleyici faktörleri belirlemek açısından da önemli olacağı için önerilmektedir.

Katılımcıların gelir düzeyi açısından ana değişkenler üzerindeki etkisi araştırıldığında, sadece travma sonrası stres belirtileri üzerinde bir etki gösterdiği bulunmuştur. Grup karşılaştırmalarına göre; 1000-2000 TL arası kazananların, 2000-4000 TL arası kazananlardan ve 4000 TL ve üstü kazananlardan daha yüksek düzeylerde belirti gösterdikleri görülmüştür. Yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer olarak Tüfekçi'nin (2011) yapmış olduğu araştırmada, gelir düzeyi ile travma sonrası stres belirtileri değerlendirme sonuçlarına göre, gelir düzeyi arttıkça travma sonrası stres belirtilerinde azalma görüldüğü bulgulanmıştır. Özdel, Bostancı ve Oğuzhanoğlu'nun (2002) yapmış oldukları bir başka çalışmada, maddi anlamda zorluk çeken üniversite öğrencilerinin, sosyal hayatlarında sıkıntılar yaşadığı ve depresif belirtilerinin daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Başka bir deyişle, gelir düzeyi yüksek olan bireyler, kendilerini iyi hissettirecek çeşitli aktivitelere katılma olanağı bulmaktadırlar. Dolayısıyla sosyal hayatlarını daha hareketli hale

getirmektedirler. Bunların yanı sıra, maddi kaynakları yüksek olan kişiler, finansal yönden imkanları olması nedeniyle gelir düzeyi düşük kişilere kıyasla ihtiyaç hissettiklerinde daha rahat psikoterapi hizmetinden faydalanabilmektedirler. Böylece, gelir düzeyi düşük bireylere göre daha fazla sosyal ve psikolojik destek alarak, travmanın kendilerinde yaratmış olduğu olumsuz etkilere yoğun olarak dikkatlerini vermemektedirler. Sonuç olarak, travma sonrası stres belirtileri puanlarının düşük olması beklendik bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar ile araştırmanın gelir düzeyi ve travma sonrası stres belirtileri arasında tespit edilen ilişkiye ait sonucun bağdaştığı düşünülmektedir.

Tüm bunlara ek olarak katılımcıların medeni duruma, çalışma durumuna ve yaşanılan şehir türüne göre tüm değişkenlere ilişkin yapılan analizler sonucu incelendiğinde, hiçbir değişkenin bahsi geçen demografik özelliklerle ilişkili olmadıkları görülmektedir.

4.6 Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Öz-şefkatin Düzenleyici Rolünün İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında, söz konusu olan bu üç değişken ilgili yazına bakıldığında ilk defa birlikte ele alınmıştır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide öz-şefkatin düzenleyici bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle; travma sonrası stres belirtileri düşük de olsa yüksek de olsa bireyin travma sonrası büyüme yaşayabilmesi için bu belirtilerin yanında öz-şefkatinin yüksek olması gerekmektedir. Öz-şefkati yüksek olan kişiler, travmatik bir yaşantı deneyimlediğinde, hayatında yaşamış olduğu acı ve tatlı olayları diğer insanların da deneyimlediği fikriyle yaklaşmakta, paylaşımların bilincinde olduğu bilinmektedir. Bu kişilerin deneyimledikleri travmatik yaşantıya dengeli bir farkındalıkla yaklaştıkları böylelikle, kendilerini nesnel bir pencereden değerlendirerek yeterliliklerinin farkına varma olasılıklarının arttığı düşünülmektedir. Dolayısıyla, duygu ve düşüncelerinin farkında olan kişilerin, yaşadıkları negatif bir olayın ardından bu duygu ve düşüncelerini başkalarıyla paylaşmakta daha istekli olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Travmatik yaşantı öncesinde duygu ve düşüncelerinin dengeli farkındalığını yaşayan bu kişilerin, daha öncesinde farkına varılmayan sosyal ağlara yönelmesi durumun kişiler arasındaki ilişkilerinde pozitif

değişimin bir göstergesi olduğunu söyleyebiliriz. Tüm bunlar göz önüne alındığında, travmatik yaşantı sonrası kişinin büyüme geliştirmesinde, öz-şefkatin destekleyici bir rolünün olduğu ortadadır.

Travmatik olay yaşamış kişiler yoğun korku, çaresizlik hissi, dehşete kapılma duygularıyla birlikte olumsuz şekilde etkilenmiş dünya ve kendilik algılarıyla baş etmeye çalışırken kişi bir çıkmazın içine girebilmektedir (Janoff ve Bulman, 1992). Bu bilgilerin aksine Karancı (2009), travmatik olayların bireylerin hayatında her zaman olumsuz dönüşümler yaratmayacağını, kişilerin travmatik olayların meydana getirdiği olumsuzluklarla baş edebilmek adına olumsuzlukları olumluya çevirebileceğini ifade etmektedir. Kişilerin travmatik olay ardından onları güçlü kılan etkenlerden biri olarak kendilerini mağdur olarak nitelendirmenin yanı sıra "sağ kalan, hayatta kalan" şeklinde değerlendirmesi olmuştur ve bu durum baş etme becerisinin kapasitesini artırmaktadır. Böylelikle bireylerin, diğer kişilere karşı duygularını daha rahat açabilecekleri, yaşamlarına ait önceliklerini değiştirebilecekleri ve böylelikle daha işlevsel bir öncelik sıralaması sayesinde hayatlarını düzenleyebilecekleri düşünülmektedir (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998). Janoff-Bulman (2004)'a göre, büyüme yaşanmasındaki önemli basamaklardan biri, kişilerin travmatik yaşantı sonrası eski inançları yerine bu eski inançlarını sorgulama sonucu daha gerçekçi olan, yeni yaşayabileceği travmalara karşı hazırlıklı olmasını sağlayan inançlar geliştirmesi olduğunu ifade etmektedirler. Travma sonrası büyümeyle alakalı olan görüşler incelendiğinde; bireyin sahip olduğu özelliklerin travma yaşantısı sonrasında büyüme sürecini şekillenmesinde etkili olduğu, yaşanan travmanın etkisiyle kişinin sayıtlılarındaki değişimlerin bu süreci etkilediğine yönelik fikirler yer almaktadır (Janoff- Bulman ve Yopyk, 2004; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu bilgiler ışığında, bireyin sahip olduğu özellikler açısından bireysel değişkenleri ele almak önem teşkil etmektedir. Son zamanlarda çalışmalara konu olan farkındalık kavramının daha kapsamlı ele alındığı öz-şefkat kavramı da bireysel bir değişken olarak çalışmalarda dikkat çekici bir kavram olarak yer almaktadır (Neff, 2003; Kirkpatrick, 2005; Öveç, 2007; Akın, 2009; Soyer, 2010; Raes, 2010; Pauley ve Mcpherson, 2010). Fakat hem yurt dışı hem de ülkemiz literatürü incelendiğinde genel populasyonda travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası büyüme ve bireysel bir değişken olan öz-şefkatin birlikte değerlendirildiği bir

