# SONRADAN FİZİKSEL ENGELİ OLAN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN İNCELENMESİ

İREM ADSEVER

TARAFINDAN

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜNE
SUNULAN TEZ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN 2019

Bu tez içerisindeki bütün bilgilerin akademik kurallar ve etik davranış çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu beyan ederim. Ayrıca bu kurallar ve davranışların gerektirdiği gibi bu çalışmada orijinal olmayan her tür kaynak ve sonuçlara tam olarak atıf ve referans yaptığımı da beyan ederim; aksi takdirde tüm yasal sorumluluğu kabul ediyorum.

Adı Soyadı : İrem Adsever

İmza :

# ÖZET


SONRADAN FİZİKSEL ENGELİ OLAN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN İNCELENMESİ

Adsever, İrem

Yüksek Lisans, Psikoloji Bölümü

Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay GÜZEL

Haziran 2019, 120 sayfa

Bu çalışmanın amacı sonradan fiziksel engeli olan bireylerde sosyodemografik özellikler, engelle ilgili özellikler, kişilik özellikleri, algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı ve umudun travma sonrası büyüme ile arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Toplam 121 katılımcıdan veri toplanmıştır. Katılımcılara kişisel ve engelle ilgili bilgi formu, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve Sürekli Umut Ölçeği uygulanmıştır. SPSS 21. Paket programı kullanılarak korelasyon analizi, ANOVA ve regresyon analizi yürütülmüştür.

Analiz sonuçlarına göre, yaş travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutuyla bireyin engelli olduğu yaş ise travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler ve manevi değişim alt boyutuyla pozitif yönlü ilişkilidir. Yaş ve engelli olunan yaş travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutuyla negatif yönlü ilişkili bulunmuştur. Eğitim durumu ve çalışma durumunun yeni fırsatlar alt boyutu üzerinde, medeni durumun ise manevi değişim alt boyutu üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Dindarlık kişilik

özelliği travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutunu yordamaktadır. Sosyal destek toplam puanı ile travma sonrası büyüme, başkalarıyla ilişkiler ve yaşamı takdir alt boyutları arasında; arkadaşlardan algılanan sosyal destekle travma sonrası büyüme, başkalarıyla ilişkiler, yeni fırsatlar ve kişisel güçlülük alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Umudun ise travma sonrası büyüme, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir alt boyutlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Görünüş kaygısı ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: fiziksel engel, travma sonrası büyüme, sosyal destek, umut, görünüş kaygısı

**ABSTRACT**

AN INVESTIGATION OF POST-TRAUMATIC GROWTH IN THE INDIVIDUALS WITH ACQUIRED PHYSICAL DISABILITY

Adsever, İrem

M.A., Department of Psychology

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Halime Şenay GÜZEL

June 2019, 120 pages

The aim of this study is to determine the relationship between sociodemographic characteritics, disability related characteristics, personality traits, perceived social support, social appearance anxiety and hope with posttraumatic growth in the individuals with acquired physical disability. The data were collected from a total of 121 participants. In the study, Posttraumatic Growth Invetory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Social Appearance Anxiety Scale, and Dispositional Hope Scale were administered to the subjects. Correlation analysis, ANOVA, and regression analysis were performed by using SPSS 21 Programme.

The results of analysis that there is a positive relationship the age of the individual and the subdimensions of spiritual change of posttraumatic growth and the age when the individual became disabled and the subdimensions of relationship with others and spiritual change of posttraumatic growth. The results also indicate that there is a negative relationship between the age and disability age of the individual and the new opportunities subdimension of posttraumatic growth. It can be observed that educational

status have an effect on the subdimention of new opportunities while marital status has an effect on the spiritual change subdimention. Personality traits of religion predicts the subdimention of spiritual change of posttraumatic growth. There is a positively significant relationship between the total score of social support and the subdimentions of appreciation of life, relations with others and posttraumatic growth. Also it can be observed that there is positively significant relationship between the social support perceived from friends and subdimensions of posttraumatic growth, relations with others, new opportunities, and personal strength. It has also been found that hope is related to posttraumatic growth, new opportunities, personal strength and appreciation of life. No meaningful relationship has been observed between social appearance anxiety and posttraumatic growth.

Keywords: physical disability, post-traumatic growth, social support, hope, appearance anxiety

**A i l e m e ...**

# TEŞEKKÜR

Öncelikle danışmanlığımı üstlenen, mesleki bilgi ve tecrübesini bizlerden esirgemeyen, özellikle uygulama alanında kendisinden öğrendiğim her şey için minnettar olduğum ve bu tezi birlikte yürüttüğüm Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay GÜZEL'e emeklerinden dolayı teşekkür ederim. Tez jürimde yer alan Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Emine İNAN'a değerli geri bildirimleri ve katkıları için teşekkürlerimi sunmak isterim.

Lisans eğitimim sırasında kendisinden ders alma fırsatı bulduğum, çok yönlü bakış açısıyla bizlere farklı alanlar arasında "köprüler kurduran" ve her zaman varlığının bizler için çok büyük şans olduğunu düşündüğüm bölüm başkanımız Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR'a teşekkür etmek isterim. Hem lisans hem de yüksek lisans eğitimimde katkısı yadsınamaz olan, meslek etiğine dair pek çok şeyi bizlere aşılayan, kendi yaşamından verdiği örnekler sayesinde pek çok şeyi başarabilecek gücü kendimde bulduğum ve cesaretlendiğim Doç. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR'a teşekkür ederim. Doç. Dr. Hüdayar CİHAN'a tezin şekillenme sürecindeki katkılarından dolayı teşekkür etmek isterim.

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Serap ÇİĞDEM'e, Aynur Söyler'e, Ayfer BOZDEMİR'e, Feyza DEMİR'e, Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği'ne, Dünya Engelliler Derneği'ne, Türkiye Muharip Gaziler Derneği Tokat Şubesi'ne ve araştırmada yer alarak tüm içtenliği ile soruları cevaplayan değerli katılımcılara çok teşekkür ederim. Teze katkılarından dolayı Mustafa ÇİĞDEM'e ve Şeyma YAŞAR'a teşekkür etmek isterim.

Yüksek lisans yaşamım boyunca pek çok işin üstesinden birlikte geldiğimiz, sayelerinde yardımlaşmanın önemini bir kez daha anladığım sevgili sınıf arkadaşlarıma teşekkür ederim. Yüksek lisansın bana kazandırdığı ve son üç yılımın en yakın şahidi olan, çok zor zamanları birlikte atlattığımız, insanlara yargısız yaklaşımı ile danışanlarının çok şanslı olduğunu düşündüğüm, sınıf arkadaşlığının da ötesinde dostluğu ile kıymetli olan Simge KOÇYİĞİT'e minnettarım.

Lisans ve yüksek lisans döneminde sadece aynı odayı değil, hayatımın büyük bir bölümünü paylaştığım, bana paylaşmanın ve dayanışmanın ne demek olduğunu öğreten, hayata dair konuşmalarımızı saatlere sığdıramadığımız, her koşulda desteklerini hissettiğim, her şeyin en belirsiz olduğu zamanlarda bile bana vazgeçmeden hayallerimin peşinden koşabilecek cesareti bulduran Mirac KULAKLI'ya, Esra EROĞLU'na ve Özgün Elif ÇALDEMİR'e dostlukları için teşekkür ederim.

Liseden beri yaşamımda büyük bir yeri olan, birlikte büyüdüğüm canım arkadaşım Büşra Nur FINDIK'a teşekkür ederim. Kuzenlerim Funda ve Seda'ya tüm sevgileri, destekleri ve hissettirdikleri kardeşlik için teşekkür ederim.

Ve canım ailem... Koşulsuz sevgilerini her zaman hissettiğim, zorlu yüksek lisans hayatımda en çekilmez olduğum zamanlarda bile bana en çok anlayış gösteren, en çok güvendiğim, yaşamı en çok kolaylaştıran, desteklerini en çok hissettiğim, varlıklarıyla güç bulduğum annem Fatma ADSEVER ve babam Cemal ADSEVER. Hiçbir zaman fedakarlıktan kaçınmadınız, beni ben yapan her şeyde payınız çok büyük. Hayata dair en önemli şeyleri sizden öğrendim. Bana her şeyden önce iyi bir insan olmayı öğretmeye çalıştınız, ne kadar başarabildim bilmiyorum, size layık olmaya çalışıyorum. Tüm emekleriniz, çabalarınız ve sonsuz sevginiz için ne kadar teşekkür etsem az. Hayattaki en büyük şansım sizsiniz, sahip olduğum en değerli şey sizsiniz, iyiki varsınız!

**İÇİNDEKİLER**

İntihal Sayfası... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ii

Özet... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..iii

Abstract... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .v

İthaf... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .vii

Teşekkür... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .vii

İçindekiler... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... x

Tablolar Listesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...xv

Şekiller... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .xviii

Kısaltmalar... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .....xix

Bölüm 1

Giriş... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...1

1.1. Engellilik... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 2

1.1.1. Engel Tanımı... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...2

1.1.2. Medikal, Sosyal ve Biyopsikososyal Modeller... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .....3

1.1.3. Engelliliğin Nedenleri... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .5

1.1.4. Engelliliğin Ölçülmesi ve Sınıflandırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...7

1.1.5. Dünya'da ve Türkiye'de Engellilik Oranı... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 10

1.1.6. Engeli Olan Bireylerin Hakları ve Yaşadıkları Zorluklar... ... ... ... ... ... ... ... ... .12

1.2. Travma... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..14

1.2.1. Travmatik Yaşam Olayları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 14

1.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarına Verilen Tepkiler ve Travma Sonrası Süreç... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...17

1.2.3. Fiziksel Kayıp ve Birey Üzerindeki Etkileri ... 20
1.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ... 24
1.2.5. Travma Sonrası Büyüme ... 25
1.2.5.1. Travma Sonrası Büyümenin İşlevsel-Betimsel Modeli ... 26
1.2.5.2. Travma Sonrası Büyümenin Kavramsal Modeli ... 30
1.2.5.3. Travma Sonrası Büyümenin Organizmik Değerlenme Kuramı ... 31
1.2.5.4. O'Leary ve Ickovıcs'in Travma Sonrası Büyüme Modeli ... 33
1.2.5.5. Fiziksel Engelin Ardından Travma Sonrası Büyüme ... 34
1.3. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Araştırma Soruları ... 36
Bölüm II
2. Yöntem ... 39
2.1. Örneklem ... 39
2.2. Kullanılan Ölçekler ... 43
2.2.1. Demografik Bilgi ve Engelle İlgili Bilgi Formları ... 43
2.2.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory) ... 43
2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support) ... 44
2.2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale) ... 45
2.2.5. Sürekli Umut Ölçeği (Dispositional Hope Scale) ... 46
2.3. İşlem ... 47
2.4. İstatistiksel Analiz ... 47
Bölüm III
3. Bulgular ... 48

3.1. Betimleyici Analizler ve Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar... ... ... ... ... ... 48

3.1.1. Betimleyici İstatistikler... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .48

3.1.2. Travma Sonrası Büyüme ve Alt Boyutları ile Sosyal Destek, Sosyal Görünüş Kaygısı, Umut ve Alt Boyutlarının Birbirleriyle Olan Korelasyonları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .49

3.1.3. Tüm Ölçeklerin Birbirleriyle Olan Korelasyonları... ... ... ... ... ... ... ... .....50

3.1.4. Yaş, Bireyin Engelli Olduğu Yaş ve Engelle Yaşanan Yıl ile Travma Sonrası Büyüme, Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Görünüş Kaygısı, Sürekli Umut ve Alt Boyutlarının Korelasyonları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .... ... ... ..53

3.2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarının Önemli Değişkenlere Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığının Araştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .55

3.2.1. Cinsiyete Göre Travma Sonrası Büyüme Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 55

3.2.2. Medeni Duruma Göre Travma Sonrası Büyüme Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklarının İncelenmesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..56

3.2.3. Eğitim Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 59

3.2.4. Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyümenin Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 61

3.2.5. Bireylerin Engelden Önce ve Engelden Sonra Sahip Olduklarını Belirttikleri Kişilik Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 62

3.3.6. Engel Nedeni, Engel Türü, Bakım İhtiyacı, Engelin Geçici/Kalıcı Olduğunu Düşünme ve Engele Neden Olan Olayın Ardından Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Almış Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 67

3.4. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...72

3.4.1. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği Toplam Puanını Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .72

3.4.2. Travma Sonrası Büyümenin Başkalarıyla İlişkiler Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .74

3.4.3. Travma Sonrası Büyümenin Yeni Fırsatlar Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .75

3.4.4. Travma Sonrası Büyümenin Kişisel Güçlülük Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .77

3.4.5 Travma Sonrası Büyümenin Manevi Değişim Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .78

3.4.6. Travma Sonrası Büyümenin Yaşamı Takdir Etme Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 79

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .81

4.1.Travma Sonrası Büyüme ve Demografik Özelliklerin İlişkisi... ... ... ... ... ... ... ... .82

4.2. Travma Sonrası Büyüme ve Engele İlişkin Özelliklerin İlişkisi... ... ... ... ... ... ... .84

4.3. Travma Sonrası Büyüme ve Kişilik Özelliklerinin İlişkisi... ... ... ... ... ... ... ... ..85

4.4. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyal Destek, Umut ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 

C. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..116

D. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .117

E. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...118

F. Sürekli Umut Ölçeği... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .119

G. Tez Fotokopisi İzin Formu... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...120

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Medikal ve sosyal modelin karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 4

Tablo 1.2.Türkiye'deki engellilik çalışmaları, yaklaşımlar ve engellilik sınıflandırmaları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .8

Tablo 1.3. Travmatik olay türleri ve örnekleri... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 16

Tablo 2.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..39

Tablo 2.2. Katılımcıların şimdiki yaşı, engele sahip olduğu yaş ve engelle yaşadığı yıl... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .41

Tablo 2.3. Engelle ilgili bilgiler... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...41

Tablo 3.1. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve Sürekli Umut Ölçeği puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..48

Tablo 3.2. Travma sonrası büyüme ve alt boyutları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı, sürekli umut ve alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..51

Tablo 3.3. Travma sonrası büyüme, çok boyutlu algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı ve sürekli umut ve alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..52

Tablo 3.4. Yaş, bireyin engelli olduğu yaş ve engelle yaşanan yıl ile travma sonrası büyüme, çok boyutlu algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı, sürekli umut ve alt boyutlarının korelasyonları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .54

Tablo 3.5. Cinsiyete göre MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..56

Tablo 3.6. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların cinsiyete göre karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .....56

Tablo 3.7. Medeni duruma göre MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 56

Tablo 3.8. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların medeni duruma göre karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..58

Tablo 3.9. Eğitim durumu için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .59

Tablo 3.10. Eğitim durumu açısından Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..60

Tablo 3.11. Eğitim durumu için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 61

Tablo 3.12. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların devamlı bir işte çalışma durumuna göre karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .62

Tablo 3.13. Şu anki dindarlık kişilik özelliği için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... .63

Tablo 3.14. Şu anki kontrolcülük kişilik özelliği için MANOVA sonuçları... ... ... ... ...63

Tablo 3.15. Şu anki sabırlılık kişilik özelliği için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... .63

Tablo 3.16. Şu anki içe kapanıklık kişilik özelliği için MANOVA sonuçları... ... ... ... 64

Tablo 3.17. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların engelden önceki kişilik özelliklerine göre karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 65

Tablo 3.18. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların şu anki kişilik özelliklerine göre karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 66

Tablo 3.19. Engel nedeni değişkeni için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ..67

Tablo 3.20. Engel türü değişkeni için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ..67

Tablo 3.21. Engelin geçici/kalıcı olduğunu düşünme değişkeni için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..68

Tablo 3.22. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve alt boyutlarının engelin geçici/kalıcı olduğunu düşünme bakımından karşılaştırılması... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 70

Tablo 3.23. Başkasının bakımına ihtiyaç duyma değişkeni için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...71

Tablo 3.24. Engelin ardından psikolojik/psikiyatrik yardım alma değişkeni için MANOVA sonuçları... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ....71

Tablo 3.25. Birinci hiyerarşik regresyon analizi akışı... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .....72

Tablo 3.26. Travma sonrası büyümeyi yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hastalık veya engel sürecinde somatizasyon döngüsü ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...22

Şekil 2. Travma sonrası büyümenin işlevsel-betimsel modeli ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...29

Şekil 3. Travma sonrası büyümenin kavramsal modeli ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...31

Şekil 4. Travma sonrası büyümenin organizmik değerlenme kuramı ... ... ... ... ... ... ... .32

Şekil 5. Zorlu yaşam olaylarının ardından travma sonrası büyüme modeli ... ... ... ... ... 33

Şekil 6. Fiziksel engelin ardından travma sonrası büyüme ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .35

## KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| ICDH | Bozukluk, Yetiyitim ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırılması |
| ICF | İşlevsellik, Yetiyitim ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması |
| WG | Washington Grup |
| DİE | Devlet İstatistik Enstitüsü |
| MMPI | Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envateri |
| APA | Amerikan Psikiyatri Birliği |
| DSM-3 | Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3 |
| DSM-4 | Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4 |
| DSM-5 | Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 |

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Sevilen birinin kaybı, travmatik bir olaya tanık olma, cinsel veya fiziksel olarak saldırıya uğrama, deprem yaşama, savaş mağduru olma, sonradan engele sahip olma, hastalık geçirme, yaralanma gibi olumsuz yaşam olayları travmatik yaşantılardır (Breslau, Davis, Andreski ve Peterson, 1991; Goodman, Corcoran, Turner, Yuan ve Green, 1998; Vrana ve Lauterbach, 1994). Kazalar, kronik veya akut hastalıklar, herhangi bir hastalık durumunda yanlış biçimde uygulanan tıbbi yöntemler, saldırıya uğrama, başarısızlıkla sonuçlanan intihar teşebbüsü gibi faktörler bireylerde kalıcı fiziksel engel ya da engeller oluşturabilmektedir. Doğuştan engeli olmayan birinin vücudunun kol, bacak gibi bir organını veya fiziksel bozulma nedeniyle eski görünüşünü yitirmesi bireyde kayıp duygusuna neden olmakta, dolayısıyla travmatik bir durum olarak değerlendirilebilmektedir(Herbert, 2018).

Tedeschi ve Calhoun (1996), travmatik yaşantılar olumsuz yaşam olayları sonucu ortaya çıksa da bu durumun kişi için olumlu gelişim de sağlayabildiğini belirtmiştir. Affleck ve Tennen (1996), travmatik yaşantılar sonucu bireylerin algıladığı yararların, olayın olumsuz etkilerini inkar ediyor olma ihtimalini düşündürebildiğini ancak olumlu sonuçların inkarla değil büyümeyle bağlantılı olduğunu vurgulamışlardır. Birçok araştırmacı tarafından incelenen travma sonrası büyümenin kişinin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu) travmatik olayın üzerinden geçen süre ve olayın etki düzeyi, algılanan sosyal destek, umutsuzluk, depresyon, kaygı, başa çıkma stratejileri, problem çözme, kontrol odağı, travma sonrasında genel belirti düzeyleri (depresyon, kaygı, stres) gibi değişkenlerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dürü, 2006; Haselden, 2014; Koca-Atabey, Karancı, Dirik ve Aydemir, 2011; Linley ve Joseph, 2004).

Elliot, Kurylo ve Rivera (2002), fiziksel engelin ardından travma sonrası büyüme konusunu ele alarak bir model oluşturmuş ve çalışmalarında fiziksel engelli bireylerin demografik özelliklerinin, engelle ilgili özelliklerin, kişilik özelliklerinin, sosyal çevrenin ve kişiler arası ilişkilerin travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma kapsamında da Elliot, Kurylo ve Rivera (2002) tarafından

oluşturulan modelden yola çıkılarak sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile demografik özellikler, engelle ilişkili değişkenler, bireyin engele neden olan olaydan önceki ve sonraki kişilik özellikleri, algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı ve umut arasındaki ilişki incelenmiştir.

## 1.1. ENGELLİLİK

### 1.1.1. Engel Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (1980) Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırılması'na ilişkin el kitabında (ICDH) hastalıkla ilişkili fenomenleri hastalık (disease), bozukluk (impairment), yetiyitimi (disability) ve engellilik (handicap) olarak sıralamıştır. Buradaki bozukluk kavramı vücut yapısı ve görünümünde, organ ve sistem işlevleriyle ilgili anormallikleri; yetiyitimi kavramı düşük aktivite ve işlevsellik performansını; engellilik kavramı ise bireyin çevresiyle etkileşimini, uyumunu ve dezavantajlarını yansıtmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1980). ICDH (1980) engellilik (handicap) kelimesi ile bir durumu yansıtmakla birlikte fiziksel ve sosyal çevreye ilişkin bir sınıflandırma içermemesi nedeniyle güncellenerek yerini İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması'na (ICF) (2001) bırakmıştır. ICDH'nin engellilikle ilgili unsurları doğrusal ele alması ve medikal yaklaşımı benimsemiş olması göz önünde bulundurularak ICF hem medikal, hem de sosyal anlayış doğrultusunda biyo-psiko-sosyal yaklaşımı benimsemektedir (Dahl, 2002). ICF tüm bedensel işlevleri, aktiviteleri ve yaşama katılımı ifade etmek için işlevsellik terimini; bozukluklar, aktivite sınırlarını ve katılım kısıtlılıklarını içine alan engelliliği ifade etmek için ise yetiyitimi terimini kullanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). ICF'nin işlevsellik kavramını hem sağlık hem de engelliliğe ilişkin değerlendirme için, yetiyitimi kavramını ise engellilikle ilgili değerlendirme için kullandığını söylemek mümkündür. Dolayısıyla engellilik bireyin hastalık, bozukluk, yaralanma veya diğer sağlık koşullarıyla ilgili olan azalmış işlevsellik durumu olarak tanımlanabilmektedir (Leonardi, Bickenbach, Üstün, Kostanjsek ve Chatterji, 2006).