araştırmaya rastlanılmamıştır. Çalışma öncesindeki alanyazın bilgisinden dolayı beklenen ilişki açısından çalışma hipotezi desteklenmiştir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde öz-şefkatin bir psikolojik müdahale olarak psikolojik iyilik sürecindeki yerini değerlendiren çeşitli araştırmalara rastlanılmıştır. Garmer (2009), bilinçli farkındalığın bireylere anlayış, affedicilik ve sevgi duygularını aşılayarak kişileri öz-şefkate götürdüğünü; kalplerimizi açabilmemiz için önce gözlerimizi açmamız gerektiğini ifade etmektedir. Benzer şekilde Özyeşil (2011) tarafından yapılan çalışmada, öz-şefkat puanları ile bilinçli farkındalık puanları arasında olumlu yönde bir ilişki bulunmuş ve bilinçli farkındalığın öz-şefkati yordadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra birçok ruhsal ve psikolojik yaklaşımlar psikolojik iyilik halinin sağlanması ve artırılmasında bilinçli farkındalığın önemli rol oynadığını dile getirmektedir (Brown ve Ryan, 2003; Baer, Smith ve Allen, 2004; Davis, Lau ve Cairns, 2009; Kabat ve Zinn, 2009; Lykins ve Baer, 2009; Mayer, 2000). Benzer biçimde öz-şefkat ve uyumlu psikolojik işlevselliğin araştırıldığı çalışmada, bireylerin öz-şefkat düzeyleri arttıkça, psikolojik iyi oluş hallerinin yükseldiği bildirilmiştir (Neff ve ark., 2006). Bu çalışmalara uyumlu şekilde, öz-şefkat ve psikolojik sağlık arasında aynı yönde bir ilişki olduğu, öz-şefkat temelli müdahalelerle kişilerin öz-şefkatinin artırılabileceği ve bu sayede kişilerin sosyal bağlarını, yaşam doyumlarını, benlik saygılarını, özerkliklerini, kişisel gelişimlerini, kendini yatıştırabilme, öz-ılımlılık, mutluluk ve iyimserliklerini yükseltirken; öz-eleştiri, nevrotizm, anksiyete, depresyon, utanç, aşağılık duygusu ve itaat davranışlarının azaltılabileceği saptanmıştır (Kirkpatrick, 2005; Gilbert ve Procter, 2006). Ek olarak, öz-şefkatin depresyon ve ansiyete üzerinde koruyucu etkisinin olduğu, yaşam doyumu gibi olumlu ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğu çalışmalara da rastlanılmıştır (Deniz ve Sümer, 2010; Neff, 2003b; Raes, 2010). Pauley ve McPherson (2010)'ın yürütmüş olduğu çalışmada, katılımcılar depresyon ve anksiyete konusunda öz-şefkatin önemli bir kavram olduğunu, yarar sağlayacağını bildirmiştir. Wei, Liao, Ku ve Shaffer (2010)'ın yapmış olduğu çalışmada ise, öz-şefkatin, bağlanma anksiyetesi ve psikolojik iyi oluş ile duygusal empati arasındaki ilişkiyi etkilemekte olduğu bulgulanmıştır. Tüm bu bilgiler ışığında alanyazın göz önünde bulundurulduğunda, TSSB belirtilerinin geniş bir şemsiyede yer aldığı, TSSB'nin anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları ve psikotik bozuklukların bir kesişim kümesi gibi olduğu, bu rahatsızlıkların travma sonrası stres belirtileri ile

benzerlik içinde ve ilişkili olduğu (Özgen ve Aydın, 1999) düşünüldüğünde dolaylı olarak yukarıdaki bahsi geçen çalışmaların, mevcut çalışma bulguları ile bağdaştığını söyleyebilmek mümkündür. Bunlara ek olarak, travma sonrası büyüme geliştirmenin yapıcı birer parçaları olarak hem uzun vadede hem de kısa vadede kişinin psikolojik iyilik hali ya da uyumu ile ilişkili olduğuna dair göze çarpan bulguların da mevcut çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir (Carver ve Antoni, 2004).

Tüm bu çalışmalara benzer şekilde, bilinçli farkındalık kavramının daha kapsamlı ele alındığı öz-şefkat olgusunun travmatik yaşantıya sahip bireylerde büyüme geliştirme açısından önem arz ettiğini düşündüren çeşitli çalışmalara taranan alanyazında rastlamak mümkün olmuştur. Bilinçli farkındalık temelli eğitim programı öncesi ve sonrasında, bireylerin stres düzeylerinin azaldığı ve bilinçli farkındalık ile öz-şefkat düzeylerinin artış gösterdiğini ortaya koyan Newsome (2010)'ın araştırması, öz-şefkat kavramının daha geniş ele alındığı bilinçli farkındalık temelli psikolojik müdahalelerin, kişilerdeki belirtileri azaltıp, büyüme için bir destekleyici rolünün olduğu yönündeki mevcut çalışma bulgusunu destekler nitelikte olduğunu düşündüren çalışmalara örnek olarak sayılabilmektedir. Benzer şekilde, bilinçli farkındalığın (Chopko ve Schwatz, 2009) ve olayı kontrol edebilmenin (Linley ve Joseph, 2004) travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur. Bunlara ek olarak, iyileştirici sanat programı ile birlikte bilinçli farkındalık temelli stres azatlımı programının da kanser hastalarında travma sonrası büyümeyi kolaylaştırıp desteklediği, bunların yanı sıra farkındalık temelli stres azatlımı programının maneviyatı yükselttiği, öfke, depresyon ve stresi azalttığı bulunmuştur (Garland ve ark., 2007). Benzer şekilde öz-şefkatin kapsamlı olarak ele alındığı bilinçli farkındalık temelli psikolojik müdahalelerin incelendiği diğer çalışmalara bakıldığında, öz-şefkat müdahalesi sonrasında öz-yeterlik, farkındalık, psikolojik iyilik halinin önemli ölçüde artış gösterirken; medikal ve psikolojik semptomlarının, depresif duygu durumunun, stres belirtilerinin yüksek düzeyde azaldığı bulunmuş, bunlara ek olarak öz-şefkat müdahalesi sonrası bireyler kendilerini daha mutlu hissettiğini belirtmişlerdir (Birnie, Speca ve Carlson, 2010; Shapira ve Mongrain, 2010; Carmody ve Baer, 2008; Chang ve ark., 2004).

Kristinn Neff (2003) tarafından geliştirilen öz şefkat olgusu, daha önce de bahsedildiği gibi psikolojik iyi olma durumunu, psikolojik sağlığı yordayan yeni yapılardan biridir. Budist felsefeye dayanan ve yukarıda anlatılan farkındalığı da kapsayan öz şefkatin, psikolojik iyi olmaya önemli bir alternatif olduğu ve bunun yanı sıra kişilerin yaşam alanlarında ve inançlarında önemli gelişim sağladığı araştırmalarca ortaya konduğu görülmüş olup, tüm bu araştırmaların mevcut çalışma bulgularını desteklediği düşünülmektedir. Araştırma kapsamında elde edilen bu sonuç alanyazın ışığında değerlendirildiğinde, travmatik yaşantı sonrası kişilerin psikolojik ve ruhsal anlamda iyilik haline ulaşması amacıyla klinik ortamda yapılan tedaviler bakımından ilgili yazına ışık tutacağı düşünüldüğünden dolayı önem teşkil etmektedir.