Dünya Engellilik Raporu'nda (World Report on Disability) engelliliğe işaret eden işlevsellikle ilgili sorun alanları üç kavram ile ele alınmıştır. Buna göre birinci kavram olan bozukluk kavramı "vücut işlevinde veya vücut yapısında değişiklikler (felç gibi)", ikincisi olan aktivite sınırlılığı "aktivitelerin yürütülmesi sırasındaki zorlukları (yürüme

gibi)", üçüncüsü olan katılım kısıtlılığı ise "yaşamın herhangi bir alanında yer alma ile ilgili problemler (istihdam, ulaşım gibi)" olarak belirtilmiş ve engelliliğin bu üç alandan en az birinde veya hepsinde karşılaşılan zorluklar olduğu ifade edilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

Türkiye'de ise 2005 yılında yayınlanan 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun'un 3. Maddesi'nde engelliliği anlatmak için "özürlü" ibaresi kullanılmış, 2013 yılında ise özürlü ibaresi "engelli" ibaresi ile değiştirilmiştir. Bu kanunda engelli birey tanımı "Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplardan dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey" olarak yapılmıştır. Engelliler Hakkında Kanun'da (2005) yer alan engellilik tanımı engelliliğin türlerine yer verilirken, Dünya Engellilik Raporu'nda (2011) engellik tanımı için mümkün olduğunca tarafsız bir dil benimsemiş, engelliliğin türü (fiziksel ve zihinsel gibi) ve sebebi arasında ayrım yapılmamıştır.

### 1.1.2. Medikal, Sosyal ve Biyopsikososyal Modeller

Engelliliği anlamak için farklı yaklaşımlardan yararlanılmıştır. Bu yaklaşımlar temel olarak tıbbi/medikal model, sosyal model ve biyopsikososyal modellerdir.

Tıbbi/medikal model, engelliliği bir hastalık, travma veya diğer sağlık koşulları nedeniyle ortaya çıkan ve bireysel tedavi şeklinde medikal bakım gerektiren, bireysel bir sorun olarak görmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Medikal modele göre engellilik kronik hastalıklardan dolayı çıkmaktadır (Oliver, 1996). Engelliliğin sadece medikal açıdan değerlendirilmesi, fiziksel engeli olan Brisenden (1986) tarafından bireylerin engelliliği nasıl deneyimlediğinden, engelle yaşam koşullarından ve içinde bulundukları sosyal hayattan uzak, çoğu zaman dam galayıcı bir biçimde hastalık olarak ele alınarak sadece medikal tedaviye vurgu yapması noktasında eleştirilmiştir. Medikal modelin engelliliği sadece hastalık ve yaralanmalarla ilişkili tıbbi bir durum olarak ele almasına getirilen eleştiriler 1970'lerin sonlarına doğru sosyal modelin geliştirilmesinin önünü açmıştır (Edwards ve ark., 2014).

Sosyal model ise engelliliği sosyal bir sorun ve bireyin toplum a tam katılımıyla ilgili bir problem olarak görmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Sosyal modele göre engellilik hastalıklarla ilişkili değildir, tamamen toplumsaldır (Oliver, 1996). Sosyal

model engelliliği tarihsel ve kültürel bir yapı şeklinde ele alarak, engelli bireylerin karşılaştığı güçlükler ve toplumda engel nedeniyle yaşadıkları sorunlar temelinde incelemektedir, ancak engele ilişkin tıbbi koşullara değinmemektedir (Shakespeare, 2017). Sosyal model, ironik bir şekilde engelliliğin toplumsal kaynaklı olduğuna vurgu yaparak bedenle ilişkisini göz ardı etmekte, ancak yine de bozuklukların engelle ilişkisini inkar etmemektedir (Oliver, 1996).

Engelliliğin medikal ve sosyal modelleri arasındaki bir karşılaştırma Tablo 1.1'de verilmiştir (Haegele ve Hodge, 2016; Oliver, 1996):

Tablo 1.1. Medikal ve sosyal modelin karşılaştırılması

| | **Medikal Model** | **Sosyal Model** |
|---|---|---|
| Engelle ilgili sorunlar | Bireysel sorun | Toplumsal sorun |
| Sorunların çözümü | Bireysel tedaviyle mümkün | Toplumsal harekete geçmeyle mümkün |
| Tedavi şekli | İlaç kullanımı | Kendine yardım |
| Engelliliğe olumsuz bakış faktörü | Önyargı | Ayrımcılık |
| Şartların iyileşmesinde etmen | Bakım | Haklar |
| Engelliliğe uyum | Bireysel uyum | Toplumsal değişim |
| Engel tanımı | Vücut fonksiyonları veya yapılarındaki bir bozukluklardan kaynaklanan bireysel veya medikal bir olgu<br>Bir eksiklik ya da anormallik | Bozulmaların üzerine toplum tarafından koyulan bir yapı<br>Bir farklılık |
| Tedavi ve hizmetlere erişim | Tanı ile sevk etme | Bireyin kendi başvurusu |
| Müdahale hedefleri | Engelliliğin mümkün olduğunca düzeltilmesi | Sosyal ve politik değişimlerle çevresel engelleri azaltmak |
| Çözüm için etkili kişi | Alanda çalışan bir profesyonel | Bireyle çevre arasındaki düzenlemeleri olumlu etkileyen herkes |
| Bireylere etkisi | Toplum aynı kalır. | Toplum değişir. |
| Engelli bireylere yönelik algı | Birey eksiktir. | Birey benzersizdir. |
| Engellilik algısı | Engelli olmak olumsuzdur. | Engelli olmak ne olumlu ne de olumsuzdur. |

Medikal ve sosyal model arasındaki uyuşmazlıklar temelde epistemiyolojik ve metodolojik alanlardaki farklılıklarından kaynaklanmaktadır (Oliver, 1996). Engele neden olan sağlıkla ilişkili bozukluklar ve toplumsal koşullar genellikle birlikte ortaya çıkmaktadır, bu nedenle medikal ve sosyal model arasındaki ikilem doğru değildir (Rudnick, 2017). Medikal ve sosyal modellere yöneltilen eleştiriler her iki modelin de tek başına yeterli olmadığını ortaya koymakta, daha bütüncül bir yaklaşım gerekliliğine işaret etmektedir. Wright (1960), engelliği çok yönlü bir bakış açısıyla ele alarak,

bireyin kendisinin ve toplumun engelliliği nasıl gördüğünün, engelliliğin altında yatan dinamiklerin ve genotipik değişkenlerin engelliliği anlamak için önemli olduğunu vurgulamış ve konuyu medikal, psikolojik ve sosyal yönlerden ele alan bir yaklaşım benimsemiş ve bütüncül bir bakış açısı geliştirmiştir. Engel (1977) de buna paralel şekilde özellikle ruh sağlığı alanındaki çalışmaları sonucu sadece medikal yaklaşımın yeterli olmadığını savunarak daha geniş kapsamlı bir yaklaşım gerekliliğini vurgulamıştır. Bu yaklaşım biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bilgi tabanlarını birleştirerek zihin-beden ilişkisinin sağlık alanındaki bütünleşmesine odaklanan biyopsikososyal yaklaşımdır (Belar, 2003). Engel (1977), bu modelin pek çok avantajı olduğunu belirtmektedir. Biyopsikososyal model, bozuklukların belirlenmesinde ve akılcı tedaviye ulaşılmasında sosyal bağlamı ve hastalığın bireye etkilerini de içine alarak sağlık sistemi içinde bir bütünlük sağlamaktadır. Model, bireyleri "hasta" olarak etiketlememekte, bireyin hasta rolüne uyumu ve hastalığı kabulünde sağlık hizmetleri ile işbirliğine vurgu yapmaktadır. Durumdan kaynaklanan duygusal tepkileri ve somatik belirtileri hastalıkla birlikte değerlendirmektedir. (Engel, 1977). Ek olarak, Engel (1978) bu yaklaşımın, sadece tedavi gören bireye değil, aynı zamanda bireyin çevresindeki insanların da koşullardan nasıl etkilendiğini önemsemesinin biyopsikososyal modelin avantajlarından biri olduğunu belirtmiştir.

ICF, medikal ve sosyal modellerin bütünleşmesine dayanarak işlevselliğin farklı boyutlarını birleştiren biyopsikososyal yaklaşımı kullanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Bu yaklaşımı temel alan ICF, bireyin sağlık koşulları ve bağlamsal faktörlerin etkileşimine atıfta bulunarak engelliliği bozukluklar, etkinlik sınırları ve hayata katılım kısıtlılıkları için şemsiye terim olarak görmektedir (Leonardi ve diğerleri, 2006).

### 1.1.3. Engelliğin Nedenleri

Literatürde engelliliğin nedenlerinin farklı açılardan ele alınmış ve farklı değişkenler bazında incelendiği görülmüştür. Örneğin Neath (1997) engelliliğe genellikle savaş, şiddet, gibi toplumsal olayların neden olduğunu belirterek engelliğin sosyal nedenlerini vurgulayan bir yaklaşım benimsemiştir. Murray ve Lopez (1996) ise yetersiz beslenme, yetersiz su temini, sağlığı koruma ve hijyen, güvenli olmayan seks, tütün ve alkol kullanımı, mesleki açıdan tehlikelere maruz kalma, hipertansiyon, fiziksel hareketsizlik, yasadışı uyuşturucu kullanımı ve hava kirliliğinin ölüm, sağlıklı yaşam kaybı ve engellilik için en önemli risk faktörleri olduğunu belirterek hem sosyal hem de medikal

nedenleri vurgulamışlardır. Ayrıca Murray ve Lopez (1996) popülasyondaki neredeyse her bireyin bu faktörlerden birine/birkaçına maruz kaldığı göz önünde bulundurulduğunda, engellilik riski için en önemli nokta, bireyin bu faktörlere ne düzeyde maruz kaldığı ve ne derecede etkilendiğidir. Çin'de yapılan bir çalışmada ise nedensel faktörler engel türüne göre ele alınmıştır (Zheng, 2011). Bu çalışmada görme engeli için başlıca sebepler katarakt, keratopati, trahoma, gözün kırılma kusurları, retinopati, gözün glokom hastalığı; duyma ve konuşma engeli için yaşa bağlı işitme kaybı (presbycusis), kulak zarı iltihabı (tympanitis), yüksek ateş, ilaç zehirlenmesi, genetik hastalıklar, işitme bozukluğu, sistemik hastalıklar; fiziksel engel için yaralanmalar, damar hastalıkları, çocuk felci, piyojenik iltihaplanmalar, doğuştan gelen anormallikler, serebrovasküler hastalıklar, kireçlenme, işyeri yaralanmaları olarak sıralanmıştır (Zheng, 2011). Ayrıca bu çalışmada entelektüel ve zihinsel engel ayrımı yapılmış entellektüel engel için nedensel faktörler genetik hastalıklar, ensefalit ve menenjit, yetersiz beslenme; sosyal-psikolojik faktörler, beyin hastalıkları, konvülsif bozukluklar, oksijensiz kalarak boğulma; zihinsel engel için şizofreni, demans, epilepsi, duygusal psikoz, organik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları olarak belirlenmiştir (Zheng, 2011). Zheng (2011)'in çalışmasında belirtilen nedensel faktörlerin engel türlerinin içinde yer alabilen hastalıkları ve bozuklukları da kapsadığını söylemek mümkündür.

Türkiye'de ise engel nedenleri doğumdan öncesi, doğum sırası ya da sonrası olarak sınıflandırıldığını görmek mümkündür. Türkiye'de engelliliğin yaygın nedenleri 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması'nda (2004) ve Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırması'nda (2014) şu şekilde açıklanmıştır:

Doğum öncesi nedenler: Kalıtsal bozukluklar ve kan uyuşmazlığı gibi genetik faktörler ve gebelik döneminde annenin ilaç kullanımı, geçirdiği hastalıklar, kötü beslenme koşulları gibi gebelik sırasında yaşanan sorunlar, akraba evliliği.

Doğum sırasındaki nedenler: Doğum travması, doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması, erken doğum.

Doğum sonrası nedenler: Kaza, hastalık, yanlış ilaç kullanımı, zehirlenme, beslenme bozukluğu, madde bağımlılığı, stres, yanlış tedavi, sağlıksız çalışma koşulları, çocuk felci.

### 1.1.4. Engelliliğin Ölçülmesi ve Sınıflandırılması

Engelliliğin tanımlanması, ölçülmesi, sınıflandırılması konusu tarihsel süreçte değişiklik göstermiştir. Engellilik karmaşık, dinamik, çok boyutlu ve tartışmaya açıktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Mont (2007), engelin ve sağlığın tanımlanmasının da ölçülmesinin de zor olduğunu belirtmiştir. Engellilik tanımının karmaşık olması aynı zamanda engelliliğin ölçümü ve sınıflandırılmasını konusunda kafa karışıklığına neden olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de ICF (2001)'de tarafsız bir dil kullanmak adına engellikle ilgili bir sınıflandırma yapmamıştır. Bu noktada engellilik hakkında kalitesi yüksek, hedeflenen popülasyonu doğru şekilde yakalayan ve tanımlayan, kültürlerarası karşılaştırmalara olanak sağlayan, tutarlı bir şekilde toplanan ve uygulanan verilere ulaşmak için güvenilir, geçerli ve karşılaştırılabilir bir engellilik ölçümü ihtiyacı doğmuştur (Weeks, 2016). Engelliliğe yönelik ölçüm ve sınıflandırmayı kolaylaştırmak amacıyla Washington Grup (WG) adlı gönüllü bir grup ilkini 2002 yılında gerçekleştirdikleri, pek çok farklı ülkeden temsilcilerin katılımı sağlanan bir toplantı düzenlemişlerdir (Washington Group, 2002). WG engellilerle ilgili çalışmalarını devam ettirerek yaşama katılımı sınırlı ve kısıtlı olan bireyleri belirlemek amacıyla görme, duyma, yürüme, biliş, kişisel bakım ve iletişim olmak üzere toplam 6 işlevsellik alanı ve temel aktiviteleri kapsayan ICF uyumlu bir soru seti geliştirmiştir (Madans, Loeb ve Altman, 2011). Engelliliğin şiddetinin 4 cevap kategorisinde değerlendirildiği 6 maddelik sette bulunan sorular şu şekildedir (Washington Group, 2017):

1. Gözlük takıyor olsanız bile, görmekte zorluk çekiyor musunuz?

2. İşitme cihazı kullanıyor olsanız bile, duymakta zorluk çekiyor musunuz?

3. Yürümede veya merdiven çıkmada zorluk çekiyor musunuz?

4. Hatırlamakta veya dikkatinizi vermekte zorluk çekiyor musunuz?

5. Yıkamakta veya giymekte (kişisel bakım) zorluk çekiyor musunuz?

6. Her zamanki dilinizi kullanarak iletişim kurmakta (anlamakta, anlaşılmakta) zorluk çekiyor musunuz?

Bu 6 maddelik soru seti görme, işitme, yürüme, biliş, kişisel bakım ve iletişim olmak üzere 6 işlevsellik alanını kapsamaktadır (Madans, Loeb ve Altman, 2011). Farklı araştırmacılar Washington Grup tarafından hazırlanan altı soru temel alınarak oluşturulan benzer soruları, engellik yaygınlığını ve engeli olan bireyin sorun yaşadığı alanları tespit etmek için kullanmışlardır (Loeb, Eide ve Mont, 2008; Mactaggart, Cappa, Kuper, Loeb ve Polack, 2016; Molden ve Tøssebro, 2010; Schneider, Dasappa, Khan ve Khan, 2009).

Tablo 1.2. Türkiye'deki engellilik çalışmaları, yaklaşımlar ve engellilik sınıflandırmaları

| | Yaklaşım | Engellilik Sınıflandırması |
|---|---|---|
| 2000 Nüfus Sayımı (2003) | Medikal yaklaşım | - Görme<br>- İşitme<br>- Konuşma<br>- Fiziksel/ortopedik<br>- Zihinsel |
| 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması (2004) | Medikal yaklaşım | - Görme<br>- İşitme<br>- Dil ve konuşma<br>- Ortopedik<br>- Zihinsel<br>- Süreğen hastalık |
| 2011 Nüfus ve Konut Araştırması (2013) | Biyopsikososyal yaklaşım | - Görmede zorluk<br>- Duymada zorluk<br>- Konuşmada zorluk<br>- Yürüme, merdiven çıkma ve inmede zorluk<br>- Taşımada ve tutmada zorluk<br>- Öğrenmede, basit dört işlem yapmada, hatırlama ve dikkatini toplamada zorluk |
| 2012 Türkiye Sağlık Araştırması (2013) | Biyopsikososyal yaklaşım | - Görme<br>- Duyma<br>- Hareketlilik<br>- Bilişsel<br>- Kişisel bakım |

Türkiye'de de 2011 yılında yapılan Nüfus ve Konut Araştırması'nda (2013) Washington Grup tarafından oluşturulan sorular temel alınarak engeli olan bireylerin görme, duyma, konuşma, öğrenme/basit 4 işlem yapma, hatırlama/dikkatini toplama ve hareket güçlüğü alanlarından hangilerinde sorun yaşadığı belirlenerek bir sınıflandırma yapılmıştır. Türkiye'de nüfus ve engellilikle ilgili yapılan araştırmalarda geçmiş yıllarda medikal modele, yakın zamanda ise ICF ve WG'a paralel olarak biyopsikososyal modele dayalı yaklaşım benimsenmiştir. Tablo 1.2'de Türkiye'de yapılan çalışmalarda benimsenen yaklaşım ve yer alan engellilik sınıflandırması verilmiştir.

Tablo 1.2'de verilen araştırmalarda yapılan engellilik sınıflandırmaların birbirine benzerlik gösterdiğini söylemek mümkündür. Ancak engelliliğin ölçümü ve değerlendirilmesi konusunda farklılıklar mevcuttur. 2000 Nüfus Sayımı (2003) ve 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması (2004) medikal modeli, 2011 Nüfus ve Konut Araştırması (2013) ve 2012 Türkiye Sağlık Araştırması (2013) ise biyopsikososyal modeli temel alarak engelliliği saptamaya çalışmıştır.

Engelliliği görme, işitme, dil ve konuşma, zihinsel ve fiziksel olmak üzere 5 temel grupta sınıflandıracak olursak Devlet İstatistik Enstitüsü (2004) ve Zheng'e (2011) göre tanımlar şu şekildedir:

*Görme Engeli*: Tek veya iki gözde oluşan ve düzeltilemeyen tam ya da kısmi görme kaybı ya da bozukluğudur (DİE, 2004; Zheng, 2011).

*İşitme Engeli*: Tek veya iki kulakta çeşitli derecelerde kalıcı işitme kaybı, hiç duyulmaması veya net duyulmamasıdır (DİE, 2004; Zheng, 2011).

*Dil ve Konuşma Engeli*: Herhangi bir nedenle günlük yaşamı ve sosyal aktivitelere katılımı olumsuz etkileyen konuşamama veya konuşmanın hızında, akıcılığında, ifadede bozukluk ve ses bozukluğudur (DİE, 2004; Zheng, 2011).

*Mental/Zihinsel Engel*: Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizlik (DİE, 2004), bilişsel, duyusal ve davranışsal alanda bozukluk olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardır (Zheng, 2011). Bu engel türü, sinir sistemi yapısında ve işlevlerinde meydana gelen bozulmalardan kaynaklanır, bireyin entelektüel düzeyinin normalin altında kalmasına neden olur, bireysel aktivite ve katılımı sınırlandırır (Zheng, 2011).

*Ortopedik/Fiziksel Engel*: El, kol, bacak, parmak ve omurgalarında kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı,

felç, serebral palsi, spina bifida, kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybına neden olan engel türüdür (DİE, 2004). Yani, harekete dahil olan vücut bölümlerinin yapısında ve işlevinde oluşan hasarın neden olduğu, hareketler ve faaliyetlerdeki sınırlamalara karşılık gelmektedir (Zheng, 2011).

### 1.1.5. Dünya'da ve Türkiye'de Engellilik Oranı

Dünya genelinde engellilik yaygınlığının gitgide arttığı görülmektedir. Engelli birey sayısındaki artışın ise dünya nüfusunun artışına paralel olduğu ifade edilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2015). Engellik tanımı, ölçümü ve sınıflandırılmasında konusunda tutarlılığın olmaması, engelliliğe ilişkin yaygınlık oranlarında da farklılıklar olmasına neden olmaktadır. Kullanılan veri toplama araçları, kültürel normlar ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmekte ve bu durum da engellilik yaygınlığı sonuçlarının değerlendirilmesinde ortak bir paydada buluşabilmek adına engellilik tanımına bakılmaksızın engellilik ölçümü için uzlaşma sağlanması ihtiyacını doğurmaktadır (Ekenci, 2015). Bu nedenle aşağıda verilen istatistikler her çalışmanın farklı bir ölçüm yöntemi belirlediği göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

70 ülkeden, 18 yaş ve üzeri bireylerden sağlanan veri ile 2002-2004 yılları arasında yürütülen Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey) dünya nüfusunun %15.6'sı (785 milyon kişi) engele sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Küresel Hastalık Yükü (Global Burdon of Disease) çalışmasında ise dünya geneli engellilik oranı %19.2 (975 milyon kişi) olarak bildirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014-2021 Küresel Engellilik Eylem Planı'nda (2015) dünya genelinde engeli olan 1000 milyondan fazla birey olduğunu ve bu sayının dünya nüfusunun yaklaşık %15'ini oluşturduğu belirtilmiştir.

Zambiya'da yapılan bir çalışmada en az bir engele sahip olan bireylerin oranının %17.8 olduğu bildirilmiştir (Loeb ve Mont, 2008). Norveç'te yapılan başka bir araştırmada 20-67 yaşları arasındaki bireyler için tahmini engellilik oranının %10 ila %25 arasında değiştiği aktarılmış, tahminler arasındaki bu değişimin engelliğin işevuruk tanımlarındaki farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir (Molden ve Tøssebro, 2010). 15 yaş ve üstü Güney Afrikalı bireylerle yapılan diğer bir araştırmada katılımcıların %67'si hiçbir engeli olmadığını ve katılımcıların %2.48'inin en az bir alanda zorluk çektiğini, %20.24'ünün bazı zorluklar yaşadığını belirttiği, %9.8'inin ise çok fazla

zorluk yaşadığını ifade etmişlerdir (Schneider, Dasappa, Khan ve Khan, 2009). Yapılan bir çalışmada ise 18 yaş ve üzerindeki Amerikalı bireylerin % 22.2'si en az bir engeli olduğunu belirtmiş, araştırmada yer alan beş sorun alanıyla ilgili oranlar ise en çoktan aza doğru hareket (% 13), bilişsel yetersizlik (% 10.6), bağımsız yaşam (% 6.5), görme (% 4.6) ve kişisel bakım (% 3.6) olarak belirlenmiştir (Courtney-Long ve diğerleri, 2015). Çin'de 1987 ve 2006 yıllarına ait engellilik istatistikleri karşılaştırıldığında 1987 yılında engellilik oranının % 4.9, 2006 yılında ise % 6.5 olduğu görülmüş; istatistikler engel türü açısında incelendiğinde oranlar (Önce 1987, daha sonra 2006 yılına ait oranlar verilmiştir.) görme alanında % 1-% 1.3, işitme ve konuşma alanında % 2.2-% 2.5, fiziksel alanda % 0.9-% 2.3, entelektüel alanda % 1.3-% 0.8, mental alanda ise % 0.2-% 0.6 olarak saptanmıştır (Zheng ve diğerleri, 2011). Bu sonuçlara göre engellilik oranının arttığı görülmektedir, bu durum zaman içerisinde engelli bireylerin sayısında meydana gelen artıştan ziyade son dönemlerde engellilik konusuna daha fazla önem verilmesi ve imkânların gelişmesiyle birlikte yetkililerin engelli bireylere ulaşımının kolaylaşmasıyla açıklanabilmektedir.

Washington Grup tarafından geliştirilen soru seti örnek alınarak hazırlanan sorularla yapılan 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de 3 yaş ve üzerinde olan ve en az bir engeli bulunan bireyler toplam nüfusun % 6.9'unu (kişi sayısı 4.876.000) oluşturmaktadır ve bu oran engeli bulunan kadınlar için % 7.9, erkekler için ise % 5.9'dur. Yine bu çalışmada gözlük veya lens kullansa bile görmede sıkıntı yaşayan veya göremeyen nüfus oranı % 1.4; işitme cihazı kullansa bile işitmede zorluk yaşayan veya hiç duyamayan nüfus oranı % 1.1; konuşmada zorluk çeken nüfus oranı % 0.7; yürümede ve merdiven-inip çıkmada zorluk çeken nüfus oranı % 90 olmasına rağmen biraz zorlananların oranı % 6.7, çok zorlananların veya hiç yapamayanların oranı % 3.3; taşımada veya tutmada çok zorluk çeken veya hiç yapamayan nüfus oranı % 4.1; yaşıtlarına göre yeni bilgi ve becerileri öğrenmede, hatırlamada ve dikkatini toplamada çok zorlanan veya hiç yapamayan nüfus oranı % 2 olarak belirlenmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2013). 2016 Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ise 15 yaş üstü bireylerin % 6.9'u görmede, % 4.5'i işitmede, % 6.5'i kişi veya araç yardımı almadan yürümede, % 8.7'si kişi veya araç yardımı almadan merdiven inip çıkmada, % 5.1'i yaşıtlarına göre öğrenmede, % 3.5'i de yaşıtlarına göre hatırlamada sıkıntı

çektiğini belirtmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017).

Yukarıda bahsedilen çalışmalarda engellilik yaygınlık tahminlerine ilişkin farklı oranlar verildiği görülmektedir. Bu durum üzerinde kültürel farklılıklar, engelliliğin işevuruk tanımlarındaki değişimler, farklı ölçüm araçları kullanılması, engelin neden olduğu zorluğun derecelendirilmesindeki değişiklikler veya sonuçlara farklı zorluk dereceleri yaşadığını belirten bireylerin dahil edilmesi, çalışmalara farklı yaş gruplarındaki bireylerin dahil edilmesi gibi faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir.

### 1.1.6. Engeli Olan Bireylerin Hakları ve Yaşadıkları Zorluklar

Birleşmiş Milletler tarafından Engelli Hakları Sözleşmesi (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) (2006) ile engelli hakları güvence altına alınmıştır. Engelli Hakları Sözleşmesi'nin amacı engelli bireylerin de insan hakları ve temel özgürlüklerden tam ve eşit şekilde yararlanmasını sağlamak, haklarını korumak ve desteklemek, engelli bireylere saygı duyulmasını desteklemektir (Birleşmiş Milletler, 2006). Farklı kültürlerde sunulan fiziksel yapı, bireylerin ekonomik beklentileri ya da sahip olunan sosyal normlar engele sahip bireyin topluma tam katılımını kısıtlayabilmekte veya tam tersi şekilde destekleyebilmektedir (Altman ve Barnartt, 2014). Türkiye'de de engelli olan bireyler için pek çok imkan ve hak sağlanmaktadır. Engelli bireylerin istihdamı devlet tarafından desteklenerek kamu ve özel sektör işyerlerine engelli birey çalıştırılma yükümlülüğü getirilmekte, destek ve bakım hizmetleri sunulmakta, erişilebilirliğin kolaylaştırılması sağlanmakta, habilitasyon ve rehabilitasyon hizmeti verilmekte, engelli bireylerin eğitim ve öğretimleri için uygun düzenlemeler gerçekleştirilmektedir (Engelliler Hakkında Kanun, 2005). Ayrıca ülkemizde engellilerle ilgili çalışmalarda bulunan çok sayıda sivil toplum örgütü vardır. Yapılan düzenlemelerle engelli bireylerin haklarının güvence altına alınmaya çalışıldığı, hayat standartlarını yükseltecek ve engelden kaynaklanan dezavantajları indirgeyecek çözümler üretilmeye çalışıldığı, çeşitli alanlarda imkanlar tanındığı görülmektedir. Ancak yine de engelle yaşamanın getirdiği psikolojik, kişilerarası, medikal ve sosyal zorluklar vardır.

Engellilik, bireysel ve toplumsal bileşenler içeren ve sosyal yapısı olan bir durumdur. Bu sosyal yapı engellilikle ilgili tutumların, davranışların ve çevrenin aracılığıyla

oluşmaktadır (Neath, 1997). Engelliliğin sosyal bileşenleri fark edilir bir bozukluğu (beden görünüşü) ya da engelliliği (toplumdaki ayrımcılık ve önyargı) temel almaktadır (Shakespeare, 1998). Engelliliğe yönelik Çin'de zorunlu kürtaj uygulamaları, Hollanda'da ötenazi gibi politikalar ve tüm dünyada yaşam kalitesi ile ilgili tartışmalar engelli bireylerin varlığına karşı tehdit oluşturmaktadır (Oliver, 1996). Engeli olan bireylere yönelik ayrımcılık genellikle engellilik durumunu onların şahsına atfetme veya kötü bir şey yaptıkları için engelleri olduğu mitleri gibi yanlış varsayımlara dayanmaktadır (Pfeiffer, 1994). Sonuç olarak da engelli bireylerin topluma katılımında; engelli çocukların okulda diğer çocuklar tarafından zorbalığa maruz kalması, engelli yolcuların ulaşım hizmetini desteklemeyen şoförler olması, bazı işverenlerin engelli bireylere ayrımcılık yapması, engelli bireylerle alay edilmesi gibi olumsuz tutumlarla karşılaşılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

Engelle yaşamın getirdiği sıkıntılar birbirleriyle bağlantılı olabilen pek çok farklı alanda görülebilmektedir. Marra ve Novis (1959) 50 yaşın altında, evli ve çocuk sahibi olan engelli bireylerle bir çalışma yapmış ve engele sahip olan erkekler için en önemli sorun kaynaklarını incelemiştir. Bu çalışmada engeli olan bireylerin aileleri hakkında endişelerinin en çok çocukları konusunda daha az aktif olma, çocuklarının kendisinden utanmasından ve eşinin sevgisini kaybetmekten korkma olduğu, ayrıca tekrar çalışmaya başlama ve para yönetimi konularında da endişeleri olduğu belirtilmiştir. Bunlara ek olarak engeli olan bireyin engelliliği kabul etmeme, başkalarının ondan kaçmasından endişe etme, engellilik tanısı hakkında şüphe, doktorun hata yaptığını düşünme gibi sorunlar yaşadığı da saptanmıştır (Marra ve Novis, 1959). Şanlıurfa'da yapılan Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırma Raporu'nda (2014) engele sahip bireyler yaşadıkları zorlukların işsizlik (% 31.9), maddi sorunlar (% 35.8), engelden kaynaklanan fiziksel zorluklar (% 24.9), toplumdan dışlanma (% 7.9), fiziksel çevredeki düzenlemelerin yetersizliği (% 7.9), sağlık sorunları (% 5.7), sosyal imkanlar (% 1.7) alanlarında olduğunu belirtmiş; engelli bireylerin % 11.4'ü ise hiçbir sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada da engeli olan bireylerin sağlık hizmetine ulaşımı konusunda, ekonomik konularda ve eğitim hayatlarında sorunlar yaşadıkları ifade edilmiştir (Kördeve, 2017).

Engele sahip olmak bireylerin psikolojik durumlarını da etkilemektedir. Engeli olan bireyler şiddetli depresyon ve asabiyet gibi sorunlar yaşamaktadır (Marra ve Novis,

1959). Benzer şekilde kronik hastalık veya kalıcı fiziksel engeli olan bireylerin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) profilleri incelendiğinde, bu bireylerin hipokondriyazis, depresyon ve histeri skalalarından aldıkları puanların normalin üzerinde olduğu görülmüştür (McDaniel, 1976). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da fiziksel engeli olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin engeli olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tarsuslu, Yümin, Öztürk ve Yümin, 2010).

Engelli bireylerle en yakın temas içerisinde olanlar çoğunlukla bireyin aile üyeleridir, dolayısıyla engel durumunun aile üyeleri üzerinde de etkileri mevcuttur. Engeli olan bireylere gerekli durumlarda bakım veren kişiler genellikle aile üyeleridir ve engelli bireyin bakımını üstlenmenin bakım veren için depresyon ve kaygıyı yordadığı ifade edilmektedir (Karahan ve İslam, 2013). Engeli olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir araştırmada ebeveynlerin %66.3'ü kendilerine vakit ayıramadıklarını, %21.3'ü diğer çocuklarıyla hiç zaman geçiremediklerini, %51'i engeli olan çocuklarıyla sosyal hayata katılmalarını engelleyen fiziksel koşullar (ulaşım, sorunu, çevresel sorunlar gibi) olduğunu belirtmişlerdir (Cangür ve diğerleri, 2013). Yapılan bir çalışmada engeli olan bireylerin ailelerinde en fazla eşlerin ev konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmesi, sosyal aktivitelerin azalması, çocukların daha fazla ev işi üstlenmesi, borca girmek, aile hakkındaki planların değiştirilmesi, eşlerin engelli bireyin ihtiyaç duyduğundan daha fazla yardım etmesi ve işe girmesi, aile içi geçimsizlik, çocukların eğitimi ile ilgili planların ve yaşam düzenlerinin değişmesi konularında sorunlar yaşandığı ortaya konulmuştur (Marra ve Novis, 1959). Eşlerinin, çocuklarının, kardeşlerinin veya ebeveynlerinin engel durumundan dolayı aile üyelerinin yaşadığı sıkıntıların da engeli olan bireyler için stres kaynağı olabileceği düşünülmektedir.

## 1.2. TRAVMA

### 1.2.1. Travmatik Yaşam Olayları

Travma tanımı, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) örseleyici olay adı altında "gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma" şeklinde yapılmıştır (APA, 2013). Yaralanmalara neden olan ağır kazalar, fiziksel saldırıya uğramak, ebeveynlerin ayrılması, birinin ciddi şekilde yaralanmasına veya ölümüne şahit olmak,

yaşamı tehdit eden hastalıklar, aile veya yakın arkadaşla ilgili beklenmedik kötü haber almak, bir ilişkinin sonlanması, olumsuz bir olaydan kıl payı kurtulmak, istenmeyen gebelik, kişinin hayatına tehdit, akademik sorunlar yaşamak, cinsel istismara uğramak, doğal afetler, soyguna uğramak, sarkıntılığa maruz kalmak, kaçırılmak, kaybolmak, savaş, hapis, tutsaklık, dayak yemek, bıçaklanmak ya da vurulmak, ensest, fiziksel engele neden olan olaylar travmatik yaşantılar arasında yer almaktadır (Breslau ve diğerleri, 1991; Goodman, Corcoran, Turner, Yuan ve Green, 1998; Horowitz, 1983; Janoff-Bulman, 1989; Lee ve Young, 2001; Macnab, 2003; Schaefer ve Moss, 1998; Tedeschi ve Calhoun, 1996).

Yukarıda verilen travmatik olay örneklerinden de anlaşılacağı üzere travmatik olaylar çok çeşitlidir ve bu nedenle pek çok şekilde sınıflandırılabilmektedir. Örneğin Macnab (1989), olayları insanların neden olduğu ve doğal olayların neden olduğu travmatik olaylar olarak ikiye ayırmıştır (akt. Dürü, 2006). Kira ve diğerleri (2013) ise olayların devam edip etmediğini inceleyerek bir sınıflandırma oluşturmuş, olayın bir kez yaşandığı ve sonlandığı, olayın birkaç kez devam ederek sonlandığı, olayın devam ettiği ve kümülatif travmalar olarak dört grupta değerlendirmiştir. Berger (2015a), travmatik olaylarla ilişkili stres türlerini daha geniş bir biçimde ele alarak içsel kaynaklı/dışsal kaynaklı stres, insan kaynaklı/doğal olaylar kaynaklı stres, gelişimsel süreç kaynaklı/durumsal stres, kahramanlık atfedilen/damgalanmanın neden olduğu stres şeklinde incelemiştir. Herbert (2018) de olayları insan kaynaklı travmalar ve doğal afetlerin neden olduğu travmalar şeklinde iki grupta ele almıştır. Yazarların belirttiği sınıflandırmalara bakıldığında genel olarak olayın insan kaynaklı veya doğa kaynaklı olmasına vurgu yapıldığı görülmektedir. Herman (2017) da travmatik olayda etki doğadan kaynaklandığında olayın afet olarak, insandan kaynaklandığında ise olayın vahşet olarak adlandırıldığını söyleyerek bu temel ayrıma dikkat çekmiştir. Travmatik olay ve stresör türü sınıflamalarıyla ilgili örnekler Tablo 1.3'te özetlenmiştir.

Berger (2015a) travmatik olayların sınıflandırılmasının faydalı olabileceğini ancak bunun gerçek yaşama uygulanmasının kolay olmadığını savunmuştur. Bunun nedeninin olayların karmaşık olması ve farklı yönleriyle ele alınabilmesi olduğunu belirtmiştir. Tablo 1.3'te de farklı araştırmacıların travmaları ve stresörleri farklı şekillerde sınıflandırdığı görülmektedir (Berger, 2015a; Herbert, 2018; Kira ve diğerleri, 2013; Macnab, 1989; akt. Dürü, 2006):

Tablo 1.3. Travmatik olay türleri ve örnekleri

| | **Olay türü** | | **Olay örneği** |
|---|---|---|---|
| (Macnab, 1989; akt. Dürü, 2006) | İnsanlar tarafından yapılan travmatik olaylar | İstemli olarak yapılanlar | Savaş<br>Tecavüz<br>İşkence |
| | | İstemsiz olarak yapılanlar | Kazalar |
| | Doğal olayların neden olduğu travmatik olaylar | | Deprem<br>Sel<br>Ani yakın kaybı |
| (Kira ve ark., 2013) | Travmatik olayın bir kez yaşandığı ve durduğu | | Kaza |
| | Travmatik olayın birkaç kez tekrarlandığı ve durduğu | | Cinsel istismar |
| | Travmatik olayın devam ettiği ve durmadığı | | Ayrımcılığa maruz kalma |
| | Kümülatif travmalar | | Farklı travmatik olayların biriken etkisini içeren olaylar |
| (Berger, 2015a) | İçsel kaynaklı stres | | Değerler<br>Amaçlar<br>İhtiyaçlar |
| | Dışsal kaynaklı stres | | Sosyal ve çevresel sorunlar |
| | İnsan kaynaklı stres | | Savaş<br>Endüstriyel yaralanmalar<br>Taciz |
| | Doğal olaylar kaynaklı stres | | Deprem<br>Sel<br>Kuraklık |
| | Gelişimsel süreç kaynaklı stres | | Çocuk sahibi olma<br>Emekliye ayrılma |
| | Durumla ilgili stres | | İşsizlik<br>Evsizlik |
| | Kahramanlık/kutsallık atfedilen olayların | | Kurtarma çalışmasında yaralanmak<br>Ülkesi için savaşmak |
| | Damgalanmanın neden olduğu stres | | HIV/AIDS<br>İntihar girişiminde bulunma<br>Hapis cezası almış olmak<br>Boşanma<br>Gay veya lezbiyen olmak<br>İnfertilite |
| (Herbert, 2018) | İnsan kaynaklı travmalar | İnsan hatası olanlar | Trafik kazası |
| | | İnsan tarafından tasarlanan sistem veya makine hatası olanlar | Nükleer felaket<br>Bina çökmesi<br>Yangın<br>Tren kazası |
| | Doğal afetlerin neden olduğu travmalar | | Deprem<br>Fırtına<br>Sel |

Genel popülasyonda travmaya maruz kalma oranı %93'e kadar çıkabilmesine rağmen bu bireylerin %5-12'sinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişmesi, TSSB gelişiminin ve düzeyinin travma türü ve karakteristiği ile ilişkili olduğu sonucuna götürmektedir (Lee ve Young, 2001). Davidson ve Foa (1993) travma sonrası stres bozukluğu oluşumunun travma oluşturan stresör türlerine bağlı olarak farklılaştığını, beklenen ve öngörülebilen olaylardan ziyade beklenmedik ve öngörülemeyen olaylarla TSSB'nin daha yakından ilişkili olduğunu, ayrıca stres faktörlerinin travmaya verilen farklı tepkilerle de ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Travmatik olayların bireyin fiziksel sağlığı, dış görünümü, meslekive finansal durumu da dahil olmak üzere, yaşamın pek çok alanında uzun vadeli etkileri olabilmektedir (Ehlers ve Clark, 2000). Travmatik olayların bireyler üzerindeki etkilerine ilerleyen bölümlerde değinilecektir.

### 1.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarına Verilen Tepkiler ve Travma Sonrası Süreç

Travmatik olaylar yaşayan insanların büyük kısmı bu olaya karşı içeriği, biçimi ve şiddeti kişiye göre değişiklik gösteren davranışsal, duygusal, bilişsel ve kişisel tepkiler vermektedir (Dürü, 2006). Latchford (2003) travmatik bir olaya verilen en yaygın psikolojik tepkileri aşırı duygulanım (tekrarlanan ağlama epizotları gibi), aşırı uyarılmışlık (kaygılı ya da ürkek olmak gibi), ruminatif düşünceler, genelde olayla ilgili olan kabuslar, şok ve inanmama, duygusal hissizleşme, suçluluk, öfke, disosiyasyon olarak sıralamıştır. Macnab (2003), travmatik yaşam olayları ile karşı karşıya kalan bireylerin mutsuz, endişeli, depresif ve çaresiz hissettiğini, normal işlevsellik düzeylerini kaybettiklerini, özgüvenleri konusunda bozulmalar yaşadıklarını belirtmiştir.

Travma deneyimi yaşayan bireylerin travmatik olaya verecekleri tepkiler hakkında olaydan önceki ve sonraki düşünceleri farklılık gösterebilmekte, önceki düşünceleri değişebilmekte ve güvenlik duygusu ortadan kalkabilmektedir. Bunun nedeni, genellikle ani ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan travmatik deneyimlerin pek çok insanın daha önce yaşadıklarından, dolayısıyla önceki beklentilerinden, inançlarından farklı olması (Herbert, 2018) ve travmaların önceden var olan şemaları, hedefleri, inançları, baş etme biçimlerini paramparça edebilmesidir (Arıkan ve Karancı, 2012). Janoff-Bulman (1989) yaşanan travmatik olayların insanların şemalarını etkilendiğini

söylemekte ve en büyük etkinin iyi bir dünya, iyi insanlar, adil dağılım ilkeleri, kontrol edilebilirlik, rasgelelik, kendine değer, kendini kontrol edebilirlik ve şans alanlarındaki varsayımlarda oluştuğunu belirtmiştir. Öte yandan yaşadıkları travmatik olayın sebebinin Tanrı olduğunu düşünenler (O'nun hakkında bir şeyler öğrenmeme yardım etmeye çalışıyor), olayın kader inancındaki gibi önceden belirlenmiş olduğuna inananlar (Bunlar her zaman Tanrı'nın önceden planladığı şeylerdir.) veya olayın ihtimal dahilinde olduğunu düşünenler (İşler iyi gidiyordu, kötü şeyler olması da ihtimaldi.) olabilmektedir, bu durum dünyanın kontrol edilebilir olduğu görüşüyle ters düşmektedir (Bulman ve Wortman, 1977). Bulman ve Wortman'ın (1977) bu görüşleri varlığımızın bir anlamı ve düzeni olduğu düşüncesi ile paralellik gösterse de bireylerin olay üzerinde kontrolü olmadığı ve yaşananların şans eseri meydana geldiği inancına sahip olması şeklinde yorumlanabilmektedir. Latchford (2003), travmatik olay yaşamış ve hayatta kalmayı başarmış kişilere güven vermek ve kişinin olaydaki sorumluluğunu en aza indirmek adına şans eseri hayatta olduklarının söylenmesinin kişideki güçsüzlük kavramını pekiştirebileceğini belirtmiştir. Sonuç olarak, beklenmedik ve genellikle bireyin kontrolü dışında gerçekleşen travmatik olaylara verilen tepkilerin ve inançlarındaki değişiminin bireyin olaya bakış açısı ile farklılaşabildiğini söylemek mümkün görünmektedir.