4.4 Araştırmanın Sonuçları ve Katkıları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

Öncelikle demografik değişkenler açısından bulunan ilişkilere bakıldığında, travmatik olay etkisi, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermekte, kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla travmatik olaylardan daha fazla etkilendikleri saptanmıştır. Travmatik olay şiddeti, travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası büyüme ve öz-şefkat cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Eğitim düzeyinin travma sonrası büyüme üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu, lise ve altı eğitim düzeyine sahip kişiler, hem lisans eğitimine sahip hem de lisansüstü eğitimine sahip gruplardan daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme göstermektedir. Eğitim düzeyinin travma sonrası stres belirtileri üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu, lise ve altı eğitim düzeyine sahip kişiler, hem lisans eğitimine sahip hem de lisansüstü eğitimine sahip gruplardan daha yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtileri göstermektedir. Çocuk sahibi olma durumunun öz-şefkat üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu, çocuk sahibi olanlar, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek düzeylerde öz-şefkat beyan etmektedir. Çocuk sahibi olma durumunun travma sonrası büyüme üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu, çocuk sahibi olanlar, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek düzeylerde travma sonrası büyüme göstermektedir. Gelir düzeyinin travma sonrası stres belirtileri üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu, aylık geliri 1000-2000 TL olan kişiler, hem 2000-4000 TL hem de 4000 TL ve üstü geliri olan gruplardan daha yüksek düzeyde travma sonrası

stres belirtileri göstermektedir. Diğer demografik değişkenlerden yaş, medeni durum, çalışma durumu, şehir değişkenleri ise, hiçbir ölçekte anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Çalışmada kullanılan temel değişkenlerin birbiriyle olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan analiz sonuçları, travma sonrası stres belirtileri, travmatik olay etkisi, travmatik olay şiddeti, travma sonrası büyüme ve öz-şefkat değişkenleri birbiriyle anlamlı ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Buna göre, travma sonrası büyüme ile travma sonrası stres belirtileri ve öz-şefkat arasında pozitif yönde beklendik bir ilişki bulunmuştur. Travma sonrası stres belirtileri ve öz-şefkat arasındaki ilişki ise, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlıdır. Son olarak, travmatik olayın etkisi ve şiddetinin, çalışmada yer alan değişkenler ile arasındaki ilişki incelenmiş, travmatik olayın etkisi ve şiddetinin travma sonrası büyüme ve öz-şefkat değişkenleri ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Araştırmanın ana analizi bakımından sonuçlara bakıldığında, travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide öz-şefkatin düzenleyici değişken olarak rol aldığı bulunmuştur.

Sonuç olarak; gerek öz-şefkat gerekse travma sonrası büyüme kavramı literatür çalışmalarına görece yeni konu olmuş iki kavramdır. Her ne kadar travma sonrası büyüme kavramı bir takım özel travmatik yaşantı gruplarıyla çalışılsa da, genel populasyonda travma sonrası büyüme, travma sonrası stres belirtileri ve öz-şefkatin birlikte ele alındığı ne yurt içi ne de yurt dışı literatüründe bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu açıdan bakıldığında mevcut çalışma, ilgili yazına olan katkısından dolayı önem teşkil etmekte ve bir ilk niteliği taşımaktadır. Yapılan bu çalışmada söz konusu değişkenlerin birbiriyle istatistiksel olarak anlamlı olduğu, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasında öz-şefkatin düzenleyici rolünün varlığı alanyazın için yeni ve önemli katkılardandır. Son yıllarda üçüncü dalga terapi yaklaşımları olarak bilinen, öz-şefkat olgusunu genel olarak barındıran bilinçli farkındalık terapileri dikkat çekmektedir. Dolayısıyla travmatik olay yaşayanlardan, özellikle TSSB geliştiren kişiler için öz-şefkat unsurlarını tedaviye dahil etmekte faydalı olacağı savunulmaktadır. Araştırmacılar, TSSB tedavisinde farkındalık temelli uygulamaları tedaviye dahil etmeye başladıkça, öz-şefkat travma tedavisine entegre olabilmektedir ve kişinin gelişimi için önemli

olduğu düşünülmektedir (Thomson ve Waltz, 2008). Bunların yanı sıra, travma sonrası süreç için öz-şefkatin bir başa çıkma stratejisi olduğu, bireysel iç kaynakları artırdığı, TSSB tedavisinde umut verici bir etken olarak ön görüldüğü, zihinsel sağlıkta ve stresli yaşam olaylarının sonucunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Hoffart, 2015; Scoglio ve ark., 2015). Ek olarak, klinik uygulama kapsamında farkındalık meditasyonları gibi öz-şefkati geliştiren stratejilerin, travma sonrası stres belirtilerini azaltıp, kişinin gelişim sağlayabileceği yönünde fikirler öne sürülmektedir (Maheux ve Price, 2015). Tüm bu bilgiler ışığında, pozitif psikoloji akımının ortaya çıkardığı iki önemli kavram olan travma sonrası büyüme ve öz-şefkat arasındaki ilişkinin, travmatik olay yaşamış genel populasyonda anlaşılmaya çalışıldığı bu araştırma hem travma yaşantısı ardından yaşanılan iyileşme sürecinin anlaşılması hem de ülkemiz ve dünya alanyazınında bir ilk olması açısından önem teşkil etmektedir.

4.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu araştırmada alınan ölçümler kendini değerlendirme türü ölçeklerle elde edilmiştir. Yapılan araştırmanın bulguları kullanılan ölçeklerin güvenirliği ve örneklem grubundaki katılımcıların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır Dolayısıyla, kendini bildirimden kaynaklanan yanlılıklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun yanı sıra, araştırmanın örneklemine kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılmış olup, bu durumun yarattığı bazı sınırlılıkların olabileceği de unutulmamalıdır. Mevcut yapılan çalışma gibi ölçeklerle yürütülen çalışmaların sınırlılıklarının ortadan kaldırılması için, niteliksel yöntemlerin niceliksel yöntemlerle birlikte kullanılmasının yararlı olacağı önerilmektedir.

Yapılan tez çalışmasının deseni geriye dönük olarak düşünülmüştür. Travmatik yaşantı sonrası meydana gelen stres ve büyüme tepkilerinin hem bir sonuç, hem de bir süreç olduğu göz önüne alındığında, geriye dönük olan çalışmalarda tüm ilişkileri görme açısından sınırlı olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada kullanılan değişkenlerin farklı bakış açılarıyla ele alınıp, boylamsal bir çalışmada değerlendirilmesinin uygun olacağı ve değişkenler arası nedensel ilişkiler hakkında bilgi sağlayacağı sebebiyle önerilmektedir. Bunun yanı sıra; araştırmacılarca boylamsal yapılan çalışmalar, öz-şefkatin, TSSB belirtilerinin başlangıcına karşı

korunmasının ve öz-şefkat eksikliğinin bir risk faktörü olduğunun anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu tür elde edilecek bilgiler, öz-şefkat araştırmasının klinik uygulamaya dönüştürülmesini sağlayacak ve sonuç olarak travmaya maruz kalanlar için klinik tedavileri artıracağı öngörülmektedir (Maheux ve Price, 2015).

Araştırma konusu ve amacı bakımından gerek yurt içinde gerekse yurt dışında yapılan ilk çalışmadır. Araştırma kapsamında ele alınan değişkenlere ait alanyazının kısıtlı olması nedeniyle yapılan atıflar daha çok yurt dışı kaynaklı ve yabancı örneklem grupları aracılığıyla yapılandırılmıştır. Dolaysıyla, Türk populasyonunda yapılacak olan çalışmaların, kültürel farklılıkları daha aza indirgeyeceği düşünülmektedir. Buna ek olarak; özellikle öz-şefkat olgusu her ne kadar 2000 yıllık Budist felsefesine dayansa da operasyonel tanımı sadece 10 yıl önce yapılan çok yeni bir kavramdır. Bu açıdan bakıldığında kavramın diğer kavramlarla ilişkisinin bilinmesi ve terapi uygulamalarındaki rolünün genişletilmesi adına öz-şefkat ile ilgili daha fazla araştırmaya, özellikle de ülkemizde çalışmalar yapılmasına ihityaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak; travmatik olay sonrası bireylere uygulanacak destek programlarının ve klinik alan da yararlanılacak etkili terapötik yaklaşımların geliştirilmesi için, kültür etkisini de minimize etmek adına Türk örnekleminde yapılacak yeni araştırmalara ihtiyacın olduğu dikkat çekmektedir. Travmatik deneyime sahip genel populasyonda travma sonrası stres belirtileri, öz-şefkat ve travma sonrası büyüme kavramlarının birlikte ele alınıp, değerlendirilmesi açısından bu tez çalışmasının ilgili yazına önemli katkı sağlayacağı ve söz konusu kavramların birlikte alındığı yeni çalışma bulgularıyla desteklenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

5.BÖLÜM
KAYNAKLAR

Aiken, L.S., West, S.G. (1991). Multiple regression: testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA: Sage.

Aker, A.T.(2006) 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.

Akın, A. (2009). *Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi Odaklı Grupla Psikolojik Danışmanın Psikolojik İyi Olma ve Öz-Duyarlık Üzerindeki Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri, Sakarya.

Akın, Ü., Akın, A. ve Abacı, R. (2007). Öz-Duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 33, 1-10.

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

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, dördüncü baskı (DSM-IV).* Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC'den çeviren Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Andiç, (2013). Ergenlik Döneminde Zihni Meşgul Eden Konularla İlişkili Değişkenler: Bağlanma Tarzları, Öz-Şefkat Ve Psikolojik Belirtiler. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı / Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı**.**

APA (2000). *Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı: Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR).* E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

APA (2013). *Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. baskı (DSM-5).* E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Appelbaum KL, Hickey JM, Packer I. (2001). The role correctional officers in multidisciplinary mental health care in prisons. Psychiatric Services. 52, 1343-7.

Ataklı, A.; Dikmentaş, E.; Altınışık, S. (2004). Üniversite Hastanelerinde Çalışan Yönetici ve Klinik Sekreterlerin İş Doyumu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6, 2.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report:The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11,* 191-206.

Bayraktar, S. (2008). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Programı.

Beaton, D. ve Murphy, S. (1995). Working in people in crisis: research implicaions. Figley (Ed) içinde Compassion Fatique. New York.

Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). 'Being kinder to myself': A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behaviour therapy or cognitive behaviour therapy and compassionate mind training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31–43.

Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10, 561-571.

Berking, M., Whitley, B. (2014). Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual. New York, Springer..

Birnie, K., Speca, M., Carlson, L. E. (2010). Exploring Self-compassion and Empathy in the Context of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR). *Stress and Health*.

Botha, C., ve Pienaar, J. (2006). South African correctional official occupational stress: The role of psychological strengths. *Journal of Criminal Justice, 34,* 73-84.

Breslau, N., Davis, G, Andreski, P., ve Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48,* 216-222.

Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55,* 626-632.

Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. American Journal of Psychiatry, *156,* 360-366.

Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 748-766.

Briere, J. (2012).Working with trauma:Mindfulness and compassion. In C. K. Germer&R.D. Siegel (Eds.), Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice (pp. 264–279). New York, NY: Guilford Press.

Briere, J. ve Scott, C. (2016). *Travma terapisinin ilkeleri belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz DSM-5 için güncellenmiş*. (B.D. Güleç, Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Brown, B. (2011). *Mükemmel olmamanın hediyeleri*. (I. Ölmez, Çev.). İstanbul: Butik Yayıncılık.

Brown, B. (2015). *Cesur yanınızı kucaklayın.* (M. Selvi, Çev.). İstanbul: Martı Yayıncılık.

Brown, B. (2016). *Kuvvetle ayağa kalkmak*. (B. Gündüz, Çev.). İstanbul: Butik Yayıncılık.

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 822- 848.

Bryant, R. A. ve Harvey, A. G. (1999). *Acute stress disorder. A handbook of theory, assessment, and treatment.* Washington DC: American Psychological Association.

Calhoun, L. G. ve Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds). *Posttraumatic growth:*

Positive changes in the aftermath of crisis (pp. 215-238). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. ve McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13 (3),* 521-527.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. Ed. R.G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis.* Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. Ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis.* Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L.G., ve Tedeschi, R.G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15, 1,* 93-102.

Carlson, E.B., Ruzek, J. (2003) Effects of Traumatic Experiences. National Center For PTSD. http://www.athealth.com/consumer/disorders/traumaeffects.html (Ulaşım: Haziran, 2017).

Carmody, J., Baer, R.A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well being in a mindfulness-based stress reduction program. *J. Behav. Med. 31,* 23–33.

Cesur, G. (2012). *Yetişkinlerde Travmatik Yasın ve Travma Sonrası Büyümenin Psikososyal Belirleyicileri.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Chang, C.M., Lee, L-C., Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Jeffries, K.J. & Lai, T.J. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191* (6), 391-398.

Chopko, B. A. ve Schwartz, R. C. (2009). The Relation Between Mindfulness and Posttraumatic Growth: A Study of First Responders to Trauma-Inducing Incidents.*Journal of Mental Health Counseling.* 31.4, 363-376.

Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims,* 20, 625–643.

Çolak, B., Kokurcan, A., Özsan, H.(2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25.

Çolakoğlu, T. (2013). *Kalp Krizi Geçirmiş Bireylerde Travma Sonrası Gelişim ile Öz- Duyarlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Davis, K. M., Lau, A. M., & Cairns, R. D. (2009). Development and preliminary validation of a trait version of the Toronto mindfulness scale. *Journal of Cognitive PsychoNyanaponika Therapy, 23 (3),* 185-195.

Davitson, J.R.T., Fairbank, J. (1989). Position Paper on epidemiology of PTSD. Paper Prepared for the DSM-IV Workgroup on Posttraumatic Stress Disorder.