Travmatik olaylar kayıp, acı ve yas sürecini de beraberinde getirebilmektedir (Herbert, 2018). Farklı araştırmacılar travmatik olaylardan sonra kayıp ve yas sürecinde verilen tepkilerin açıklanmasına yönelik açıklamalar getirmiş ve sürece verilen tepkileri aşamalı olarak ele almışlardır. Kübler-Ross (1969) ölüm sürecini inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmeden oluşan 5 aşamada incelemiştir. Weller ve Miller (1977a) de Kübler-Ross'un açıklamaları doğrultusunda omurilik felci olan bireylerin olaya verdiği tepkileri şok, inkar, öfke, depresyon olarak 4 evre belirlemiş ve beşinci bir evre olarak kabul veya uyum sürecinin yer alabileceğinden bahsetmiştir. Horowitz (1983) ise travmatik olaylardan sonra bireylerin yaşadığı aşamaları haykırma (outcry), inkar, müdahale/zorla girme (intrusion), olay üzerinde çalışma ve tamamlanma (completion) olmak üzere 5 aşamada ele almıştır. Bahsedilen araştırmacıların belirttiği aşamalardan bazılarının ortak, bazılarının ise farklı şekilde görülmektedir. Tüm aşamalara kısaca değinilecektir.

Şok: Şok, travmatik olaya verilen ani tepkidir, bu evrede bireyin çaresizlik ve kontrol kaybı algısı artmıştır, problem çözme ve karar verme becerilerinde bozulma görülür. Olayın travma mağduru üzerindeki etkisi bireyin afallamış veya donakalmış (frozen) gibi görünmesi şeklinde olabilmektedir (Weller ve Miller, 1977a).

Haykırma: Haykırma, duygusal yoğunluk içeren bir evredir. Bu evrede hissedilen duygu üzüntü, öfke, korku veya yalvarışla ilgili olabilmektedir (Horowitz, 1983).

İnkar: İnkar, travmanın ardından bireyin olayı kabul etmeyip bir yanlışlık olduğuna inanması, beklenmedik şekilde neşeli tavırlar sergilemesi ve soğukkanlı davranması şeklinde karşılaşılabilen bir savunma tepkisidir (Horowitz, 1983; Kübler-Ross, 1969; Weller ve Miller, 1977b).

Öfke: Öfke, genellikle inkarın ardında gelen ve gerçekle yüzleşildikten sonra öfkenin yanısıra haset ve içerlemenin eşlik ettiği, bireylerin genellikle "Neden ben?" sorusunu sorduğu evredir (Kübler-Ross, 1969; Weller ve Miller, 1977a).

Pazarlık: Bu evrede birey çoğunlukla olaya öfkelendiğinde ve tepkili davrandığında dönüt alamadığını fark etmiştir ve bu defa iyilikle anlaşma yolunu seçerek durumun düzelmesi için rica etmekte veya geçmişte yaptığı iyiliklerden dolayı olumlu bir gelişme beklentisi içerisine girmektedir (Kübler-Ross, 1969).

Olayla ilişkili rahatsızlık verici düşünceler: Bu evrede karşılaşılan rahatsız edici düşünceler ve duygular bireyin olayı yorumlama şekline göre değişebilmektedir. En sık karşılaşılan düşünceler ve duygular ise olayın tekrarlanmasına karşı korku, mağdurlarla karşılaşma korkusu, hasar görmeye karşı öfke ve utanç, hayatta kalmaya karşı utanç ve suçluluk olarak sıralanabilmektedir (Horowitz, 1983).

Depresyon: Bu evre, olayın ardından bireyin kayıp duygusu hissetmesi veya olaydan sonra yaşanması muhtemel kayıplar için endişe duyma şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Kübler-Ross, 1969).

Olay üzerinde çalışma: Ciddi yaşamsal olaylardan sonra geçmişte var olan şemalar veya içsel modeller gözden geçirilerek güncel duruma ve gerçekliğe uyum sağlama süreci olay üzerinde çalışma evresini oluşturmaktadır (Horowitz, 1983).

Kabullenme: Bu aşama, bireyin elinden bir şey gelmeyeceğini kabul ettiği ve çoğu zaman kaderine razı olduğu evredir. Bu evrede neredeyse hiç duygu yoktur. Durumun gerçekliğini kabul etmeyip bunu değiştirmek için savaşmayı sürdüren ve umudunu kaybetmeyen kişiler için bu evre hemen hemen imkansız görünmektedir (Kübler-Ross, 1969).

Travma süreci hakkında önerilen bu aşamalardan farklı olarak, Volkan ve Zintl (2015) kayıp ve yası anlamak için üç temel şey olduğunu ifade etmektedir. Birincisi, her bir kayıp bizi kaçınılmaz bir kedere götürmektedir. İkincisi, her kayıp geçmişteki diğer tüm kayıpları yeniden gündeme getirmektedir. Üçüncüsü, eğer tam olarak yas tutulmuşsa her kayıp büyüme/gelişme ve yenilenme için bir araç olabilmektedir (Volkan ve Zintl, 2015). Zorlu yaşam olayları sonucu bireylerin verdiği tepkiler genellikle olumsuz olarak değerlendirilse de bireyler travmanın ardından farklı değişimler de yaşayabilmektedir. Berger (2015b) stresli yaşam olaylarının bireyler üzerinde pozitif ve negatif etkileri olabildiğinden bahsetmektedir. Bu tez çalışmasının ilerleyen bölümlerinde, travmatik olayların etkileri travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası büyüme bağlamında incelenecektir.

### 1.2.3. Fiziksel Kayıp ve Birey Üzerindeki Etkileri

Türkiye'de yapılan Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırması'nda (2014), engele sahip bireylerin %79'unun doğuştan, %21'inin ise sonradan engeli olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla sonradan engele sahip olma konusu, toplumun önemli bir bölümünü etkilemektedir. Motorlu taşıt kazaları, endüstriyel kazalar, düşmeler, yanma sonucu oluşan yaralanmalar, hastalık, saldırıya uğrama, felç geçirme, ampütasyon, intihar girişimi, yaşlanma gibi nedenlerle bir veya daha çok uzvunu kullanmakta sorun yaşama sonradan edinilen fiziksel engel örnekleridir (Latchford, 2003; McDaniel, 1976; Webster ve Kennedy, 2007).

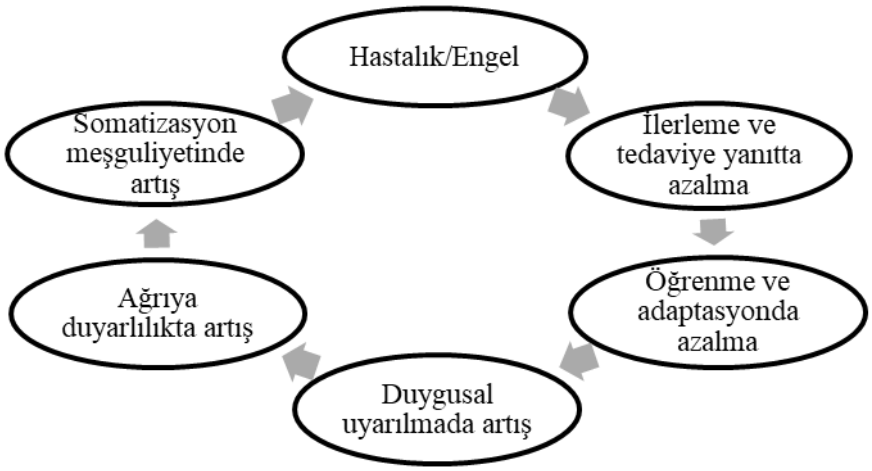
Fiziksel engele neden olan *omurilik felci*; spinal kord sıkışması, gerilmesi, omurilik kırığı, disklerin yer değiştirmesi gibi nedenlerle omurilikte meydana gelen yaralanmalar sonucu oluşmaktadır (Webster ve Kennedy, 2007). Omurilik felci vücudun etkilendiği bölümlere göre farklı isimlerle de adlandırılabilmektedir. Örneğin *tetrapleji (kuadripleji)*, genellikle üst ekstremitelerde oluşan vücutta duyusal ve/veya motor kayıplara yol açan omurilik hasarı; *parapleji*, genellikle vücudun alt ekstremitelerinde

etkileyen duyusal ve/veya motor kayıplara neden olan omurilik hasarıdır (Richardson, Richards ve Boyer, 2008). *Hemipleji* ise, vücudun bir yarısında (sağ veya sol) genellikle bacak ve kollarda kayıplara sebep olan hasardır (Lindemann, 1981). Fiziksel engelde sıkça karşılaşılan bir başka durum olan *ampütasyon* ise, tip II diyabet hastalığı (Paharia, 2008), yaralanmalar (Cheung, Alvaro ve Colotla, 2003), aşırı sigara tüketimi (Bennet, 2007) gibi nedenlerle uzuvların tamamının veya bir kısmının cerrahi işlemle çıkarılmasıdır. Fiziksel engel için bir diğer nedensel faktör olan ilerleyici *kas hastalıkları* ise genellikle artan kas zayıflığı, kaslarda körelme (atrophy) ve zayıflama ile ilişkilidir. Bu hastalıklarda, hastalık kasın kendisinde oluşuyorsa *miyopatik*, eğer hastalık ikincil olarak kası etkiliyorsa *nöropatik* veya *nörojenik* olarak adlandırılır (Lindemann ve Stanger, 1981).

Hemipleji ve ampütasyon gibi vücut görünümünde değişimlere neden olan hastalıklar ve yaralanmalar bedenle ilgili his, imgeleme ve bireyin kendi vücudunu nasıl gördüğü bileşenlerini içeren *beden imajında* değişimlere ve normaldışı duyumlara yol açabilmektedir (Schilder, 1999). Beden imajındaki farklılaşmayla ilgili olan bu duyumlar hayalet duyumlarla açıklanabilmektedir (McDaniel, 1976). Fiziksel kayıp sonrası yaşanabilen bu durum *hayalet uzuv sendromudur* (phantom limb syndrome). Hayalet uzuv sendromuna ilk olarak Weir Mitchell tarafından duyusal hayalet (sensory ghost) adı verilmiştir (Mitchell, 1872). Hayalet uzuv sendromu ampütasyon sonrasında ampüte edilen ekstremitenin varlığını hissetme hissidir (Bailey ve Moersch, 1941). Tıp insanları başlarda hayalet uzuv sendromunun psikotik bir durum içeren psikolojik anormallik olduğunu düşünmüş olsa da bireylerin ampüte edilen uzuvlarını hissetmeye devam etmeleri psikotik durumda olduğunun aksine hayali yanılsamalar içermez ve fizyolojik süreçlerdeki bozulma ile ilgilidir (Riddoch, 1941). Ramachandran ve Hirstein (1998) bu deneyimin nörolojik boyutunu ampütasyondan sonra yerinde kalan nöronlar (stump neuromas), yeniden eşleme, motor komutlardan uzva doğru gelen elektriksel akım, genetik olarak belirlenmiş içsel beden imajı ve uzvun ilk postürünün hayalet uzva aktarılması veya ağrılı duyumların canlı somatik anıları olmak üzere beş kaynağa bağlı olduğunu ileri sürerek açıklamış, aynı zamanda bireyin psikolojik olarak durumu inkar ediyor olabileceğini eklemişlerdir. Hayalet uzuv sendromu ağrılı ya da ağrısız olabilmektedir (Riddoch, 1941), bu nedenle durum *hayalet uzuv sendromu* (phantom limb syndrome) ya da *hayalet uzuv ağrısı* (phantom limb pain) olarak

adlandırılabilmektedir. Araştırmalar ampütasyon yaşamış bireylerin %80-100'ünün (ağrısız) hayalet uzuv sendromu deneyimlediğine, ameliyat sonrası erken dönemde hayalet uzuv ağrısı sıklığının ise %60-80 olduğuna işaret etmektedir (Chahine ve Kanazi, 2007). Hayalet uzuv ağrısı sıklıkla kol veya bacağın ampüte edilmesi ardından görülmekle birlikte meme, rektum, penis, testis, göz, dil ve diş gibi diğer vücut bölümlerinin cerrahi yolla alınması ardından da karşımıza çıkabilmektedir (Flor, 2002). Hayalet uzuv, sadece fiziksel kayıp yaşamış insanlara özgü gözükse de diğer insanlarda da vücut imajı şekillenmesinde sorunlardan dolayı bu sendrom görülebilmektedir (Ramachandran ve Rogers-Ramachandran, 2000).

Fiziksel engele verilen bir diğer bedensel tepki de *somatizasyondur*. Hastalık veya engel çoğu zaman bireyi acı verici uyarana karşı daha duyarlı hale getiren somatik bir etkiye sahiptir, çünkü birey tanıya veya tedaviye bir cevap olarak ağrı hissetme beklentisi içindedir (McDaniel, 1976). İyileşme olsa bile hala ağrı hissediyor olmak ağrının gerçek olmadığı anlamına gelmez, bu durum travmaya dair bir anı olup travma düşünüldüğünde veya onu hatırlatacak bir durum la karşılaşıldığında ağrı artabilmektedir (Herbert, 2018). Hastalık veya engel sonrasındaki bu süreç aşağıda gösterildiği gibi (Şekil 1) bir kısır döngüye işaret ediyor olabilmektedir (McDaniel, 1976):




Şekil 1. Hastalık veya engel sürecinde somatizasyon döngüsü (McDaniel, 1976)

Fiziksel tahribat veya organ kaybı yaşama sonucu eski görünüşünü kaybetmek bireyi yas, acı ve mutsuzluk gibi süreçlere götürebilmektedir (Herbert, 2018). Ciddi fiziksel yaralanma sonrasında bireyler travmatik olayın, aniden hastaneye yatırılmanın ve

fiziksel bozulmanın sonuçlarıyla ilgili psikolojik etkilerine haftalarca, aylarca hatta yıllarca maruz kalmaktadırlar (Latchford, 2003).

Fiziksel kaybın önemli etkilerinden biri, bireyin cinsel yaşamında oluşturduğu sorunlardır. Herbert (2006) travmanın yarattığı gerginlik ve yakınlıkla ilgili güçlüklerin cinsel ilişkilerde olumsuz etkileri (erekte olmak ve ereksiyonu sürdürmek, ilişkiye girmekte ve orgazma ulaşmakta zorluk gibi) olabildiği gibi; yaşanan travma fiziksel bozulma veya kayıpla ilgili olduğunda bu etkilerin yaygınlığının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Henshaw (2007), engeli olmayan bireyler beden imgesi ve cinsel ifade ile ilgili sorunlar yaşarken, kronik hastalığa veya engele sahip bireylerin cinsel kimliğini geliştirmesinin ve sürdürmesinin çok daha zor olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca engelin doğasına bağlı olarak, genital fizyolojiye dahil olan hormonal, nöral ve vasküler sistemlerde oluşan sorunlar cinselliği etkilemekte (Henshaw, 2007), paraplejide olduğu gibi alt ekstremiteleri etkileyen hasarlar cinsel duyu kaybına neden olabilmektedir (Webster ve Kennedy, 2007).

Travmatik bir olay yaşamış bireylerin travmanın fiziksel sonuçlarına karşı "Vücudum mahvoldu.", "Bir daha asla normal bir hayatım olmayacak." gibi değerlendirmeleri de olabilmektedir (Ehlers ve Clark, 2000). Kaza sonucu fiziksel engel edinmiş/felç olmuş bireylerin "Neden ben?", "Ben felç oldum ama şoförün sadece kolu kırıldı.", veya "Ben bir daha yürüyemeyeceğim ama bana çarpan kişi özgürce yürüyebilecek." gibi suçlama, nedensellik, adalet ve kontrolle ilgili endişeler yaşayabildiği bildirilmiştir (Bulman ve Wortman, 1977).

Görüldüğü üzere travmatik olay, olay sırasında olduğu kadar olay sonrasında çeşitli etkilere yol açmaktadır. Travmatik olay ile olaydan sonra oluşan çevresel stres faktörlerini ayırt etmek kolay değildir (Dürü, 2006). Fiziksel kayıp yaşayan bireyin hayatında meydana gelen değişimler (aile ilişkileri, iş hayatı, özbakımda sıkıntılar, damgalanma, ruhsal durum, sağlık, tedavi süreci ve ilgili zorluklar, bağımsız yaşayabilme/başkasına ihtiyaç duyma, maddi sıkıntılar vs) (Weller ve Miller, 1977a) olayın kendisi olduğu kadar, olay sonrasında yaşananların da diğer travmalara ya da stres etmenlerine neden olabileceğini göstermektedir.

### 1.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Horowitz (1983) tehdit, kayıp ya da zarara neden olan olayların travmatik yaşam olayları olduğunu söylemiş ve olayların bireyler üzerinde olumsuz etkileri olabildiğinden bahsetmiştir. Horowitz, Wilner ve Alvarez (1979) de "İki Faktör Modeli"nde bu stresli yaşam olaylarına verilen psikolojik tepkileri, *olay hakkında istenmeyen düşünceler* (intrusion) ve *kaçınma* (avoidance) tepkileri olmak üzere iki temel sınıfta incelemiştir. Modele göre zorla girme kendiliğinden gelen düşünceler ve imgeler, rahatsız edici rüyalar, şiddetli ve ani ağrılar, duygusal dalgalanmalar ve tekrarlayan davranışları; kaçınma ise düşünsel daralma, olayın anlamı ve sonuçlarını inkar, duyumda körelme, duygusal engellenme, karşıfobik aktivite, duygusal hissizleşme/küntleşmeyi içermektedir(Horowitz, Wilner ve Alvarez, 1979). Yazarların belirttiği bu psikolojik tepkiler temelde travma sonrası stres ile ilişkilidir.

Travma sonrası stres bozukluğuyla ilgili ilk çalışmalar Vietnam Savaşı gazileri ve doğal afetlere maruz kalan sivillere odaklanmış, bozukluğun DSM-3'te (APA, 1980) yer almasının ardından travmatik olayların çok çeşitli olması konu üzerinde daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılmasına zemin hazırlamıştır (Breslau, Davis, Andreski ve Peterson, 1991). DSM-4'te (APA, 1994) "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" şeklinde tanımlanan bu bozukluk, DSM-5'te "Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu" olarak adlandırılmaktadır ve "Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar" başlığı altında ele alınmaktadır. (APA, 2013). Travma sonrası stres bozukluğu travmatik olayın ardından en az bir ay süreyle istençdışı belirtilerin (olayla ilgili sıkıntı veren anılar, rüyalar) varlığı, disosiyasyon tepkileri, kaçınma belirtileri, olayla ilgili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişimler, uyarılma tepkileri, odaklanma güçlükleri, uyku bozukluklarını içermektedir(APA, 2013).

Clark (1999), stresle ilişkili bozukluklarının sürdürülmesinde iki temel bellek sürecinin etkili olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki, bireylerin korkularını destekleyen bilgileri seçici olma eğilimidir. İkincisi ise örtük ve açık bellek arasındaki belirgin ayrışmadır ve bu ayrışmayı çoğu zaman travmaya dair istenmeyen anıların çok canlı ve duygusal bir şekilde istenmedik yeniden deneyimlenmesini içermektedir (Clark, 1999). Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel modeline göre bu istenmedik yeniden deneyimlemeyi içeren, adaptif olmayan bilişsel süreçlerden biri de ruminasyondur (Ehlers ve Clark, 2000). Ruminasyon, düşüncenin belirli bir bağlamda olmasından

ziyade, kişinin duyguları ve sorunları hakkında tekrarlayıcı bir şekilde düşünmesidir (Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsky, 2008). Travmatik olay kişinin önemli amaçlarını, dünya görüşünü sarsmakta ve yoğun bir stresle beraber ruminasyon ortaya çıkmaktadır. Ruminasyon, travmatik olaya ve ilgili olayla alakalı konulara, düşüncelere dönmeyi içermektedir (Ehler ve Clark, 2000). Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsky (2008) ruminasyonun düşük problem çözme becerilerinden kaynaklandığını ancak sadece bununla ilişkili olmadığını ifade etmişlerdir. Yazarlara göre, ruminatif düşünceler içinde olan bireyler, kısa süreli olarak nötr veya pozitif dikkat dağıtıcılarla karşılaştıklarında bu düşünceler problem çözme becerilerini geliştirmekte ve bu durum olayı olumlu şekilde yeniden değerlendirmelerini sağlamaktadır (Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsky, 2008). Buna göre ruminasyon sürekli olmadığında olay üzerinde düşünmenin olumlu etkileri olduğunu söylenebilmektedir.

Bir çalışmada yer alan sonuçlarda, kesitsel ve boylamsal olarak yapılan iki araştırmanın sonuçlarına göre, ilk araştırmada travmanın ardından TSSB gelişmeyen katılımcıların %51'i, ikinci araştırmada ise %46'sı ruminatif düşünceleri olduğunu belirtmiş ancak bu düşüncelerin TSSB yaşayan bireylerden daha az olduğu aktarılmıştır (Michael, Halligan, Clark ve Ehlers, 2007). Ehlers ve Clark (2000), travma anılarının bireyin "şimdi ve burada" olmasını zorlaştırmasının ve güçlü bir duygusal yanı olmasının sorunlara yol açtığından bahsetmiştir. Michael ve diğerleri (2007), ruminasyonun sadece patoloji içeren bir durumda görülmediğini, ruminatif düşünce "neden" ve "ya ... olursa" türü sorular içerdiğinde ve işlevsiz olduğunda TSSB ile ilişkili olduğunu söylemişlerdir.

Sonuç olarak, ruminasyon çok uzun süreli olduğunda, istenmedik şekilde deneyimlendiğinde ve ruminatif düşünceler/sorular geçmişe odaklandığında işlevsel olmadığı görülmektedir. Ancak ruminasyon içeriği problem çözmeye odaklandığında işlevsel olabileceğini ve olumlu etkiler doğurabileceğini söylemek mümkündür.

### 1.2.5. Travma Sonrası Büyüme

Zorlu yaşam olayları ve travmaların ardından bireyler yukarıda bahsedildiği gibi olumsuz sonuçlar deneyimleyebilmektedir. Tüm bu olumsuz sonuçlara rağmen, travmaların ardından görülen olumlu sonuçlardan da bahsetmek mümkündür.