Deniz, M. E., ve Sümer, A. S. (2010). Farklı öz-anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencileri üzerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. Eğitim ve Bilim, 35 (158), 115-127.

Dirik, G. (2006). *Predictor variables of depression, anxiety and posttraumatic growth among rheumatoid arthritis patients.* Unpublished doctorate thesis. Middle East Technical University, Ankara.

Dınvar, P. E. (2011). Travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve tanrı algısı arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi.* Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

DSM-IV-TR, (2001). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkıtabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı. (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayin Birliği, Ankara.

Durak, E.(2007). *Miyokard Enfaktüs Hastaları ve Eşlerinde Travma Sonrası Gelişimin Belirleyicileri Olarak Çevresel ve Bireysel Kaynaklar, Olayı Algılama, Bişissel İşlemleme ve Baş Etme.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Dürü, Ç. (2006). *Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi.*

Yayımlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dürü, Ç., Işıklı. S., Özbaş, R., Haksal, P. ve Vural, A. (2006*). Psikolojik Destek Programı.* 112 Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genel Sıkıntı Düzeyinin Belirlenmesi Çalışması Raporu, Ankara.

Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttrumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107 (3),* 508-519.

Eke, İ. (2007) Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Davranış Bilimleri Enstitüsü Travma Merkezi. İstanbul.

Ergin, C. (1992). Doktor ve hemsirelerde tükenmislik ve Maslach tükenmislik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikolojik Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı.

Etişken, D. (2013). İnfertil Bireylerde Travma Sonrası Gelişimi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yüksek Lisans* Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri.

Fidell, S. ve Tabachnick, B. (2013). Aircraft noise-induced awakenings are more reasonably predicted from relative than from absolute sound exposure levels. *The Journal of the Acoustical Society of America*, *134*(5), 3645-3653.

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. ve Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9,* 445-451.

Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., ve Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291–299.

Frans, Ö., Rimmö, P. A., Aberg. P., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111,* 291-299.

Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychoNyanaponika Therapy* (pp. 55–72). New York:Guilford Press.

Garland, S. N., Carlson, L. E., Cook, S., Lansdell, L. ve Speca, M. (2007). A Non-Randomized Comparison of Mindfulness-Based Stress Reduction and

Healing Art Programs for Facilitating Post-Traumatic Growth and S pirituality in Cancer Outpaitents. *Support Cancer Care.* 15, 949-961.

Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Hove: Routledge.

Gilbert, P. (2013). Mindful compassion. London, UK: Constable & Robinson Limited.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353–379.

Gilbert, P. (2009) *The compassionate mind: A new approach to life's challenges.* Oakland: New Harbinger Publibations Inc.

Green, B. L. (1995). Trauma History Questionnaire. B. H. Stamm ve E. M. Varra (Ed) İçinde *Measurement of stress, trauma and adaptation.* Lutherville, MD: Sidran.

Gül, S., Olgunsoylu, B., Ünal, Y. (2015). Yetersizliği olan ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip ailelerin travma sonrası stres belirti ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 12 (32), 221-245.

Hammond, K.W., Scurfield, R.M., Risse, S.C. (1993). Post-Traumatic Stress Disorder. In Current Psychiatric Therapy. Philadelphia, Edited by Dunner D.L, W.B. Sounders Company, 288-295.

Hayes, S. C., Strosahl, K. ve Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and third wave of behavioral cognitive therapies. *Behav. Res. Ther*., 44: 1-25.

Hayes, SC., Strosahl, KD. (2004). A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York, Springer-Verlag.

Held, P., Owens, G. (2015). Effects of Self-Compassion Workbook Training on Trauma-Related Guilt in a Sample of Homeless Veterans: A Pilot Study. *Journal Of Clınıcal Psychology,*71(6), 513–526.

Helzer, J.E., Robins ,L.N., McEvoy,L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N. Engl. J. Med*. 317, 1630-1634.

Herbert, JD., Forman, EM. (2011). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. Hoboken, NJ, Wiley.

Hoffart, A., Langkaas, T.F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Front Psychol*, 6:12-73.

İkiz, E. ve Totan, T. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Öz-Duyarlık Ve Duygusal Zekânın İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 14(1), 51-71.

İskender, M. (2009). The Relationship between self-compassion, self-effi cacy and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behaviour and Personality, 37(5),* 711-720.

Işıklı, S. (2006). *Travma Sonrası Stres Belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara.

Işıklı, S. (2009). Gerçeğin Çölü, *PSİNEMA: Sinema ve Psikoloji Dergisi, 9,* 45-52.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*, 113-136.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions.* New York: Free Press.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*, 30-34.

Jones, E. (2007). A Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders,* 21:164- 175.

Jones, E., Wessely, S. (2005). Shell shock to PTSD, military psychiatry from 1900 to the Gulfwar. Hove: Psychology Press.

Joseph, S. ,Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology, 9,* 262- 280.

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress. A psychosocial perspective on PTSD and treatment.* New York: John Wiley & Sons.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.

Kağıtçıbaşı, Ç. (2000). *Kültürel psikoloji kültür bağlamında insan ve aile*. İstanbul: Evrim Yayınevi.

Kaplan, H.I.(1998). Anxiety disorders. In:Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. *Mass Publishing Co*. Egypt.581-628.

Karakaya, I., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Şişmanlar, Ş.G., Yıldız, Ö. (2004) Marmara Depreminden Üç Buçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB, Depresyon Ve Anksiyete Belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4): 257-263.

Karancı, A. N., & Acartürk, C. (2005). Post-traumatic growth among Marmara Earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology, 11(4),* 307-323.

Karancı, A.N. (2009). Travmalarla başa çıkmanın getirebileceği olumlu dönüşümler: Türkiye örneği. *Uluslar arası ruhsal travma toplantıları VI – gündelik hayatın travmaları program & özet kitabı* (s. 34). İstanbul.

Karancı, N. Işıklı, S. ve Aker, T. (2009). *Yetişkinlerde Travmatik olay yaşama yaygınlığı, Travma Sonrasi Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişimin Değerlendirilmesi.* TUBİTAK SOBAG Projesi.

Kelley, B. (1994). A model of stres and burnout in collegiate coaches: Effects of genderand time of season. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65, 48-58.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology,29 (7)* , 727-755

Kesimci, A., Gençöz, T. (2005). Determinants of Stress-Related Growth: Gender, Stressfulness of the Event, and Coping Strategie,Current Psychology, 24 (1), ss. 68-75.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., ve Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1048-1063.

Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61(5),* 4-14.

Kılıç, C. (2003). Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. *Psikolojik travma ve sonuçları.* (Ed. T. Aker ve M. E. Önder). İstanbul: 5US Yayınları.

Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing Self-Compassion Using a Gestalt Two-Chair Intervention*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. The University of Texas, Austin.

Kocatürk, U. (2005) Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, Nobel Tıp Kitapevi,9. Baskı.

Koren, D., Arnon, I., Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry,* 156, 367-373.

Kuğu, N., Akyüz, G. (2002). Doğal felaket deneyimleri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu:Risk faktörleri ve yaygınlık. *Yeni Symposium, 40,* 24-28.

Labbate, L.A., Snow, M.P. (1992). Posttraumatic Stress Sympyoms Among Soldires Exposed to Combat in Persion Gult. Hospital and Community Psychiatry, 43:831-833.

Lafrance, M., & Mayo, C. (1978). Culturel aspects of nonverbal communication: A review essay. *Journal of İntercultural Relations, 2,* 71-89.

Laufer, A. ve Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(4), 429-447.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904.

Lee, D. Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: Diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry, 13,* 150-158.

Linehan, MM. (1993). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder.New York, Guilford.

Linley, P. A. ve Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress.* 17.1, 11-21.

Linley, P. A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17,* 11-21.

Lykins, L. B. & Baer Ruth A. (2009). Psychological Functioning in a Sample of Long Term Practitioners of Mindfulness Meditation: *Journal of Cognitive PsychoNyanaponika Therapy*: An International Quarterly, 23, 226-241.

Macnab, F. (1989). *Life after loss.* Newtown: Millenium Books.

Maes, M., Delmeire, L., Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., Struyf, A., Pison, G. Rousseeuw, P. J. (1998). The two-factorial symptom structure of post-traumatic stress disorder: depression-avoidance and arousal-anxiety. *Psychiatry Research, 81,*195-210.

Maheux, A. & Price, M.(2015). Investigation of the Relation Between PTSD Symptoms and Self-Compassion: Comparison Across DSM-IV and DSM-V PTSD Symptom Clusters, *Self and Identity*, DOI: 10.1080/15298868.2015.1037791.

Maheux, A., Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences,* 88, 102–107.

Mayer, J. D. (2000) Spiritual intelligence or spiritual conciousness. *The International Journal for the Psychology of Religion,* 10, 47-56.

Mc Cafferty FL, Mc Cafferty E, Mc Cafferty MA. (1992). Stress and suicide in police officers, paradigm of occupational stress. *Southern Med Journel*. 85, 233-243.

Mennin, D.S. (2004) Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychol Psychother,* 11: 17-29.

Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity.* 2.2, 85-102.

Neff, K. D. (2003b). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity.* 2 (3), 223-250.

Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27–37.

Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass.* 5 (1), 1-12.

Neff, K. D. ve McGehee, P. (2010). Self-Compassion and Psychological Resilience among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity.* 9, 225-240.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.

Neff, K. D., & Harter, S. (2003). Relationship styles of self-focused autonomy, other-focused connectedness, and mutuality across multiple relationship contexts. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 81-99.

Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2006). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K. ve Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross Cultural Psychology, 39,* 267-285.

Neff, K. D., Rude, S. S. ve Kirkpatrick, K. L. (2007). An Examination of Self-Compassion in Relation to Positive Psychological Functioning and Personality Traits. *Journal of Research in Personality*. 41, 908-916.

Newsome, S. (2010). *Effects of a mindfulness course on helping proffesionals in training:Examining levels of percieved stres, mindfulness and self-compassion*. New Mexico State University, Unpublished doctoral dissertation.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1061–1072.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 409-418.

Norris, F. H., Murphy, A. D., Backer, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G. Ve Rodriguez, J. J. G. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stres disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 646-656.

Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Rodriguez, F.G., & Rodriguez, J.J.G. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology, 112(4),* 646-656.

Okabe, R. (1983). Cultural assumptions of eastand west. In W. Gudykunst (Ed.), *Intercultural Communication Theory*. Newbury Park: CA: Sage.

O'Leary, V. E. ,Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a pradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy, 1,* 121-142.

Oflaz, F. (2008). Hasta çocuk ebeveynlerinin pediatrik yoğun bakım deneyimi ve travmatik stres. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi, 12 (1),* 53-59.

Oyserman, D., Coon, H. M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumtions and meta-analysis. *Psychological Bulletien, 128,* 3- 72.

Önder, E. ve Tural, Ü. (2004). Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. *Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzu.* (Ed. R. Tükel). Ankara Türk Psikiyatri Derneği.

Öveç, Ü. (2007). *Öz-Duyarlık ile Öz-Bilinç, Depresyon, Anksiyete ve Stres Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri.

Özçetin, A., Maraş, A., Ataoğlu, A., İçmeli, C.(2008). Deprem sonrası gelişen travma sonrası stres bozukluğu ile kişilik bozuklukları arasında ilişki. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, (2):8-18.

Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3,* 155-161.

Özgen, F., Aydın, H. (1999) Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri,* 1: 34-41.

Özlü A. (2007). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler*. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi. Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi.

Özlü, A., Yıldız, M. ve Aker, T. (2010). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etmenler. *Anadolu Psikiyatri dergisi,* 11, 89-94.

Öztürk, M. (1997). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Özyeşil, Z. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Doktora Tezi*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri.

Park ve L. G. Calhoun (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis,* 99-126. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Pauley, G. ve McPherson, S. (2010). The Experience and Meaning of Compassion and Self Compassion for Individuals with Depression or Anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 83, 129-143.

Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stres isorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand, 101*, 46-59.

Planalp, S. (1999). *Communicating and emotion: Social, moral and cultural processes*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Polatnsky, S., Esprey, Y. (2000). An Assessment of Gender Differences in the Perception of Benefit Resulting From the Loss of a Child. Journal of Traumatic Stress, 13 (4), ss. 709-718.

Raes, F. (2010). Rumination and Worry as Mediators of the Relationship Between Self- Compassion and Depression and Anxiety. *Personality and Individual Differences.* 48, 757-761.

Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G., ve Freedy, J. R. (1995). Assessment of rape and civilian trauma-related posttraumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. T. W. Miller (Ed.) *Stressful life events* (2nd ed.) İçinde (235-271). New York: International Universities Press, Inc.

Resnick, H.S., Foy, D.W., Donahoe, C.P., Miller, E.N. (1989). Antisocial behavior and posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. J. Clin. Psychol. 45: 860-866.

Richards, K. C., Campenni, C. E. ve Muse-Burke, J. L. (2010). Self-Care and Well-Being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-Awareness and Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*. 32(3), 247-264.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). *Life crises and personal growth*. In B. N. Carpenter (Ed.), Personal coping: Theory, research and application, 149−170. Westport, CT: Praeger.

Schaefer, J. A., Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. Ed. B. N. Carpenter. *Personal coping, theory, research, and application.* Westport, CT: Praeger.

Schaefer. J. A. & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L.

Schroeder, P. (2000). *Travma sonrası müdahale.* Seminer Notları, Türk Psikologlar Derneği, Ankara.

Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R. ve Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19,* 46-53.

Scoglio, A., Rudat, D., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C., Herman, J. (2015). Self- Compassion and Responses to Trauma: The Role of Emotion Regulation, *Journal of Interpersonal Violence*, 1–21.

Segal, ZV., Williams, JMG., Teasdale, JD. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. New York, Guilford Press.

Shapira, L. B., Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology, 5(5), 377-389*

Siu, O. L. (2002). Experience before and through out the nursing career, predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong- Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 218-229.

Soyer, U. (2010). Özel Eğitim Öğretmen Adaylarının Öz Duyarlık ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi, *Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı.