Travmanın ardından görülen olumlu sonuçlar, konuyu çalışan araştırmacılar tarafından travma sonrası büyüme (Calhoun ve Tedeschi, 1998; Nerken, 1993; O'Leary ve Ickovics, 1995), olumlu değişimler (Linley ve Joseph, 2004), pozitif çıktılar ve dönüşüm (Schaefer ve Moss, 1992), algılanan yararlar (Affleck, Tennen, Croog ve Levine, 1987), pozitif illüzyonlar (Taylor, Kemeny, Reed, Bower ve Gruenewald, 2000) gibi farklı şekillerde isimlendirilmektedir. Tedeschi ve Calhoun (2004b) travma sonrası büyüme teriminin travmanın ardından görülen değişim için en uygun terim olduğunu belirtmiş ve travma sonrası büyüme görülmesi için gereken 4 temel noktaya değinmişlerdir. İlk olarak, travma sonrası büyüme, düşük düzeyde stres sonucu değil şiddetli yaşam krizlerinin ardından ortaya çıkmaktadır. İkinci olarak, büyüme illüzyonun ötesinde bir yaşamsal dönüşüme işaret etmektedir. Üçüncü olarak, başa çıkma mekanizmasından daha çok bir sonuç olarak deneyimlenmektedir. Son olarak da bireyin yaşamıyla ilgili gelişme gösterme (thriving) veya ilerleme (flourishing) anlamına gelmeyecek şekilde temel varsayımlarda parçalanmayı içermektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004b). Bu tez çalışması kapsamında, travma sonrası büyüme için kullanılan bu kavramların benzer durumları ifade ettiği varsayılmış ve travmanın olumlu değişim üzerindeki etkisini kapsayan alan yazına yer verilmiştir.

Moss (1992) yaşamsal sıkıntılardan sonra insanların yaklaşık % 50'sinin olumlu sonuçlar bildirdiğini ifade etmektedir. Travma sonrası büyüme çalışmaları bu olumlu sonuçların farklı alanlarda görülebildiğini ortaya koymaktadır. Örneğin Calhoun ve Tedeschi (1989-90), travma deneyimlemiş bireylerin kendini algılama alanında çok fazla değişim yaşadığını ve kendilerini eskisinden daha güçlü, daha yetkin, daha olgun, daha bağımsız, krizle daha iyi başa çıkabilen, daha akıllı bireyler olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda travma deneyimi olan bireyler, ihtiyaç duyduklarında başkalarına güvenebildiklerini ve başkalarının yardımcı olduğunu aktararak sosyal destek sistemlerinin de geliştiğine vurgu yapmışlardır (Calhoun ve Tedeschi, 1989-90). Affleck ve Tennen (1996) travmaya maruz kalmış bireylerin yaşanan olumsuzlukların ardından aile ve arkadaş ilişkilerin güçlenmesi; bireyin kendini daha sabırlı, hoşgörülü, empatik ve cesaretli olarak algıladığı kişilik değişimi; hayattaki önceliklerde ve hedeflerde değişiklik gibi ortak temalar barındıran yararlar algıladığını bildirmişlerdir. Moss (1992) yaşam krizlerinden sonra bireylerin kendilerine daha fazla güvendiğini, daha yeni baş etme becerileri ve daha yakın ilişkiler geliştirdiğini ve yaşamlarını daha

çok takdir ettiklerini ifade etmiştir. Nerken (1993) de kaybın ardından yaşanan büyümenin benliğin yansıtma kapasitesinin derinleşmesi, hayatta kalan kişinin kendisinin ve yaşamının değerini daha iyi anlayarak hayata geri dönmeyi sağlayabilmesi, her şeyi daha önemli hale getirmesi, gelişimin ve yası geride bırakmanın bir sonucu olduğunu savunmuştur. Ayrıca travma sonrası büyüme sadece olayı doğrudan deneyimlemiş olan bireylerde değil, olaya şahitlik eden başka bireylerde de görülebilmektedir (Berger, 2015b).

Travma sonrası büyüme konusuyla bağlantılı olarak pek çok model ve kuram ortaya atılmıştır. Bu çalışma kapsamında ilerleyen bölümlerde anlatılan kuram ve modellere değinilecektir.

#### 1.2.5.1. Travma Sonrası Büyümenin İşlevsel-Betimsel Modeli

Tedeschi ve Calhoun (1989-90) travmatik olayların ardından travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi olumsuz etkiler görülebildiğini, ancak travmatik olay deneyimi olan bireylerin çeşitli alanlarda olumlu gelişimler gösterdiklerini ifade etmiştir. Yazarlara göre travma sonrası gelişim daha olumlu kişiler arası ilişkilerin gelişimi, bireyin kendiliğini anlamasında değişim, yaşamın değerini anlama, yeni fırsatlar yakalama ve inanç sisteminde değişim olmak üzere beş alanda gerçekleşmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Yazarlar alandaki çalışmaları sonucu 1998 yılında travma sonrası büyümenin *işlevsel-betimsel modelini* ortaya atmış (Calhoun ve Tedeschi, 1998), izleyen çalışmalarda modeli gözden geçirerek modele Şekil 2'de belirtilen halini vermişlerdir. (Tedeschi ve Calhoun, 2004a).

Tedeschi ve Calhoun (2004a) travma öncesinde bireyin sahip olduğu kişilik özelliklerinin ve duygusal stres yönetiminin travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğunu belirtmektedir. Bu model, travmatik olaydan önce bireyin sahip olduğu umutlu olma, iyimser olma, yaratıcılık, açıklık ve dışadönüklük kişilik özelliklerinin travma sonrası büyüme üzerinde etkisi olduğunu vurgulamaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Ayrıca travmadan önce bireyin psikolojik iyi oluşu, bilişsel baş etme yöntemleri, problem çözme becerileri büyümeyi yordamaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998).

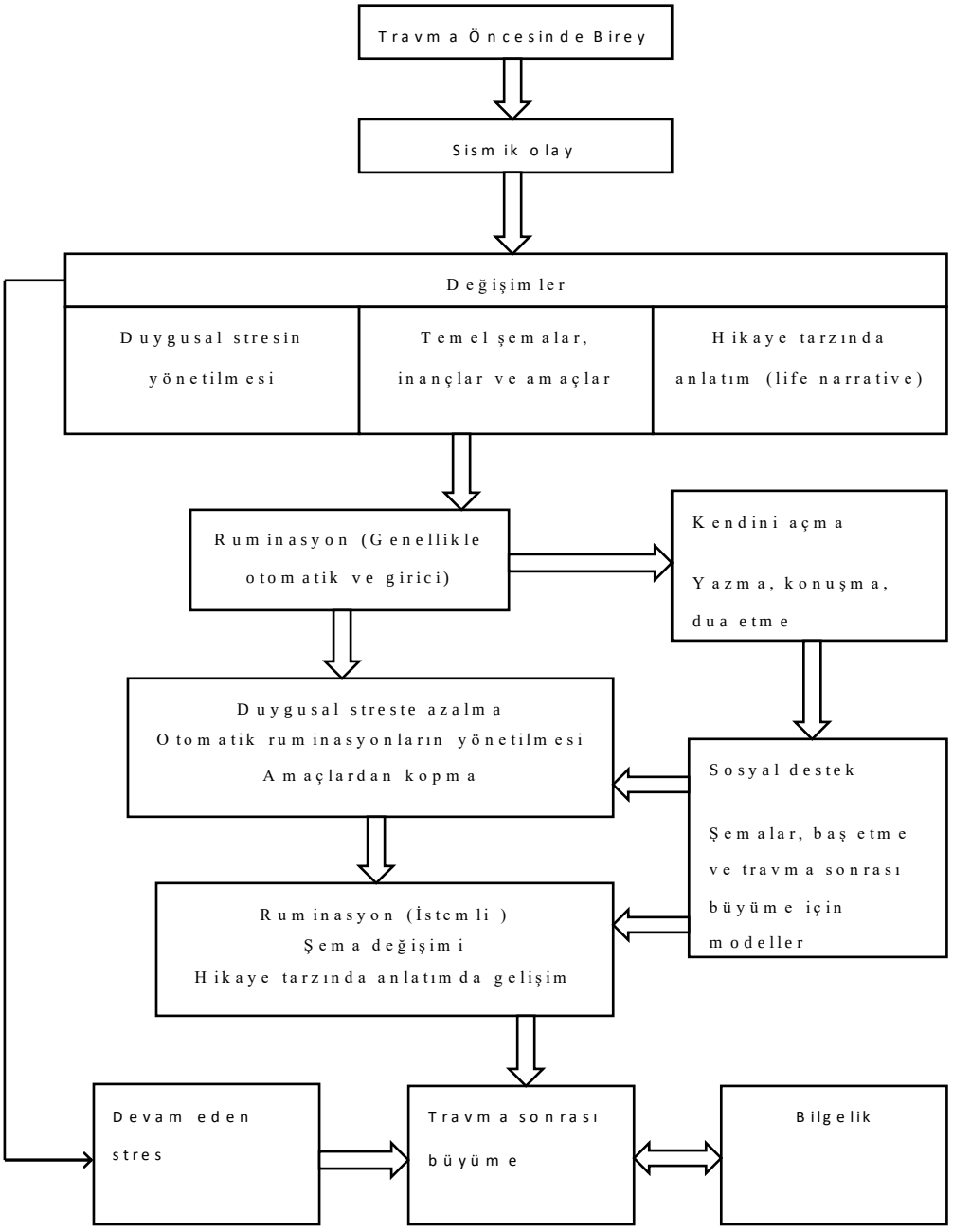
Tedeschi ve Calhoun (2004a) travmatik yaşantıyı anlatmak için "sismik" metaforunu kullanmalarının nedenini olayın ardından görülen bilişsel sürecin ve yeniden yapılandırmanın tıpkı depremden sonra yapıları yeniden inşa etmeye benzemesi

şeklinde açıklamışlardır. Büyümeyi başlatacak olan bu sismik/travmatik olay, Janoff-Bulman'ın (1989) da vurguladığı şekilde bireyin dünya görüşünü, hedeflerini, şemalarını etkilemekte; ağır bir duygusal strese ve ruminasyona neden olmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998; Tedeschi ve Calhoun, 2004a). Duygusal stresin yönetilmesi, şema değişimleri üreterek yapıcı bilişsel işleme yoluyla travma sonrası büyümeye katkı sağlamak için gereklidir (Tedeschi ve Calhoun, 2004a). Yazarlar travmanın ardından ilk aşamalarda bilişsel işlemenin otomatik ve müdahaleci düşünceler ve görüntülerden oluşma ihtimalinin daha fazla olduğunu ancak, süreç biraz uzun sürebilse de zaman içinde bu müdahaleci ruminasyonların, olayın üzerinde çalışmaya yardımcı olarak travma sonrası büyümeye katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışma da olayla ilişkili ruminasyonun travma sonrası büyüme ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisi olduğunu doğrulamakta ve girici olmadığı takdirde bu düşüncelerin problem çözme, olayı ve ilgili süreci bir anı olarak hatırlama veya anlam üretme niteliğinde olabileceğini vurgulamaktadır (Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan, 2000).

Tedeschi ve Calhoun (2006) travmatik olayın yol açtığı olumsuzluklarla baş etmenin hem bireyin sahip olduğu mevcut dünya görüşünü, manevi ve dini yapıyı özümsemeye çalışmayı hem de bu bileşenleri yeni gerçekliğe uyum sağlayacak şekilde değiştirmeyi içerebileceğini belirtmişlerdir. Yazarlara göre bu manevi değişim inanç ve manevi anlam kaybına neden olabileceği gibi, dini ve manevi alanlarda büyümeye de yol açabilmektedir. Ayrıca, olaya ilişkin ruminasyonların, dini değişime açıklık ve dine yönelik arayış düzeyinin travma sonrası büyüme ile pozitif anlamlı ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Calhoun ve diğerleri, 2000).

Bu model, sosyal çevrenin travma sonrası büyüme üzerinde etkisi olduğunu, çünkü büyümenin sosyal bir ortamda yaşandığını belirtmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Sosyal çevrenin büyümeye etkisi bireyin diğerleri ile ilişkilerinde değişim yoluyla olabilmektedir. Bireyler bir travmatik kayıp yaşadığında ilişkilerinin ne derece önemli olduğunu fark etmekte ve başkalarıyla ilişkileri daha derin hale gelmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Ayrıca, travmatik bir olayın ardından olayın ve sonuçlarının hakkında yineleyen konuşmalar bireylerin daha önce olduğundan daha fazla kendilerini açmalarına imkan sağlamaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Bu kendini açma, aynı zamanda travmaya ve hayatta kalmaya ait hikayelerin (narratives) anlatılmasını içeren

(Tedeschi ve Calhoun, 2004a) sosyal destek sistemidir. Diğer yandan, bireyin deneyimlemiş olduğu travmaya benzer yaşantıları olan insanlarla ilişki kurması ve gruplara katılması da, yeni durumlara nasıl uyum sağlayabileceği yönünde model olabilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Bu destek grupları travma sonrası süreç için önemlidir (Calhoun ve Tedeschi, 1998).



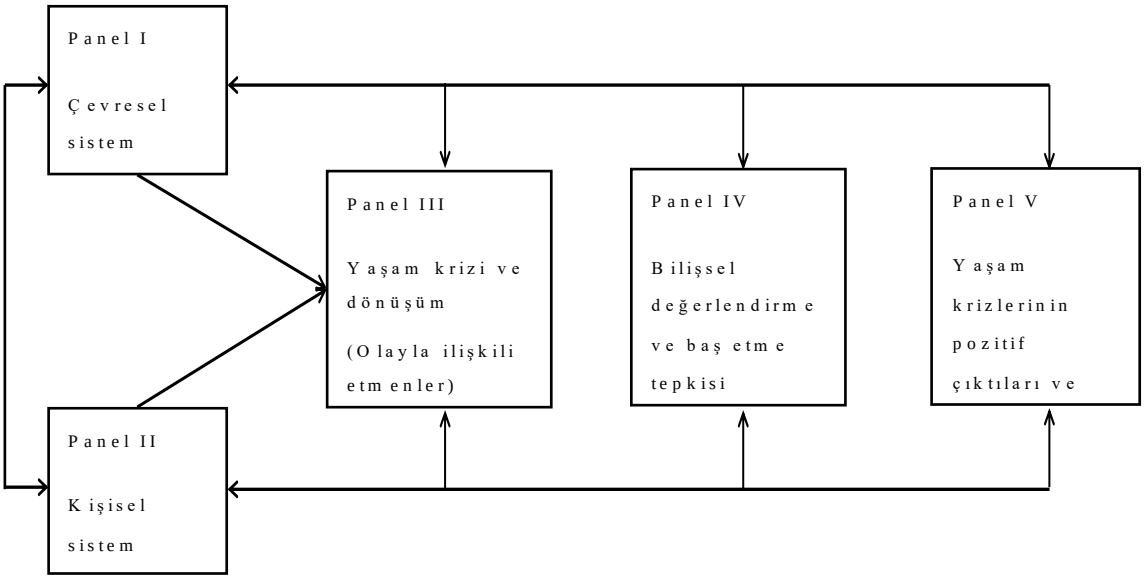

Şekil 2. Travma sonrası büyümenin işlevsel-betimsel modeli (Tedeschi ve Calhoun, 2004a).

Travmatik olay, çoğu insan için hayat hikayesini (life narrative) bilinçli olarak ilk defa gözden geçirmesine fırsat veren bir durumdur (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Çoğu insan hayatını travmadan öncesi ve sonrası olarak ayırmakta; travma bireyin geçmişi gözden geçirmesine, yeni bir hayat hikayesi oluşturmasına, kimlik gelişimine etki etmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998; Tedeschi ve Calhoun, 2004a). Tedeschi ve Calhoun (2004a) bireylerin travma sonrası büyümeyi deneyimlemesiyle, bu değişikliklerin yaşamla ilgili bilgelik gelişimi ve genel çerçevenin daha fazla gelişmesi, anlatım ve bireylerin yaşamları hakkında düşünmesiyle devam eden karşılıklı bir etki içerisinde olduklarını belirtmiştir. Travmanın ardından bilge olarak nitelendirilen bireylerin bilgeliğe entelektüel bir birikimle değil, duygusal bir gelişimle ulaştığı ifade edilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998).

#### 1.2.5.2. Travma Sonrası Büyümenin Kavramsal Modeli

Schaefer ve Moss (1992) yaşamsal krizlerden sonra baş etme işlevlerini vurguladıkları bir büyüme modeli geliştirmişlerdir (Şekil 3). Modele göre Panel I'de belirtilen çevresel sistem; kişilerarası ilişkiler ve çevresinden aldığı sosyal destek, bireylerin ekonomik ve ev içi durumları ve toplumu içermektedir. Panel II'de belirtilen kişisel sistemi; sosyo-demografik değişkenler, öz yeterlilik, motivasyon, dayanıklılık, sağlık durumu ve önceden deneyimlenmiş travmalar oluşturmaktadır. Panel III'te verilen olayla ilişkili faktörler ise; olayın şiddeti, süresi, olayın meydana geldiği dönemde bireyin hayatı, olayın etkisinin kişisel veya toplumsal düzeyde olmasıdır (Schaefer ve Moss, 1998). Baş etme ise yazarlar tarafından ikiye ayrılmıştır. Bunlardan birincisi olan sosyal destek arama, harekete geçme, krizi olumlu bir açıdan yeniden değerlendirme, krizi mantıklı yollarla analiz etmeye çalışmayı içeren başa çıkmadır. İkincisi ise problemleri minimize etmeyi, problemi çözmek için hiçbir şeyin fayda etmeyeceğine inanmayı, alternatif pekiştireçler aramayı ve duygusal dışavurumu kapsayan kaçınmacı yaklaşımdır (Moss ve Schaefer, 1993; akt. Schaefer ve Moss, 1998). Son olarak, Schaefer ve Moss (1992) yaşam krizlerinden sonra oluşan pozitif çıktılarını sosyal kaynakların gelişimi, kişisel kaynakların gelişimi ve yeni başa çıkma becerilerinin gelişimi olmak üzere üç temel grupta değerlendirmiştir. Buna göre ilk alan olan sosyal kaynakların gelişimi; dert ortağı ilişkisinin oluşması, aile üyeleri ve arkadaşlarla daha yakın ilişkiler edinme ve yeni destek ağlarının oluşumunu içermektedir. İkinci alan olan kişisel kaynakların gelişimi

de; bilişsel ve entelektüel farklılaşma, özgüven, kendini anlama, empati, özgecilik, olgunluk, temel değerlerde ve önceliklerde değişim i kapsamaktadır. Son alan olan yeni başa çıkma becerilerinin gelişimi ise; bilişsel başa çıkma becerileri, problem çözme ve yardım arama becerileri, duygularını kontrol etme ve düzenleme becerilerinde gelişimi içermektedir (Schaefer ve Moss, 1992). Ek olarak, yazarlar belirtilen alanlardaki değişimlerin birbirleriyle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.



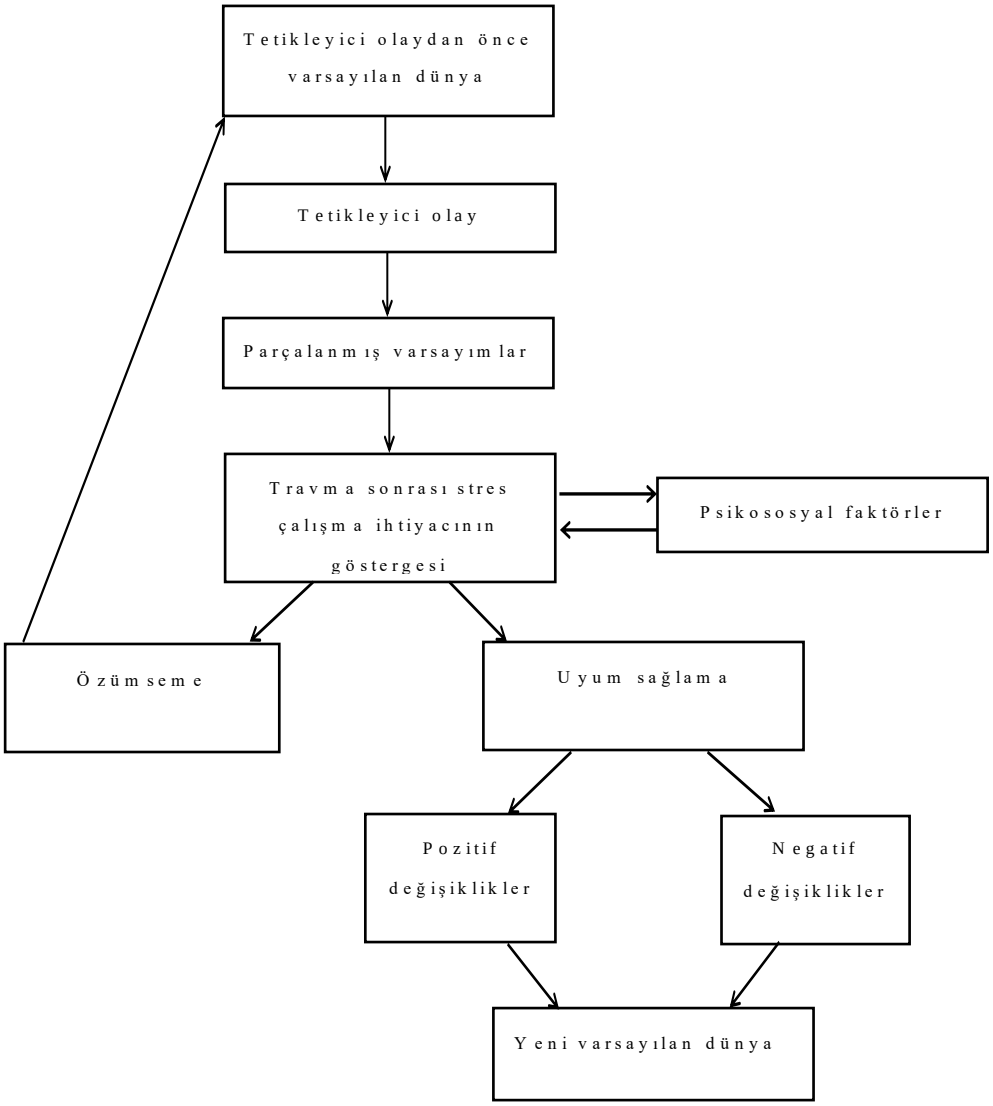

Şekil 3. Travma sonrası büyümenin kavramsal modeli (Schaefer ve Moss, 1992)

**1.2.5.3. Travma Sonrası Büyümenin Organizmik Değerlenme Kuramı**

Joseph ve Linley (2008) travmatik olaylarla çalışan araştırmacıların başlarda travma sonrası strese odaklandığını ancak zamanla pozitif psikoloji perspektifinden bakıldığında bireylerin gelişim de gösterdiklerinin fark edildiğini belirtmişlerdir. Yazarlar geliştirdikleri organizmik değerlenme kuramını sosyal bilişsel (Joseph ve Linley, 2005) ya da psikososyal (Joseph ve Linley, 2008) bakış açısıyla ele almaktadır (Şekil 4). Bu kuram psikososyal çerçeve ile tutarlı, bireylerin doğası gereği büyümeye yönelik motivasyonları olduğunu savunan birey merkezli görüşle temellendirilmiş, değerlendirme süreçleri ve kişilik/varsayılan dünya görüşü arasında ilişki bulunduğunu vurgulayan bir kuramdır (Joseph ve Linley, 2008).

Bu kurama göre travmatik olay varsayımları parçalamaktadır ve bu durum psikososyal faktörlerle birlikte stres üzerinde çalışma ihtiyacı doğurmaktadır (Joseph ve Linley,

2008). Yazarlara göre stres çalışılırken, travmayla ilişkili bilgiler hem dünyayla ilgili mevcut modeller içinde *özümsenmekte*, hem de dünyayla ilgili mevcut modeller travmayla ilişkili bilgilere *uyum sağlamaktadır* (Joseph ve Linley, 2008). Ancak bu noktada büyümeyi sağlayan faktör özümsemeden ziyade uyum sağlamaktır (Joseph ve Linley, 2005). Uyum sağlama ise pozitif veya negatif değişiklikler meydana getirmektedir ve çevreden gelen destekle pozitif değişiklikler yaşandığında büyüme gerçekleşmektedir (Joseph ve Linley, 2005; Joseph ve Linley, 2008). Benzer durumlar yaşansa bile büyümenin bazı kişilerde görülüp bazı kişilerde görülmediği belirtilmekte, bu durum bireylerin sahip olduğu kişilik özelliklerinin ve sosyal çevrelerin farklı olmasıyla açıklanmaktadır (Joseph ve Linley, 2005).

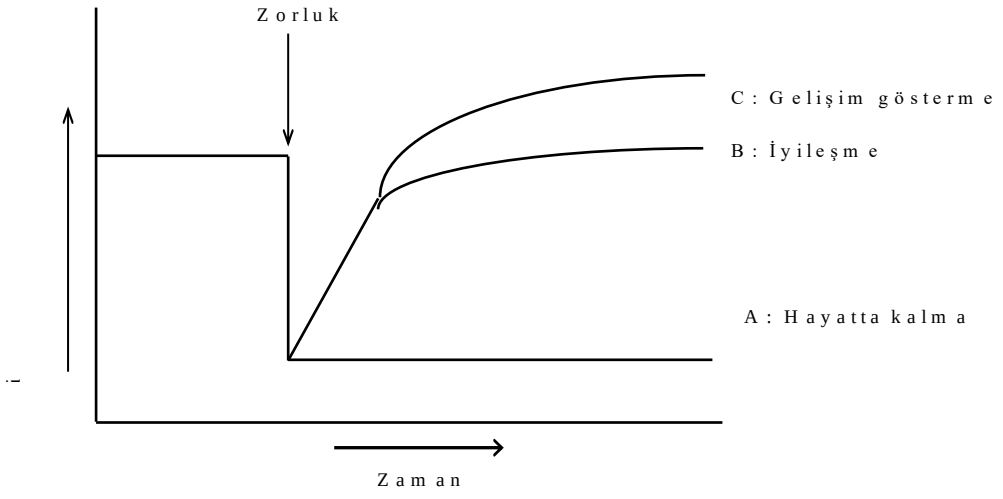



Şekil 4. Travma sonrası büyümenin organizmik değerlenme kuramı (Joseph ve Linley, 2008).

Aynı zamanda Linley (2003), Tedeschi ve Calhoun'un (2004a) travmatik olayların ardından bilgelik gelişimi gerçekleştiği görüşünü destekleyerek bilgeliğin hem bir süreç hem de bir sonuç olarak üç boyutta gerçekleştiğini belirtmiştir. Bu üç boyuttan ilki belirsizliği tanıma ve yönetme, ikincisi duygu ve bilişi bütünleştirme, üçüncüsü ise insan sınırlılığını tanıma ve kabul etmedir (Linley, 2003). Buna ek olarak maneviyatın ve dindarlığın travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğunu; bunun hem travmaya yaklaşımlarını etkilediğini, hem de psikolojik olarak derinleşmelerini sağladığını savunmuşlardır (Shaw, Joseph ve Linley, 2005).

#### 1.2.5.4. O'Leary ve Ickovics'in Travma Sonrası Büyümeye Bakışı

O'Leary ve Ickovics (1995), zorluklarla karşılaşan bireylerin hayatta kalma, iyileşme veya gelişim gösterme olmak üzere üç farklı sonuçla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (Şekil 5). Yazarlara göre sadece hayatta kalma durumunda (survival) bireyler eski işlevselliklerine geri dönememekte, olayı atlatıp iyileşme durumunda (recovery) eski işlevselliklerini kazanmakta, gelişim gözlendiğinde (thrive) ise eski işlevsellik düzeylerinin üzerine çıkarak gelişim göstermektedir. Bu gelişim davranışsal, duygusal ya da bilişsel olabilmektedir (O'Leary ve Ickoviscs, 1995).




Şekil 5. Zorlu yaşam olaylarının ardından travma sonrası büyüme modeli (O'Leary ve Ickovics, 1995)

O'Leary, Alday ve Ickovics (1998) travmatik olayın ardından bireysel ve çevresel kaynakların büyümeyi etkilediğini belirtmiştir. Bu kaynakların türü, kapsamı, yararı ve

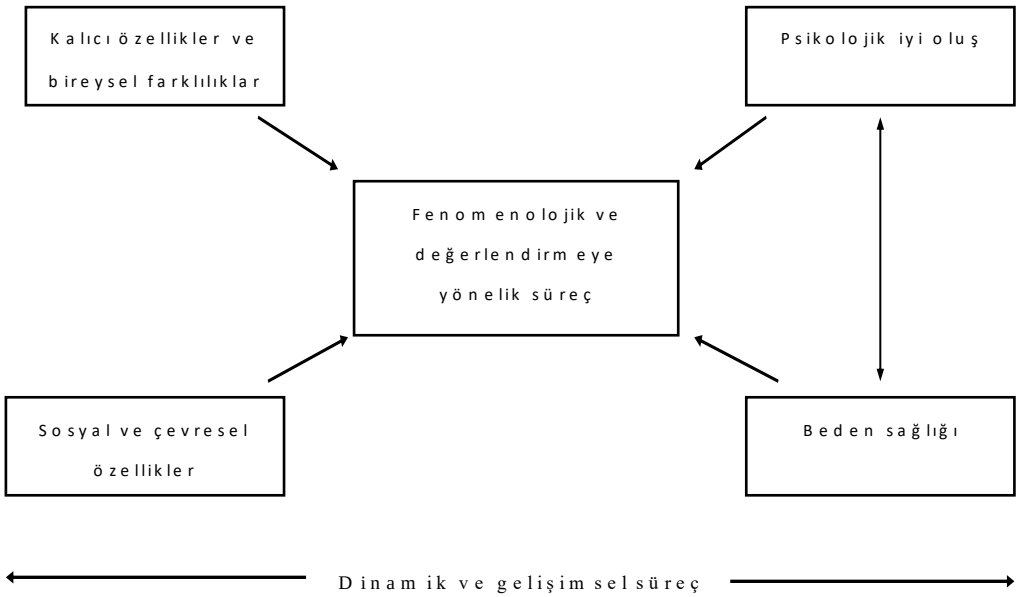
kullanılabilir oluşu bireyin zorluğa gösterdiği bilişsel tepkilerde rol oynamaktadır (O'Leary, Alday ve Ickovics, 1998).

#### 1.2.5.5. Fiziksel Engelin Ardından Travma Sonrası Büyüme

Fiziksel kayıp bireylerde çeşitli olumsuz etkilere yol açmakta, etiketleme ve damgalama oluşturabilmektedir. Bu olumsuz etkilerin yanı sıra fiziksel kayba neden olan travma kariyer gelişimi ve değişimi için fırsatlar, kişisel gelişim deneyimleri, sosyal rollerden veya yükümlülüklerden muafiyet, kişiler arası ve sosyal fırsatların sağlanması, aile ilişkilerinin güçlenmesi gibi olumlu etkiler de içermektedir (Herman ve Miall, 1990). Bu olumlu etkilerin yanısıra, diğer travmatik olaylarda olduğu gibi fiziksel engelin ardından da travma sonrası büyüme görülebilmektedir.

Fiziksel engelin ardından tedavi ve iyileşme genellikle diğer travmatik olaylardan farklı olarak hem fiziksel hem de ruhsal sağlığın iyileşmesini kapsamaktadır. Travma alanında çalışan bazı araştırmacılar travmanın ardından iyileşmeyi, travmanın olumsuz etkilerini atlatarak bireyin eski haline dönmesi olarak tanımlamışlardır (Herman, 2017; O'Leary ve Ickovics, 1995). Ancak Walsh (1999) engelin ardından iyileşmenin, bireylerin engelden önceki haline dönmeleri olmadığını, bunun yerine değerlerini, tutumlarını, benliğini ve hedeflerini değiştirme süreci olduğunu vurgulamıştır. Çünkü Walsh'a (1999) göre engellilik insanları değiştirmektedir ve süreç içerisinde iyileşme ise yeni bir anlam amaç geliştirmeyi içermektedir.

Wright (1960) engelliliğin biyopsikososyal yaklaşımını ortaya atarak bu alanda çalışan araştırmacılara katkıda bulunmuştur. Dunn ve Elliott (2005), fiziksel engelli bireyler için rehabilitasyon psikolojisi konusunda Wright'ın (1960) katkılarının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Elliott, Kurylo ve Rivera (2002) fiziksel engelin ardından travma sonrası büyüme modeli oluşturmuşlardır. Bu modelde bedensel sağlığın, bireysel özelliklerin, sosyal çevrenin ve psikolojik iyi oluşun engele neden olan olayı değerlendirmekte etkileri görülmektedir (Şekil 6). Model, biyopsikososyal yaklaşım temelinde geliştirilmiştir (Elliott, Kurylo ve Rivera, 2002).




Şekil 6. Fiziksel engelin ardından travma sonrası büyüme (Elliott, Kurylo ve Rivera, 2002).

Walsh'a (1999) göre fiziksel engel sonrasında bireyler dışsal etkenlere (arkadaşlar gibi) güvenerek onlar sayesinde iyileşmek yerine bunu kendi çabaları ile başarmayı tercih edebilirler. Ancak zamanla bunu tek başlarına yapmanın zor hatta neredeyse imkansız olduğunu gördüklerinde çevrelerinde onları destekleyici insanlar olması gerektiğini kabul etmektedirler. Böylece bu bireyler onlara inanan, aşılmaz engeller olduğunu düşündüğünde veya umudunu kaybettiğinde onları destekleyecek bir yapı oluşmasına izin vermektedirler (Walsh, 1999). Schaefer ve Moss (1992) da kronik fiziksel engellerin/hastalıkların özellikle aile ilişkilerini olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir. Yazarlara göre hastalıkla ilgili bakım verme görevini üstlenmek aile üyelerinin sevgilerini ifade etmeleri için bir fırsat olmasının yanı sıra yaşanan problemleri birlikte çözmeye çalışmak ve hastalığa sahip bireyin bir aile üyesi olarak tehdit altında olduğunu düşünmek aile içi ilişkileri güçlendirmektedir (Schaefer ve Moss, 1992).

Fiziksel engeli olan paralimpik atletlerle yapılan bir araştırmada fiziksel aktiviteye katılma ve travma sonrası büyümeyle ilişkili üç ana tema olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Day, 2013). Bunlar bireylerin anlam kazanmasını kolaylaştırmak, risk ve sorumluluk alınabilecek bir ortam sağlamak ve bireylerin hem sınırlarını hem de gelecek için neler yapılabileceğine yönelik seçenekleri anlamasına izin vermektir. Fiziksel aktiviteye

katılmanın sağladığı bu üç alanın travma sonrası büyümeye yardımcı olduğu belirtilmiştir (Day, 2013).

Ülkemizde fiziksel engeli olan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada stresle ilişkili büyüme ile başa çıkma yolları, yaşam olayları, sosyal destek ve semptomların ilişkisi incelenmiş ve stresle ilişkili büyümenin problem çözerek başa çıkma ile anlamlı olarak ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Koca-Atabey, Karancı, Dirik ve Aydemir, 2011).

Son olarak, fiziksel engelin ardından travma sonrası büyüme konusunda yapılan pek çok çalışmada travma sonrası büyümenin travmatik olayın ardından ortaya çıkan bir sonuç olmaktan ziyade bir süreç olduğu vurgulanmıştır (Benetato, 2011; Day, 2013; Elliott, Kurylo ve Rivera, 2002).

### 1.3. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Araştırma Soruları

Travma alanında yapılan çalışmalar, travma deneyimi olan bireylerin olaya tepkilerinin sadece olumsuz olarak değerlendirilmediğini göstermektedir. Travma sonrası büyüme konusu pozitif psikolojinin içinde önemli bir yer tutmaktadır.

Türkiye'de travma sonrası büyüme konusunda yapılan çalışmalar hastalığa sahip olma (Dirik, 2006; Sarısoy, 2012), otizmli bir çocuğun ebeveyni olma (Elçi, 2004) doğal afet yaşama (Kılıç, 2005; Şakiroğlu, 2011), engele sahip olma (Koca-Atabey, Karancı, Dirik ve Aydemir, 2011), başkasının yaşadığı travmaya şahit olma (ikincil veya dolaylı travma) (Yılmaz ve Hisli-Şahin, 2007), sevilen birinin kaybı (Cesur, 2012), boşanma (Keskin, 2013) gibi belirli bir alanda veya farklı travma türlerini kapsayan daha geniş bir alanda ele alınmıştır (Arıkan ve Karancı, 2012; Dürü, 2006; Gül ve Karancı, 2017). Literatüre bakıldığında ülkemizde travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenlerle ilişkisinin ele alındığı ve farklı travmalarla ilgili çalışmalar görmek mümkündür ancak sonradan fiziksel engel edinmiş kişilerle özgül olarak yapılan travma sonrası büyüme konusunda çalışmalar sınırlıdır. Türkiye örnekleminde sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme alanında yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler ele alındığında sosyal desteğin, sosyal ve çevresel özelliklerin, kişilik özelliklerinin,

engel sonrasında sürecin, bedendeki değişimin ardından bireyin nasıl göründüğüne yönelik algısının önemli faktörler olduğu görülmektedir (Elliott, Kurylo ve Rivera, 2002; Schilder, 1999). Bu çalışmada sonradan fiziksel engeli olan bireylerin travma sonrası büyümeleri ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, kişilik özellikleri gibi birtakım sosyodemografik özellikler; engel nedeni, engel türü, kaç yıldır engeli olduğu gibi engele ilişkin özellikler; algıladıkları sosyal destek; umut ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma kapsamında Türkiye'de yaşayan ve sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile algılanan sosyal destek, umut ve sosyal görünüş kaygısı ilişkisine bakılmasının alanyazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Araştırmanın literatüre katkısının yanısıra engelli bireylere, yakınlarına ve alanda çalışan profesyonellere de yarar sağlayacağı umulmaktadır. Biyopsikososyal model temelinde hem medikal hem de psikolojik açıdan uygun bireysel tedavi planı hazırlanması, uzmanların psikiyatrik/psikolojik müdahale aşamasında üzerinde çalışılması olası olan konularla ilgili bilgi sağlaması, özellikle de bireylerin olay sonrası süreç içerisinde verdikleri tepkilerin anlaşılarak hem sağlık çalışanları hem de bireyin yakın çevresi için bireye uygun yaklaşımın benimsenmesi ve gerekli psikososyal desteğin sağlanması, bireylerin olayın sonuçlarını kabullenme ve sonrasında büyüme sürecini destekleyecek adımlar atılması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırma soruları aşağıda sıralanmıştır:

1. Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum eğitim durumu) arasında ilişki var mıdır?
2. Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile kişinin travmatik olaydan önce sahip olduğu kişilik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
3. Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile kişinin travmatik olaydan sonra sahip olduğu kişilik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile engelle ilgili değişkenler (engele neden olan durum, engel türü, araç desteği alıp almadığı, engele neden olan olay üzerinden geçen süre) arasında ilişki var mıdır?
5. Travma sonrası büyüme ile engele neden olaydan sonra psikolojik ve/veya psikiyatrik destek alma arasında ilişki var mıdır?

6. Algılanan sosyal destek travma sonrası büyümeyi yordamaktadır?

7. Sosyal görünüş kaygısı düzeyi travma sonrası büyümeyi yordamaktadır?

8. Umut travma sonrası büyümeyi yordamaktadır?

# BÖLÜM II

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini sonradan fiziksel engeli olan ve fiziksel engeli dışında başka bir engeli (görme, işitme, zihinsel) bulunmayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem için üst yaş sınırı getirilmemiş olup, formu doldurmakta bilişsel açıdan yeterli ve kooperasyon kurulabilir bireylerin araştırmaya dahil edilmesine dikkat edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması amacıyla G* Power programı kullanılmış ve buna göre 107 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında 150 kişiye ulaşılmış ardından doğuştan engeli olan bireyler, fiziksel engel dışında başka engele sahip olan bireyler ve formları yarıda bırakan bireyler çalışmanın dışında tutularak çalışmaya katılımı uygun görülen ve örneklem için belirtilen kriterlere uygunluk sağlayan 124 kişi dahil edilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler

| | | Sıklık (S) | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| *Cinsiyet* | | | |
| | Kadın | 46 | 38.0 |
| | Erkek | 75 | 62.0 |
| *Medeni durum* | | | |
| | Bekar | 41 | 33.9 |
| | Eşi vefat etmiş | 9 | 7.4 |
| | Boşanmış | 7 | 5.8 |
| | Evli | 64 | 52.9 |
| *Romantik ilişki* | | | |
| | İlişkisi var | 78 | 64.5 |
| | İlişkisi yok | 43 | 35.5 |
| *Çocuk sayısı* | | | |
| | Çocuğu yok | 50 | 41.3 |
| | 1 | 10 | 8.3 |
| | 2 | 20 | 16.5 |
| | 3 | 24 | 19.8 |
| | 4 | 7 | 5.8 |
| | 5 | 7 | 5.8 |
| | 6 | 2 | 1.7 |
| | 7 | 1 | .8 |
| *Eğitim durumu* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Okuryazar değil | 8 | 6.6 |
| | Okuryazar | 10 | 8.3 |
| | İlkokul | 26 | 21.5 |
| | Ortaokul | 11 | 9.1 |
| | Lise | 36 | 29.8 |
| | Üniversite | 29 | 24.0 |
| | Lisansüstü | 1 | .8 |
| *Çalışma durumu* | | | |
| | Devamlı bir işte çalışan | 48 | 39.7 |
| | Devamlı bir işte çalışmayan | 71 | 58.7 |
| | Belirtmeyen | 2 | 1.7 |
| *Aylık gelir durumu (bireyin)* | | | |
| | 1400 ve altı | 41 | 33.9 |
| | 1401-2500 | 38 | 31.4 |
| | 2500-3500 | 24 | 19.8 |
| | 3501-5000 | 8 | 6.6 |
| | 5001-10000 | 4 | 3.3 |
| | 10001 ve üzere | 3 | 2.5 |
| | Belirtmeyen | 3 | 2.5 |
| *Aylık gelir durumu (ailenin)* | | | |
| | 1400 ve altı | 22 | 18.2 |
| | 1401-2500 | 33 | 27.3 |
| | 2500-3500 | 27 | 22.3 |
| | 3501-5000 | 19 | 15.7 |
| | 5001-10000 | 10 | 8.3 |
| | 10001 ve üzere | 6 | 5.0 |
| | Belirtmeyen | 4 | 3.3 |
| *Kiminle yaşadığı* | | | |
| | Anne ve baba | 38 | 31.4 |
| | Sadece eş | 17 | 14.0 |
| | Sadece çocuklar | 14 | 11.6 |
| | Eş ve çocuklar | 42 | 34.7 |
| | Kardeş | 1 | .8 |
| | Bakıcı | 2 | 1.7 |
| | Yalnız | 4 | 3.3 |
| | Belirtmeyen | 3 | 2.5 |
| *Sağlık güvencesi* | | | |
| | Var | 109 | 91.1 |
| | Yok | 12 | 9.9 |
| *Dernek üyeliği* | | | |
| | Var | 45 | 37.2 |
| | Yok | 66 | 54.5 |
| | Belirtmeyen | 10 | 8.3 |
| **Toplam** | | **121** | **100** |

Analizlere başlamadan önce veri temizleme işlemi yapılmış, uç değerlere sahip olan 3 katılımcı analiz dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak, yapılan analizlere 121 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %38'i kadın, %62'si erkektir. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 2.1'de verilmektedir.

Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması 44.26'dır. Katılımcıların engele sahip olduğu yaş ortalaması 16.78, engelle yaşadığı yıl ortalaması ise 27.80'dir. Bu verilere ilişkin bilgiler Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Katılımcıların şimdiki yaşı, engele sahip olduğu yaş ve engelle yaşadığı yıl

| | S | Minimum | Maksimum | Ortalama | Standart sapma |
|---|---|---|---|---|---|
| Şu anki yaş | 119 | 18 | 91 | 44.26 | 17.11 |
| Kaç yaşından beri engeli olduğu | 118 | 1 | 55 | 16.78 | 13.19 |
| Kaç yıldır engeli olduğu | 117 | 1 | 85 | 27.80 | 18.29 |

Bu çalışmaya katılan bireylerin belirttiği engel nedenleri sıklığı çok olandan az olana doğru sırasıyla kaza (%43.8), hastalık (%37.2), yanlış uygulanan tıbbi yöntem (%10.7), terör (%3.3), saldırıya uğrama (%2.5) ve intihar girişimidir (%1.7). Katılımcıların %34.7'si engelden dolayı araç desteği almadıklarını, %65.3'ü araç desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %43'ü başka birinin bakımına ihtiyaç duymakta, %57'si ise bakıma ihtiyaç duymamaktadır. Engelle ilgili bilgiler Tablo 2.3'te verilmiştir.

Tablo 2.3. Engelle ilgili bilgiler

| | | Sıklık (S) | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| *Engel nedeni* | | | |
| | Kaza | 53 | 43.8 |
| | Hastalık | 45 | 37.2 |
| | Yanlış uygulanan tıbbi yöntem | 13 | 10.7 |
| | Saldırıya uğrama | 3 | 2.5 |
| | İntihar girişimi | 2 | 1.7 |
| | Terör | 4 | 3.3 |
| | Diğer | 1 | .8 |
| *Engel türü* | | | |
| | El | 6 | 5.0 |
| | Kol | 6 | 5.0 |
| | Parmak | 3 | 2.5 |
| | Ayak | 9 | 7.4 |
| | Bacak | 26 | 21.5 |
| | Kalça | 8 | 6.6 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Omurga | 6 | 5.0 |
| | Birden fazla | 34 | 28.1 |
| | Felç | 21 | 17.4 |
| | Diğer | 1 | .8 |
| *Araç desteği* | | | |
| | Yok | 42 | 34.7 |
| | Tekerlekli sandalye | 48 | 39.7 |
| | Koltuk değneği | 8 | 6.6 |
| | Protez | 12 | 9.9 |
| | Cihaz | 7 | 5.8 |
| | Platin | 4 | 3.3 |
| *Bakım ihtiyacı duyma* | | | |
| | Var | 52 | 43.0 |
| | Yok | 69 | 57.0 |
| *Tüm tedavileri deneme* | | | |
| | Hepsini denemeyen | 19 | 15.7 |
| | Deneyen, olumlu gelişme yaşayan | 47 | 38.8 |
| | Deneyen, olumlu gelişme yaşamayan | 55 | 45.5 |
| *Engelin kalıcılığı düşüncesi* | | | |
| | Geçici ve tedavi edilebilir | 20 | 16.5 |
| | Geçici ama doğru tedavi uygulanmadı | 19 | 15.7 |
| | Kalıcı | 81 | 66.9 |
| | Belirtmeyen | 1 | .8 |
| *Psikolojik/Psikiyatrik tedavi* | | | |
| | Psikolojik ve psikiyatrik tedavi almayan | 82 | 67.8 |
| | Sadece psikolojik tedavi alan | 14 | 11.6 |
| | Sadece psikiyatrik tedavi alan | 9 | 7.4 |
| | Hem psikolojik hem psikiyatrik tedavi alan | 13 | 10.7 |
| | Belirtmeyen | 3 | 2.5 |
| *Olaydan sonra olumlu ruhsal değişim* | | | |
| | Olumlu değişim yaşayan | 34 | 28.1 |
| | Olumlu değişim yaşamayan | 83 | 68.6 |
| | Belirtmeyen | 4 | 3.3 |
| **Toplam** | | **121** | **100** |

### 2.2. Kullanılan Ölçekler

#### 2.2.1. Demografik Bilgi ve Engelle İlgili Bilgi Formu

Katılımcılara ait demografik bilgilerin ve engelle ilgili bilgilerin yer aldığı, araştırmacı tarafından hazırlanan formdur. Formun demografik bilgi bölümünde bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, gelir durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, anne-babanın eğitim ve gelir durumu, yaşadığı yer ve kişiler, sağlık güvencesi, engel durumuyla ilgili bir kuruluş üyeliği olup olmadığı, başka insanlar tarafından farklı davranıldığını düşünüp düşünmedikleri ve kendilerini tanımlayacak kişilik özellikleri sorulmuştur. Formun engelle ilgili bilgiler bölümünde ise engele neden olan olay, bireyin engel türü, araç desteği alıp almadığı, kaç yıldır engeli olduğu, başka birinin bakımına ihtiyaç duyup duymadığı, engelin geçici/kalıcı olma durumu, engele neden olan olaydan sonra psikolojik/psikiyatrik destek alıp almadığı, engele neden olan olaydan sonra kişilik açısından veya ruhsal açıdan değişim olup olmadığı ve başa çıkmak için ne yaptığı hakkında sorular yer almaktadır.

#### 2.2.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory)

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory), Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından travmatik olay deneyimlemiş bireylerin bildirdiği olumlu sonuçları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, iyimserlik, dışadönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk değişkenleri ile pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur. Ölçek başlangıçta 34 madde olarak hazırlanmış daha sonra madde sayısı 21'e indirilmiştir. Her bir madde 0 (Başımdan geçen olayın bir sonucu olarak bu değişikliği yaşamadım.) ve 5 (Başımdan geçen olayın bir sonucu olarak bu değişikliği çok fazla yaşadım.) arasında puanlanan 6'lı likert tipi ölçektir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-105 arasında değişmektedir. Kişinin ölçekten yüksek puan alması, travmanın ardından travma sonrası büyümenin yaşandığını göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılığı yaklaşık $\alpha=0.90$ olarak bildirilmektedir ve varyansın %62'sini açıklayabilmektedir. Ölçek, kişilerarası ilişkilerin olumlu olması, kendiliğin algılanmasındaki değişimler, yaşamın değerini anlama, yeni seçeneklerin fark edilmesi ve inanç sisteminde değişim olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt testlerin iç tutarlılığı kişilerarası ilişkiler için $\alpha=0.85$, kendiliğin algılanmasındaki değişimler için $\alpha=0.72$, yaşamın değerini anlama için

α=0.67, yeni seçeneklerin fark edilmesi için α=0.84 ve inanç sistemindeki değişimler için α=0.85 şeklinde belirtilmiştir(Tedeschi ve Calhoun, 1996).

Türkiye örnekleminde yürütülen çalışmalar için ölçeğin farklı uyarlamaları yapılmıştır. Kılıç (2005) Travma Büyüme Ölçeği'ni kullanarak yaptığı çalışmada iki maddenin çevirisinin neredeyse aynı olduğunu ifade ederek ölçeği 20 madde olarak ele almış ve 6'lı likert tipi yerine 4'lü likert haline getirmiştir. Dirik (2006) ve Elçi (2004) ise çalışmalarında ölçeğin aslını koruyarak 21 maddelik 6'lı likert tipi ölçek olarak kullanmışlardır. Dürü (2006) de çalışmasında ölçeği orijinal haline uygun olarak 21 maddeden oluşan 6'lı likert tipi ölçek şeklinde kullanmıştır. Dürü (2006) ölçeği Türkçe'ye uyarladığı çalışmasında iç tutarlılık katsayısını α=0.93 olarak hesaplamıştır. Beş faktörlü çözümde varyansın %67.84'ünü açıklanabildiği ifade edilmiştir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin Dürü (2006) tarafından uyarlanan formu kullanılmıştır. Ölçeğin bu formunun kullanıldığı diğer çalışmalarda iç tutarlılık katsayısının α=0.90 ve α=0.93 arasında değiştiği görülmektedir (Yılmaz, 2006; Keskin, 2013; Tel, 2017; Haselden, 2014). Bir çalışmada ölçeğin test-tekrar test güvenirliği yapılmış, grup içi korelasyon katsayısı .83 olarak bulunmuştur(Kağan, Güleç, Boysan ve Çavuş, 2012).

Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri α=0.93 olarak, alt testlerin iç tutarlılığı ise başkalarıyla ilişkiler alt boyutu için α=0.87, yeni fırsatlar alt boyutu için α=0.85, kişisel güçlülük alt boyutu için α=0.77, manevi değişim alt boyutu için α=0.69, yaşamı takdir etme alt boyutu için α=0.76 olarak bulunmuştur.

### 2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) Zimet, Dahlen, Zimet ve Farley (1988) tarafından bireylerin aile, arkadaş ve özel birinden algıladıkları sosyal destek düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve 7'li Likert tipi ölçektir. Maddeler 1-7 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 12-84 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek; aile, arkadaş ve özel bir insan alt faktörlerinden oluşmaktadır. Orijinal çalışmada toplamda ölçeğin Cronbach alfa değeri α=0.88 olarak bulunmuştur. Bu değer özel insan için α=0.91, aile için α=0.87, arkadaş için ise α=0.85 olarak

belirtilmiştir. Ölçekten alınan algılanan sosyal destek puanları ile kaygı ve depresyon arasında negatif yönlü ilişki vardır (Zimet ve ark., 1988).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin beş farklı örneklem grubunda iç tutarlılık katsayısının α=0.77 ile α=0.88, alt faktörlerin iç tutarlılık katsayılarının ise α=0.78 ile α=0.91 arasında olduğu belirtilmektedir. Ölçek, kaygı ve depresyon ölçekleri ile negatif yönlü ilişkilidir (Eker ve Arkar, 1995).

Bu çalışma için ölçeğin iç tutarlılık katsayısı α=0.88, aile alt boyutu için α=0.82, arkadaşlar alt boyutu için α=0.92, özel insan alt boyutu için α=0.80 olarak bulunmuştur.

**2.2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale)**

Sosyal fizik kaygısı, özellikle bedenlerinden hoşnut olmayan bireylerin fiziklerinin başkaları tarafından değerlendirilmesine yönelik hissettikleri kaygıdır, bu kaygıyı ölçmek için Hart, Leary ve Rejeski (1989) tarafından Sosyal Fizik Kaygısı Ölçeği (Social Physique Anxiety Scale) geliştirilmiştir. Ancak daha sonra Hart, Flora, Palyo, Fresco, Holle ve Heimberg (2008), sosyal fizik kaygısının sadece boy, kilo ve kas yapısı gibi fiziksel özelliklere yönelik olmasının bir sınırlandırılma getirdiğini öne sürerek sosyal görünüşün fiziksel özellikler, ten rengi, yüz özellikleri gibi daha başka yönleriyle de değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Hart ve diğerleri (2008) tarafından kişinin beden görünüşünü de içine alan genel görünümünden dolayı olumsuz olarak değerlendirilmesiyle ilgili kaygısını ölçmek için geliştirilen Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale) 16 maddeden oluşan ölçek 5'li likert tipidir. Ölçeğin ranjı 16-90'dır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması bireyin sosyal görünüş kaygısının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Orijinal ölçekle ilgili çalışmalar üniversite öğrencilerinden oluşan üç farklı örneklemle yapılmış, ilk örneklemde iç tutarlılık katsayısı α=0.94, ikinci örneklemde α=0.95, üçüncü örneklemde ise α=0.94 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması Doğan (2010) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu, tek faktörde varyansın %53.4'ünü açıklamaktadır ve iç tutarlılık katsayısı α=0.93 olarak hesaplanmıştır. Ölçek, olumsuz değerlendirme korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Ölçeğin bu formunun

kullanıldığı başka bir çalışmada iç tutarlılık katsayısı α=0.74 olarak belirtilmiş ve sosyal görünüş kaygısı ile yalnızlık arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ifade edilmiştir (Amil ve Bozgeyikli, 2015).

Bu çalışma için ölçeğin iç tutarlılık katsayısı α=0.96 olarak bulunmuştur.

### 2.2.5. Sürekli Umut Ölçeği (Dispositional Hope Scale)

On beş yaş ve üstündeki bireylerin sürekli umut düzeylerini belirlemek amacı ile Snyder ve diğerleri (1991) tarafından geliştirilen 12 maddelik Sürekli Umut Ölçeği (Dispositional Hope Scale) orijinal formu 4'lü likert tipi ölçektir. Snyder ve arkadaşları (1991) umudu hedefe ulaşabilmek için kendinde güç hissetme (agency) ve hedefe ulaşabilmek için yollar bulabilme (pathway) olarak iki boyutta ele almışlardır. Yapılan ölçümlerde ölçeğin orijinal formunun iç tutarlılık katsayısı α=.70 ile α=.80 arasında belirlenmiştir (Akman ve Korkut, 1993).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması önce Akman ve Korkut (1993) tarafından daha sonra Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Tarhan ve Bacanlı (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış bu formu 8'li likert tipindedir. Ölçek, alternatif yollar ve eyleyici düşünceler alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekte 12 maddeden 8'i puanlamaya dahil edilir, 4 madde dolgu maddeleridir, bu nedenle ölçeğin ranjı 8-64'tür. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin umudunun yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin bu formu için α=.84 olarak bulunmuş ve toplam varyansın %61'ini açıkladığı belirtilmiştir. Ölçeğin test tekrar test güvenirliği katsayısı alternatif yollar düşüncesi alt boyutu için 0.78, eyleyici düşünceler alt boyutu için 0.81, toplam puan için ise 0.86 olarak bulunmuştur. Sürekli Umut Ölçeği puanları ile UCLA Yalnızlık Ölçeği puanları, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (Tarhan ve Bacanlı, 2015).

Bu çalışma için ölçeğin iç tutarlılık katsayısı α=0.90 olarak bulunurken, alternatif yollar düşüncesi alt boyutu için α=0.84, eyleyici düşünce alt boyutu için α=0.83 olarak bulunmuştur.

### 2.3. İşlem

Bu çalışma kapsamında veri toplama işlemi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınan onay ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Birimi tarafından alınan bilimsel çalışma izni doğrultusunda Haziran 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılara Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği, Dünya Engelliler Derneği, Türkiye Muharip Gaziler Derneği Tokat Şubesi, internet üzerinden uygulanan anket formu ve bireysel ilişkiler yoluyla ulaşılmıştır. Anket formunu okumakta, anlamakta ve cevaplamakta sorun yaşamayan katılımcılar kendileri doldurmuş, sorun yaşayan katılımcıların formları ise uygulayıcı tarafından katılımcıya okunup işaretlenerek doldurulmuştur. Katılımcılar, sonradan fiziksel engeli olan ve fiziksel engeli dışında başka bir engeli bulunmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş 18 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır.

### 2.4. İstatistiksel Analiz

Araştırma kapsamında 150 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların çalışmaya katılmak için belirtilen şartları sağlayıp sağlamadığı ve anket formunda yer alan soruların doldurulmuş olup olmadığı kontrol edildikten sonra 26 katılımcı analiz dışında tutulmuş, SPSS 21.0 paket programı kullanılarak 124 katılımcıya ait veri girişi tamamlanmıştır. Analizlere başlamadan önce veri temizleme işlemi yapılmış, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ve Sürekli Umut Ölçeği toplam puanı değişkenleri üzerinde uç değere sahip olan üç katılımcı analiz dışında tutulmuştur. Analiz dışı bırakılan üç kişiye ait Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin toplam puanına ilişkin çarpıklık değerleri -0.89 ±0.24 ve basıklık değerleri 0.003 ±0.47'dir. Aynı kişilerin Sürekli Umut Ölçeği toplam puanına ilişkin çarpıklık değerleri -0.32 ±24 ve basıklık değerleri -0.08 ±0.47'dir. Sonuç olarak, yapılan analizlere 121 katılımcı dahil edilmiştir.

# BÖLÜM III

## BULGULAR

### 3.1. Betimleyici Analizler ve Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

#### 3.1.1. Betimleyici İstatistikler

Katılımcıların travma sonrası büyüme, algıladıkları sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı ve umut puanları ve bunların alt boyutlarına ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve Sürekli Umut Ölçeği puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

| | S | Minimum | Maksimum | Ortalama | Standart sapma |
|---|---|---|---|---|---|
| Travma sonrası büyüme | 121 | 3.00 | 101.00 | 64.34 | 22.21 |
| Başkalarıyla ilişkiler | 121 | .00 | 33.00 | 20.37 | 8.68 |
| Yeni fırsatlar | 121 | .00 | 25.00 | 13.81 | 6.80 |
| Kişisel güçlülük | 121 | .00 | 20.00 | 13.00 | 5.16 |
| Manevi değişim | 121 | .00 | 10.00 | 6.81 | 2.92 |
| Yaşamı takdir etme | 121 | .00 | 15.00 | 10.35 | 3.74 |
| Algılanan sosyal destek | 121 | 28.00 | 84.00 | 66.72 | 13.67 |
| Aile | 121 | 8.00 | 28.00 | 23.83 | 4.98 |
| Arkadaşlar | 121 | 4.00 | 28.00 | 19.72 | 7.10 |
| Özel insan | 121 | 5.00 | 28.00 | 23.17 | 5.37 |
| Sosyal görünüş kaygısı | 121 | 16.00 | 79.00 | 39.96 | 17.73 |
| Sürekli umut | 121 | 14.00 | 64.00 | 50.08 | 10.24 |
| Alternatif yollar düşüncesi | 121 | 7.00 | 32.00 | 25.42 | 5.23 |
| Eyleyici düşünceler | 121 | 7.00 | 32.00 | 24.66 | 5.68 |
| **Toplam** | **121** | | | | |

### 3.1.2. Travma Sonrası Büyüme ve Alt Boyutları ile Sosyal Destek, Sosyal Görünüş Kaygısı, Umut ve Alt Boyutlarının Birbirleriyle Olan Korelasyonları

Travma sonrası büyüme ile algılanan sosyal destek ($r$ = .181, $p$ < .05) ve sosyal desteğin arkadaşlar alt boyutu ($r$ = .276, $p$ < .01) arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, aile ve özel insan alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyüme ölçeği ile umut ($r$ = .284, $p$ < .01), sürekli umudun alternatif yollar düşüncesi ($r$ = .214, $p$ < .05) ve eyleyici düşünce ($r$ = .314, $p$ < .01) alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, görünüş kaygısı arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyüme ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile sosyal destek ($r$ = .232, $p$ < .05) ve sosyal desteğin arkadaşlar ($r$ = .267, $p$ < .01) alt boyutu arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, aile ve özel insan alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile umut ölçeğinin eyleyici düşünceler ($r$ = .182, $p$ < .05) alt boyutu arasında pozitif yönlü ilişki bulunurken; umut, umudun alternatif yollar alt boyutu ve görünüş kaygısı arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu ile sosyal desteğin arkadaşlar alt boyutu ($r$ = .322, $p$ < .01) arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş; sosyal destek, sosyal desteğin aile ve özel insan alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu ile umut ($r$ = .416, $p$ < .01), umudun alternatif yollar düşüncesi ($r$ = .343, $p$ <. 01) ve eyleyici düşünceler ($r$ = .434, $p$ < .01) alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, görünüş kaygısı ile arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin kişisel güçlülük alt boyutu ile sosyal desteğin arkadaşlar ($r$ = .194, $p$ < .05) alt boyutu arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, sosyal destek, sosyal desteğin aile ve özel insan alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin kişisel güçlülük alt boyutu ile umut ($r$ = .352, $p$ <.01), umudun alternatif yollar düşüncesi ($r$ = .312, $p$ < .01) ve eyleyici düşünceler ($r$ = .346, $p$ < .01) alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, görünüş kaygısı ile arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutu ile sosyal destek ve sosyal desteğin alt boyutları, görünüş kaygısı, umut ve umudun alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası büyümenin yaşamı takdir etme alt boyutu ile sosyal destek ($r$ = .194, $p$ < .05), umut ($r$ = .200, $p$ < .05) ve umudun alternatif yollar düşüncesi ($r$ = .208, $p$ < .05) alt boyutu arasında pozitif yönlü ilişki bulunurken, sosyal

desteğin aile, arkadaşlar ve özel insan alt boyutları, görünüş kaygısı ve umudun eyleyici düşünceler alt boyutu arasında ilişki bulunamamıştır.

Bu sonuçlara göre sosyal desteğin arkadaşlar alt boyutundan alınan puanlar ve umudun eyleyici düşünceler alt boyutundan alınan puanlar arttıkça travma sonrası büyümenin kişiler arası ilişkiler, yeni fırsatlar ve kişisel güçlülük alt boyutlarından alınan puanlar da artmaktadır. Umut ve umudun alternatif yollar düşüncesi alt boyutundan alınan puanlardaki artış, travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir etme alt boyutlarından alınan puanlardaki artışı da beraberinde getirmektedir. Travma sonrası büyüme ve büyümenin alt boyutlarının sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı, umut ve tümünün alt boyutları ile arasındaki korelasyonlar Tablo 3.2'de verilmiştir.

### 3.1.3. Tüm Ölçeklerin Birbirleriyle Olan Korelasyonları

Travma sonrası büyüme ile algılanan sosyal destek ($r$ = .181, $p$ < .05) ve sürekli umut ($r$ = .284, $p$ < .01) arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş, sosyal görünüş kaygısı arasında ilişki bulunamamıştır. Sosyal destek ile umut arasında ($r$ = .274, $p$ < .01) pozitif yönlü ilişki bulunmuş, görünüş kaygısı arasında ilişki bulunamamıştır. Tüm ölçeklerin ve hepsinin alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonları Tablo 3.3'te verilmiştir.