Suomalainen, L., Haravuori, H., Berg, N., Kiviruusu, O., Marttunen, M. (2011) A Controlled Follow-Up Study of Adolescents Exposed to A School Shooting Psychological Consequences After Four Months.

Tanrıdaglı, Z.C. (2005). *The effects of being a ''neighborhood disaster volunteer'' on psychological distress and posttraumatic growth among the survivors of the1999 Marmara Earthquake.* Unpublished master thesis: Middle East Technical University, Ankara.

Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 154-160.

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

Tedeschi, R. G. (2002). *Posttraumatic growth: Clinical applications.* Çalışma grubu. Türk Psikologlar Derneği: Ankara.

Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L., G. (1996). The Post-traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9,* 455-471.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering.* Thousand Oaks, CA: Sage.

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

Tedeschi, R. G., Park, C. L., ve Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. Ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis.* Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15,* 1–18.

Tedeschi, R.G., ve Calhoun, L.G. (2008). Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss. *Death Studies, 32,* 27–39

Tural, Ü., Aybar-Tolun, H. G., Karakaya, I., Erol, A., Yıldız, M., & Erdoğan, S. (2001). Marmara depremzedelerinde travma sonrası stres bozukluğuna eşlik eden aşka bir ruhsal hastalık gelişiminin yordayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi,12*(3), 175-183.

Tüfekçi, S. (2011). Trafik Kazası Geçirmiş Kişilerin Dünyaya İlişkin Varsayımları, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Konfederasyonu (2000). *World disasters report. Focus on public health.* France: SADAG Imprimerie.

Ünal, Y. (2014). *Afetlerde yardım çalışanlarının travma sonrası stres bozukluğu, benlik saygısı, algıladıkları sosyal destek ve yardım arama davranışları açısından değerlendirilmesi.* Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi. Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi.

Van der Kolk, Stone, A., West, L., Rhodes, J., Emerson, A., Suvak, D., Spinazzola, M., Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 75, 559–565.

Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 8(3):190-203.

Vena JE, Violanti JM, Marshall J, Fiedler R.(1986). Mortality of a municipal worker cohort; police officers. Am J Ind Med. 10, 383-397.

Waltz, J., Thompson, B. (2008).Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556–558.

Watts WD, Short AP. (1990). Teacher drug use: A response to occupational stress. *Journel Drug Education*. 20, 47-65.

Wei, M., Liao, K. Y.-H., Ku, T.-Y., & Shaffer, P. A. (2010). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, *24*, 266–273.

Wilson, J. (1994). The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, Journal of Traumatic Stress, Vol. 7, No. 4:681- 698.

Xu, J., Lıao, Q. (2011). Prevalence and Predictors of Posttraumatic Growth Among Adult Survivors One Year Following 2008 Sichuan Earthquake. Journal of Affective Disorders, 133, ss. 274-280.

Yehuda, R, McFarlane, AC. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stres disorder and its original conceptual basis, Am. J. Psychiatry, 152, 1705-1713.

Yıldırım, S. (2003). *Parental grief reactions after an infant death. Unpublished master thesis:* Middle East Technical University, Ankara.

Yılmaz, M. T. (2009). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayışları (self-compassion) ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi. Selçuk Üniversitesi.

Yılmaz, B. (2006). *Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrasi Büyüme ile ilişkili Değişkenler.* Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Yorulmaz, H., Bayraktar, S. & Özdilli, K. (2010). Posttraumatic Growth in Chronic Kidney Failure Disease. *Procedia Social and Behavioral Sciences.* 5, 2313-2319.

Zisook, S. ve Zisook, S. A. (2005). Death, dying and bereavement. B.J. Sadock, V.A. Sadock (Ed.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8. Edition) içinde (2367-93). Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins.

6.BÖLÜM
EKLER

EK A
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'ndan Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT danışmanlığında, Psikolog Ebru TEKCAN tarafından yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı kişilerde yoğun tepkiler uyandıran, beklenmedik, olağan dışı yaşantılar ile baş etme sonucu deneyimlenen pozitif psikolojik değişim ve kendilerine yönelik şefkati belirlemektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada, kimlik belirleyici hiçbir bilgi kullanılmayacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmadan elde edilecek olan verilerin güvenilir olması için yanıtlarınızın gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtması ve maddeleri mümkün olduğunca boş bırakmamanız önemlidir. Bu nedenle her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, sizi en çok yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

Araştırmaya katılmayı reddedebilir ya da başladıktan sonra devam etmek istemediğinize karar verip yarıda bırakabilirsiniz. Soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakika alacaktır. Araştırma ile her türlü soru ve görüşlerinizi (ebrutekcan24@hotmail.com) mail adresine iletebilirsiniz.

Katılımınız, işbirliğiniz ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Psk. Ebru TEKCAN

"*Bu ölçeği kendi rızamla dolduruyorum ve doldurmuş olduğum bu anketin araştırma için kullanılmasına izin veriyorum*."

Kabul ediyorum ☐ Adı-Soyadı:……

İMZA

EK B

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın ☐ 2. Erkek ☐

2. Yaşınız:……

3. Eğitim düzeyiniz: 1. İlkokul ☐ 2. Ortaokul ☐ 3. Lise ☐
   4. Yüksekokul☐ 5. Üniversite ☐
   6. Lisans üstü☐

4. Çalışıyor musunuz? 1. Hayır ☐ 2. Evet ☐

5. Medeni durumunuz: :1. Bekar☐ 2. Evli/Birlikte yaşıyor ☐

6. Çocuğunuz var mı? 1. Hayır ☐ 2. Evet ☐Evet ise, kaç tane?.....

7. Aylık gelir aralığınız nedir?
   1. 0- 1000 TL ☐
   2. 1000- 2000 TL ☐
   3. 2000-4000 TL ☐
   4. 4000 TL ve üzeri ☐

8. Şu anda yaşadığınız şehir? …….

9. Yaşadığınız yerleşim yeri türü nedir? 1. Köy☐ 2. Kasaba ☐
   3.Şehir☐ 4. Büyük şehir☐
   5. Metropol (İstanbul-Ankara)☐

10. Psikiyatrik tedavi (ilaç tedavisi) görüyor musunuz? 1. Hayır ☐ 2. Evet ☐
    Evet ise, biliyorsanız, teşhisiniz nedir? …….

11. Psikolojik tedavi (terapi) görüyor musunuz? 1. Hayır ☐ 2. Evet ☐
    Evet ise, ne kadar zamandır? …….

12. <u>Daha önce</u> hiç tedavi (psikiyatrik/psikolojik) deneyiminiz oldu mu?
    1. Hayır ☐
    2. Evet ise, Psikiyatr ☐ Psikolog ☐ Diğer……

EK C

TSSTÖ
BİRİNCİ BÖLÜM

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz, birden fazla işaretleyebilirsiniz.

1	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	
2	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	
3	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	
4	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)	
5	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	
6	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	
7	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	
8	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)	
9	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)	
10	İşkenceye maruz kalma	
11	Hayatı tehdit eden bir hastalık	
12	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	
13	Bunların dışında bir travmatik olay	
14	**13. Maddeyi işaretlediyseniz** aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz: …… ……	
15	Yukarıdaki işaretlediğiniz olay ya da olaylardan sizi **en fazla etkileyen, canınızı en çok sıkan, sizi en rahatsız eden** olay hangisi oldu? Lütfen yukarıda işaretlediğiniz olayın numarasını yan kutucuğa yazınız. (örneğin; ‘’Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü’’ dediyseniz yan kutucuğa 12 yazınız)	

Anlattığınız bu olay hakkında aşağıda birkaç soru verilmiştir. Soruları bu olayı düşünerek yanıtlayınız:

16	Bu travmatik olay **ne kadar zaman önce** meydana geldi? ……

İKİNCİ BÖLÜM

Aşağıdaki sorularda, Evet için ‘’E‟ harfini Hayır için ‘’H‟ harfini daire içine alınız. Sizi en fazla etkileyen olayı düşünerek soruları yanıtlayınız. Bu travmatik olayı yaşadığınız/ öğrendiğiniz/ şahit olduğunuz sırada:

17	Fiziksel bir yara aldınız mı ve ya sağlığınız bozuldu mu?	**E**	**H**
18	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı ve ya sağlığınız bozuldu mu?	**E**	**H**
19	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	**E**	**H**
20	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	**E**	**H**
21	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	**E**	**H**
22	Büyük bir korku veya dehşet duygusu yaşadınız mı?	**E**	**H**

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sizi en fazla etkileyen bu olayın, yaşamınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini engelleyip engellemediğini, Evet için ‘’E‟ harfini, Hayır için ‘’H‟ harfini daire içine alarak belirtiniz.

23	İş hayatı	**E**	**H**
24	Evin günlük işleri	**E**	**H**
25	Arkadaşlarınızla ilişkiler	**E**	**H**
26	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	**E**	**H**
27	Okulla ilgili işler	**E**	**H**
28	Ailenizle ilişkiler	**E**	**H**
29	Cinsel yaşam	**E**	**H**
30	Genel anlamda hayattan memnuniyet	**E**	**H**
31	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	**E**	**H**

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Aşağıda, insanların bazen bir travmatik olayın ardından yaşadığı bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alın.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0‘ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1 işaretleyin. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı ***15. maddede belirttiğiniz travmatik olay açısından değerlendiriniz.***

(0) Hiç ya da yalnızca bir kez
(1) Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
(2) Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
(3) Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

32	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da hayallerin gelmesi	**0**	**1**	**2**	**3**
33	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	**0**	**1**	**2**	**3**

34	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	**0**	**1**	**2**	**3**
35	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	**0**	**1**	**2**	**3**
36	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	**0**	**1**	**2**	**3**
37	Bu travmatik olayı düşünmemeye, olay hakkında konuşmamaya ya da olayın yarattığı duyguları hissetmemeye çalışma	**0**	**1**	**2**	**3**
38	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	**0**	**1**	**2**	**3**
39	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	**0**	**1**	**2**	**3**
40	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	**0**	**1**	**2**	**3**
41	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	**0**	**1**	**2**	**3**
42	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk, taşlaşmış gibi hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	**0**	**1**	**2**	**3**
43	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	**0**	**1**	**2**	**3**
44	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	**0**	**1**	**2**	**3**
45	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	**0**	**1**	**2**	**3**
46	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	**0**	**1**	**2**	**3**
47	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma,vb.)	**0**	**1**	**2**	**3**
48	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde, ani ve yüksek sesler duyduğunuzda)	**0**	**1**	**2**	**3**

EK D

TSBÖ

Aşağıda, başınızdan geçen ve sizi çok etkileyen olay sonucu ortaya çıkmış olabilecek değişiklikleri belirten ifadelere yer verilmiştir. Bu değişikliklerin yaşamınızda ne dereceye kadar yer aldığını verilen ölçek üzerinden işaretleyiniz.

	Yaşamadım	Çok az yaşadım	Biraz yaşadım	Orta düzeyde yaşadım	Oldukça fazla yaşadım	Çok fazla yaşadım
1. Yaşamda neyin önemli olduğuna ilişkin önceliklerimi değiştirdim.						
2. Hayatımın değerini şimdi daha çok takdir ediyorum.						
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.						
4. Kendime olan güvenim arttı.						
5. Manevi konuları artık daha iyi anlıyorum.						
6. Zor anlarda insanlara güvenebileceğimi artık daha iyi biliyorum.						
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.						
8. Başkalarına daha fazla yakınlık hissediyorum.						
9. Duygularımı ifade etmekte artık daha fazla istekliyim.						
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi artık daha iyi biliyorum.						
11. Hayatımla ilgili daha iyi şeyler yapabilirim.						
12. Artık olayları olduğu şekliyle daha kolay kabul edebiliyorum.						
13. Her günün değerini artık daha iyi taktir edebiliyorum.						
14. Başka zaman karşılaşamayacağım yeni fırsatlar doğdu.						
15. Artık başkalarına karşı daha şefkatliyim.						
16. İlişkilerim için artık daha çok çaba harcıyorum.						
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için artık daha fazla çaba harcıyorum.						
18. Daha inanç sahibi biri oldum.						
19. Zannettiğimden daha güçlü olduğumu keşfettim.						
20. İnsanların ne kadar harika olduklarıyla ilgili çok şey öğrendim.						
21. Başkalarına ihtiyaç duyabileceğimi artık daha iyi kabulleniyorum.						

EK E

ÖDÖ

Her bir ifadeyi okuyunuz ve sizin için en uygun olan seçeneğin karşısına çarpı **(x)** işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye mutlaka***tek yanıt*** veriniz kesinlikle***boş bırakmayınız.***

(1) Hiçbir zaman
(2) Nadiren
(3) Sık Sık
(4) Çoğunlukla
(5) Her zaman

	1	2	3	4	5
1. Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.					
2. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım					
3. Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.					
4. Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.					
5. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.					
6. Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm					
7. Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.					
8. Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
9. Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.					
11. Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.					
12. Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım					
13. Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.					
15. Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim					
16. Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.					

ÖZGEÇMİŞ

Emine Ebru TEKCAN

Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Eğitim Bilgileri

Lisans (2011-2015): İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Lise (2006-2010): İzmir Anadolu Kız Lisesi, Matematik-Fen Bölümü

Deneyim Bilgileri

Psikolog (2016- Halen):

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı- İstanbul

Stajyer Psikolog (2017):

Bağımlılık Yapıcı Madde Danışma ve Ayakta Tedavi Merkezi (Dan-Te)

Stajyer Psikolog (2016):

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Stajyer Psikolog (2015):

İstanbul Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi

Stajyer Psikolog (2015):

İ. Ü. Çapa Tıp Fakültesi Nörolojik Bilimler Psikoloji Laboratuvarı

Stajyer Psikolog (2014):

Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Stajyer Psikolog (2013-2014):

İstanbul Adalet Sarayı (2.Çocuk Mahkemesi - 8.Aile Mahkemesi)

Stajyer Psikolog (2013):

İ. Ü. Çapa Tıp Fakültesi Nörolojik Bilimler

Stajyer Psikolog (2013):

Neş'e Erberk Joyfull House Anaokulu- Balmumcu

Stajyer Psikolog (2012-2013):

Tohum Otizm Vakfı