Tablo 3.2. Travma sonrası büyüme ve alt boyutları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı, sürekli umut ve alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonları

| | Travma sonrası büyüme toplam | Kişiler arası ilişkiler | Yeni fırsatlar | Kişisel güçlülük | Manevi değişim | Yaşama takdir |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sosyal destek toplam | .181* | .232* | .154 | .035 | .024 | .194* |
| Aile | .030 | .124 | -.031 | -.060 | .030 | .111 |
| Arkadaşlar | .276** | .267** | .322** | .194* | -.010 | .176 |
| Özel insan | .030 | .122 | -.006 | -.114 | .027 | .159 |
| Görünüş kaygısı | .107 | .151 | .113 | .059 | .063 | -.056 |
| Umut toplam | .284** | .112 | .416** | .352** | -.021 | .200* |
| Alternatif yollar | .214* | .022 | .345** | .312** | -.051 | .208* |
| Eyleyici düşünceler | .314** | .182* | .434** | .346** | .009 | .169 |

**p<0.01 *p<0.05

Tablo 3.3. Travma sonrası büyüme, çok boyutlu algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı ve sürekli umut ve alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonları

| | 1a | 1b | 1c | 1d | 1e | 1f | 2a | 2b | 2c | 2d | 3a | 4a | 4b | 4c |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1a Büyüme | - | | | | | | | | | | | | | |
| 1b İlişkiler | .83** | - | | | | | | | | | | | | |
| 1c Hırsatlar | .83** | .56** | - | | | | | | | | | | | |
| 1d Kişisel güçlülük | .88** | .60** | .73** | - | | | | | | | | | | |
| 1e Manevi değişim | .68** | .58** | .56** | .57** | - | | | | | | | | | |
| 1f Yaşam takdir | .70** | .42** | .54** | .58** | .52** | - | | | | | | | | |
| 2a Sosyal destek | .18* | .23* | .15 | .03 | .04 | .19* | - | | | | | | | |
| 2b Aile | .03 | .14 | -.03 | -.06 | .03 | .11 | .75** | - | | | | | | |
| 2c Arkadaşlar | .26** | .26** | .32** | .19* | -.01 | .16 | .75** | .28** | - | | | | | |
| 2d Özel insan | .03 | .12 | -.00 | -.14 | .02 | .15 | .84** | .68** | .35** | - | | | | |
| 3a Görünüş | .10 | .15 | .11 | .03 | .06 | -.00 | -.16 | -.21* | -.00 | -.22* | - | | | |
| 4a Umut | .28** | .11 | .41** | .35** | -.02 | .20* | .24** | .18* | .26** | .17 | -.20* | - | | |
| 4b Alternatif yol | .21* | .02 | .34** | .31** | -.05 | .20* | .24* | .12 | .28** | .12 | -.16 | .93** | - | |
| 4c Eyleyici düşünce | .31** | .18* | .43** | .34** | .00 | .16 | .27** | .22* | .21* | .19* | -.24* | .94** | .70** | - |

**p<0.01 *p<0.05

### 3.1.4. Yaş, Bireyin Engelli Oluğu Yaş ve Engelle Yaşanan Yıl ile Travma Sonrası Büyüme, Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Görünüş Kaygısı, Sürekli Umut ve Alt Boyutlarının Korelasyonları

Bireyin yaşı ile travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutu ($r$ = .197, $p$ < .05) arasında pozitif yönlü, yeni fırsatlar ($r$ = -.299, $p$ < .01) alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki bulunmuş; travma sonrası büyüme, başkalarıyla ilişkiler, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre yaş arttıkça bireylerin yeni fırsatlar yakalama durumu azalmakta ve manevi değişimleri artmaktadır. Yaş ile sosyal desteğin aile ($r$ = .192, $p$ < .05) alt boyutu arasında pozitif yönlü, arkadaşlar ($r$ = -.242, $p$ < .01) alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuş; sosyal destek ve özel insan alt boyutu arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre yaş arttıkça aileden algılanan sosyal destek artmakta, arkadaşlardan algılanan sosyal destek azalmaktadır. Yaş ile görünüş kaygısı ($r$ = -.302, $p$ < .01) arasında negatif yönlü ilişki bulunurken, umut ve umudun alternatif yollar ve eyleyici düşünceler alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır.

Bireyin engelli olduğu yaş ile travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler ($r$ = .192, $p$ < .05) alt boyutu ve manevi değişim ($r$ = .326, $p$ < .01) alt boyutu arasında pozitif yönlü, yeni fırsatlar ($r$ = .-246, $p$ < .01) alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki bulunmuş; travma sonrası büyüme, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre engelli olunan yaş arttıkça başkalarıyla ilişkiler ve manevi değişim de artmakta, yeni fırsatlar bulma azalmaktadır. Engelli olunan yaş ile aileden algılanan sosyal destek ($r$ = .261, $p$ < .01) arasında pozitif yönlü, arkadaşlardan algılanan sosyal destek ($r$ = -.249, $p$ < .01) arasında negatif yönlü ilişki bulunmuş; sosyal destek ve sosyal desteğin özel insan alt boyutu arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre engelli olunan yaşın artmasıyla birlikte aileden algılanan sosyal destek artmakta, arkadaşlardan algılanan sosyal destek ise azalmaktadır. Engelli olunan yaş ile sosyal görünüş kaygısı ($r$ = -.232, $p$ < .05), umut ($r$ = -.220, $p$ < .05) ve umudun alternatif yollar ($r$ = -.285, $p$ < .01) alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki bulunmuş, umudun eyleyici düşünceler alt boyutu arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre engelli olunan yaş arttıkça sosyal görünüş kaygısı, umut ve alternatif yollar düşüncesi azalmaktadır.

Tablo 3.4. Yaş, bireyin engelli olduğu yaş ve engelle yaşanan yıl ile travma sonrası büyüme ve alt boyutlarının korelasyonları

| | Yaş | Bireyin Engelli Olduğu Yaş | Engelle Yaşanan Yıl |
|---|---|---|---|
| Travma sonrası büyüme | -.103 | .088 | -.206* |
| Başkalarıyla ilişkiler | -.005 | .192* | -.289** |
| Yeni fırsatlar | -.259** | -.246** | -.041 |
| Kişisel güçlülük | -.087 | -.021 | -.093 |
| Manevi değişim | .197* | .326** | -.227* |
| Yaşama takdir | -.089 | .003 | -.164 |
| Sosyal destek | .006 | .016 | -.052 |
| Aile | .192* | .261** | -.141 |
| Arkadaşlar | -.242** | -.249** | .013 |
| Özel insan | .156 | .131 | -.019 |
| Görünüş kaygısı | -.312** | -.232* | -.023 |
| Umut | -.146 | -.220* | .099 |
| Alternatif yollar | -.153 | -.285** | .172 |
| Eyleyici düşünceler | -.123 | -.136 | .040 |

**p<0.01 *p<0.05

Engelle yaşanan yıl ile travma sonrası büyüme ($r$ = -.206, $p$ < .05), travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler ($r$ = -.289, $p$ < .01) alt boyutu ve manevi değişim ($r$ = -.227, $p$ < .05) alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki bulunmuş; yeni fırsatlar, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir etme alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre, engel yılı arttıkça travma sonrası büyüme, başkalarıyla ilişkiler ve manevi değişim azalmaktadır. Engelle yaşanan yıl ile sosyal destek, sosyal desteğin aile, arkadaşlar ve özel insan alt boyutları, sosyal görünüş kaygısı, umut, umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Bireyin şimdiki yaşı, engelli olduğu yaş ve engelle yaşadığı yıl ile travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı, umut ve tüm bunların alt boyutları arasındaki korelasyonlar Tablo 3.4'te verilmiştir.

### 3.2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarının Önemli Değişkenlere Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığının Araştırılması

Travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanların cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma durumuna, engel nedenine ve türüne, bakım ihtiyacına, tedavi denenme durumuna, engelin geçici/kalıcı olması durumuna, engel sonrası psikolojik/psikiyatrik destek alınmasına, engelden önce ve sonra sahip olunan kişilik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının araştırılması için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Analizlere ilişkin sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

#### 3.2.1. Cinsiyete Göre Travma Sonrası Büyüme Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi

Cinsiyete göre travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir alt boyutlarından elde edilen puanaların farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla çok yönlü varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır.

Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan tek yönlü çok değişkenli varyans analizine göre cinsiyetin travma sonrası büyüme alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p$ > .05) (Wilks lambda değeri, $F$ değeri, serbestlik derecesi ve anlamlılık için Tablo 3.5'e bakınız.).

Tablo 3.5. Cinsiyete göre MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.93 | .93 | 1.83 | .113 | 0.74 |

Analizde kullanılan değişkenlere dair ortalama ve standart sapma değeri Tablo 3.6'da verilmektedir.

Tablo 3.6. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların cinsiyete göre karşılaştırılması

| | Kadın | | | Erkek | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | S | Ort. | ss | S | Ort. | ss |
| Başkalarıyla ilişkiler | 46 | 3.01 | 1.19 | 75 | 2.85 | 1.27 |
| Yeni fırsatlar | 46 | 2.53 | 1.29 | 75 | 2.91 | 1.39 |
| Kişisel güçlülük | 46 | 3.30 | 1.22 | 75 | 3.22 | 1.34 |
| Manevi değişim | 46 | 3.47 | 1.42 | 75 | 3.36 | 1.49 |
| Yaşamı takdir | 46 | 3.35 | 1.19 | 75 | 3.51 | 1.28 |

### 3.2.2. Medeni Duruma Göre Travma Sonrası Büyüme Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklarının İncelenmesi

Medeni duruma göre travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan tek yönlü çok değişkenli varyans analizi sonucunda medeni durumun travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir (Wilks lambda değeri, $F$ değeri, serbestlik derecesi ve anlamlılık Tablo 3.7'de verilmiştir).

Tablo 3.7. Medeni duruma göre MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.74 | 2.36 | 15.00 | .003 | .094 |

Medeni duruma göre travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanlardaki farklılaşmayı görebilmek için bir dizi ANOVA yürütülmüştür. Analizlere ilişkin sonuçlar Tablo 3.8'de verilmiştir.

Medeni duruma göre travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan ortalama puanların farklılaştığı bulunmuştur. ($F$ (3, 117) = 2.91, $p$ < .05). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla post-hoc analizi uygulanmıştır. Tukey sonuçlarına göre eşi vefat etmiş olanların manevi değişim puan ortalamaları ($ort$ = 4.42, $ss$ = 0.61), bekarlardan ($ort$ = 2.98, $ss$ = 1.60) anlamlı şekilde yüksektir. Medeni durumla başkalarıyla ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir etme alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p$ > .05).

Tablo 3.8. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların medeni duruma göre karşılaştırılması

| | S | Başkalarıyla ilişkiler | | Yeni fırsatlar | | Kişisel güçlülük | | Manevi değişim | | Yaşam takdir | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss |
| Bekar | 41 | 2.74 | 1.30 | 2.92 | 1.14 | 3.33 | 1.24 | 2.98 | 1.60 | 3.24 | 1.24 |
| Eşi vefat etmiş | 9 | 3.48 | 0.98 | 2.04 | 1.43 | 3.53 | 1.06 | 4.42 | 0.61 | 3.44 | 1.52 |
| Boşanmış | 7 | 2.47 | 1.66 | 3.08 | 1.84 | 3.36 | 1.81 | 3.50 | 1.08 | 4.29 | 0.80 |
| Evli | 64 | 3.00 | 1.18 | 2.73 | 1.42 | 3.14 | 1.31 | 3.52 | 1.14 | 3.49 | 1.23 |

### 3.2.3. Eğitim Durumuna Göre Travma Sonrası Büyümenin Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi

Eğitim durumuna göre travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan MANOVA sonucunda eğitim durumunun travma sonrası büyümeye anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir (Wilks lambda değeri, *F* değeri, serbestlik derecesi ve anlamlılık Tablo 3.9'da verilmiştir)

Tablo 3.9. Eğitim durumu için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | *F* | *df* | *p* | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.66 | 1.99 | 25.00 | .004 | .081 |

Katılımcıların eğitim durumu ve gelir durumu ile travma sonrası büyüme ve travma sonrası büyümenin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Eğitim durumuna göre travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutundan alınan puanların farklılaştığı bulunmuştur ($F$ (5, 121) = 4.27, $p$ < .001). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc analizi yapılmıştır. Tukey sonuçlarına göre ortaokul mezunu (*ort* = 3.47, *ss* = 0.93) ve lisans/lisansüstü mezunu (*ort* = 3.39, *ss* = 1.10) olanların yeni fırsatlar alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları ilkokul mezunu (*ort* = 2.04, *ss* = 1.36) olanların puan ortalamalarından anlamlı şekilde daha yüksektir. Analiz sonuçları Tablo 3.10'da verilmektedir.

Eğitim durumuna göre travma sonrası büyüme, travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p$ > .05). Bu sonuçlara göre eğitim durumuna göre sadece travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutunda anlamlı bir farklılaşma olup, diğer alt boyutlar ve travma sonrası büyümede farklılık gözlenmemiştir.

3.10. Eğitim durumu açısından Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

| | | Başkalarıyla ilişkiler | | Yeni fırsatlar | | Kişisel güçlülük | | Manevi değişim | | Yaşamı takdir | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | S | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss |
| Okuryazar değil | 8 | 3.77 | 0.70 | 2.15 | 1.28 | 3.37 | 1.46 | 4.37 | 0.79 | 3.12 | 1.49 |
| Okuryazar | 10 | 3.17 | 1.32 | 2.48 | 1.59 | 3.22 | 1.29 | 3.58 | 1.38 | 3.30 | 1.30 |
| İlkokul mezunu | 26 | 2.41 | 1.16 | 2.04 | 1.36 | 2.78 | 1.37 | 3.10 | 1.59 | 3.02 | 1.37 |
| Ortaokul mezunu | 11 | 3.22 | 0.71 | 3.47 | 0.93 | 3.31 | 0.59 | 3.64 | 1.03 | 3.97 | 0.71 |
| Lise mezunu | 36 | 2.91 | 1.37 | 2.77 | 1.34 | 3.17 | 1.32 | 3.43 | 1.50 | 3.40 | 1.30 |
| Lisans ve lisansüstü | 30 | 2.91 | 1.27 | 3.39 | 1.10 | 3.70 | 1.26 | 3.23 | 1.55 | 3.82 | 1.03 |

### 3.2.4. Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyümenin Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi

Çalışma durumuna göre katılımcıların travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanlarının farklılığının incelenmesi için tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan MANOVA sonucunda eğitim durumuna göre travma sonrası büyüme puanlarının farklılaştığı görülmektedir. Bu analize ilişkin MANOVA sonuçları Tablo 3.11'de yer almaktadır.

Tablo 3.11. Çalışma durumu için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.88 | 3.13 | 5.00 | .011 | 0.122 |

Çalışma durumu ile travma sonrası büyüme ve travma sonrası büyümenin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etme alt boyutlarından alınan puanların bireylerin çalışma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Yeni fırsatlar alt boyutundan alınan puanların farklılığı ise anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucunda devamlı bir işte çalışanların travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu puan ortalamaları ($ort = 3.17$, $ss = 1.30$) devamlı bir işte çalışmayanların puan ortalamalarından ($ort = 2.47$, $ss = 1.34$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F(1,117) = 8.00$, $p < .005$).

Devamlı bir işte çalışan ve çalışmayan bireylerin alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3.12'de verilmiştir.

Tablo 3.12. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların devamlı bir işte çalışma durumuna göre karşılaştırılması

| | Devamlı bir işte çalışan | | | Devamlı bir işte çalışmayan | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | S | Ort. | ss | S | Ort. | ss |
| Başkalarıyla ilişkiler | 48 | 2.85 | 1.29 | 71 | 2.93 | 1.22 |
| Yeni fırsatlar | 48 | 3.17 | 1.30 | 71 | 2.47 | 1.34 |
| Kişisel güçlülük | 48 | 3.52 | 1.17 | 71 | 3.05 | 1.34 |
| Manevi değişim | 48 | 3.28 | 1.54 | 71 | 3.45 | 1.41 |
| Yaşamı takdir | 48 | 3.56 | 1.23 | 71 | 3.36 | 1.27 |
| Eyleyici düşünceler | 48 | 6.75 | 1.09 | 71 | 5.76 | 1.49 |

### 3.2.5. Bireylerin Engelden Önce ve Engelden Sonra Sahip Olduklarını Belirttikleri Kişilik Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi

Bireylerin engelden önce (premorbid) ve engele neden olan olaydan sonra (şu andaki) sahip oldukları kişilik özelliklerine göre travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Yapılan analize göre engelden önce sahip olunan kişilik özelliklerinin alt boyutlar üzerine etkisi bulunmamaktadır ($p > .05$). Şu andaki kişilik özelliklerinin alt boyutlar ile ilişkisini araştırmak için yapılan MANOVA sonuçları dindarlık, kontrolcülük, sabırlılık ve içe dönüklük kişilik özelliklerinin farklılaşmaya neden olduğunu göstermiştir ($p < .01$). MANOVA sonuçları şu anki dindarlık kişilik özelliği için Tablo 3.13'te, kontrolcülük kişilik özelliği için Tablo 3.14'te, sabırlılık kişilik özelliği için Tablo 3.15'te, içe kapanıklık kişilik özelliği için Tablo 3.16'da verilmektedir. Şu anki uyumluluk, iyimserlik, disiplinlilik, dışadönüklük, dayanıklılık, kendine güven ve deneyime açıklık kişilik özelliklerine göre alt boyutlarda farklılaşma bulunmamaktadır ($p > .05$).

Tablo 3.13. Şu anki dindarlık kişilik özelliği için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.843 | 3.811 | 5 | .003 | 0.157 |

Şu anki dindarlık kişilik özelliği için gruplar arasındaki farklılaşmayı incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Yapılan analiz sonucunda şu anda kendini dindar olarak tanımlayan ($ort$ = 4.05, $ss$ = 1.12) ve tanımlamayan ($ort$ = 3.18, $ss$ = 1.47) gruplar arasında travma sonrası büyümenin manevi değişim boyutundan alınan ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F$ (1, 117) = 15.37, $p$ < .001).

Tablo 3.14. Şu anki kontrolcülük kişilik özelliği için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.876 | 2.889 | 5 | .018 | 0.124 |

Şu anki kontrolcülük kişilik özelliği için gruplar arasındaki farklılaşmayı incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda şu anda kendini kontrolcü olarak tanımlayan ve tanımlamayan bireyleri travma sonrası büyüme puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p$ > .05).

Tablo 3.15. Şu anki sabırlılık kişilik özelliği için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.899 | 2.296 | 5 | .051 | 0.101 |

Şu anki sabırlılık kişilik özelliği için gruplar arasındaki farklılaşmayı araştırmak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Yapılan analizde şu anda kendini sabırlı olarak tanımlayan ($ort$ = 4.11, $ss$ = 1.10) ve tanımlamayan ($ort$ = 3.08, $ss$ = 1.47) gruplar arasında travma sonrası büyümenin manevi değişim boyutundan alınan ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F$ (1, 117) = 7.88, $p$ < .01).

Tablo 3.16. Şu anki içe kapanıklık kişilik özelliği için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.869 | 3.079 | 5 | .012 | 0.131 |

Şu anki içe kapanıklık kişilik özelliği için gruplar arasındaki farklılaşmayı incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda şu anda kendini içe kapanık olarak tanımlayan ($ort$ = 2.18, $ss$ = 1.28) ve tanımlamayan ($ort$ = 2.97, $ss$ = 1.33) gruplar arasında travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar boyutundan alınan ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F$ (1, 117) = 8.38, $p$ < .01). Ayrıca şu anda kendini içe kapanık olarak tanımlayan bireylerle ($ort$ = 2.52, $ss$ = 1.15) tanımlamayan bireyler ($ort$ = 3.51, $ss$ = 1.23) arasında travma sonrası büyümenin kişisel güçlülük boyutundan alınan ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F$ (1, 117) = 15.28, $p$ < .001).

Engelden önce sahip olunan kişilik özelliklerine göre travma sonrası büyüme alt boyutlarından alınan puanlar Tablo 3.17'de ve engelden sonra sahip olunan kişilik özelliklerine göre travma sonrası büyüme alt boyutlarından alınan puanlar Tablo 3.18'de verilmektedir.

Tablo 3.17. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların engelden önceki kişilik özelliklerine göre karşılaştırılması

| | | Başkalarıyla ilişkiler | | | Yeni fırsatlar | | | Kişisel güçlülük | | | Manevi değişim | | | Yaşamı takdir | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | S | Ort | ss | S | Ort | ss | S | Ort | ss | S | Ort | ss | S | Ort | ss |
| Uyumlulük | Evet | 68 | 2.91 | 1.27 | 68 | 2.68 | 1.44 | 68 | 3.17 | 1.28 | 68 | 3.32 | 1.50 | 68 | 3.33 | 1.26 |
| | Hayır | 51 | 2.90 | 1.23 | 51 | 2.89 | 1.25 | 51 | 3.36 | 1.29 | 51 | 3.55 | 1.35 | 51 | 3.59 | 1.24 |
| İyimserlik | Evet | 48 | 2.95 | 1.39 | 48 | 2.70 | 1.53 | 48 | 3.19 | 1.45 | 48 | 3.47 | 1.59 | 48 | 3.24 | 1.39 |
| | Hayır | 71 | 2.87 | 1.14 | 71 | 2.81 | 1.24 | 71 | 3.29 | 1.17 | 71 | 3.39 | 1.33 | 71 | 3.58 | 1.15 |
| Dindarlık | Evet | 33 | 3.30 | 1.10 | 33 | 2.92 | 1.31 | 33 | 3.73 | 0.85 | 33 | 4.05 | 1.12 | 33 | 3.65 | 1.15 |
| | Hayır | 86 | 2.75 | 1.27 | 86 | 2.71 | 1.38 | 86 | 3.07 | 1.37 | 86 | 3.18 | 1.47 | 86 | 3.36 | 1.29 |
| Disiplinlilik | Evet | 31 | 3.00 | 1.17 | 31 | 2.98 | 1.45 | 31 | 3.71 | 0.99 | 31 | 3.97 | 1.05 | 31 | 3.73 | 0.81 |
| | Hayır | 88 | 2.87 | 1.28 | 88 | 2.69 | 1.32 | 88 | 3.09 | 1.34 | 88 | 3.23 | 1.51 | 88 | 3.34 | 1.37 |
| Dışadönüklük | Evet | 40 | 2.84 | 1.32 | 40 | 2.83 | 1.35 | 40 | 3.23 | 1.08 | 40 | 3.07 | 1.43 | 40 | 3.61 | 1.13 |
| | Hayır | 79 | 2.93 | 1.21 | 79 | 2.74 | 1.37 | 79 | 3.26 | 1.38 | 79 | 3.60 | 1.41 | 79 | 3.36 | 1.31 |
| Dayanıklılık | Evet | 41 | 2.79 | 1.42 | 41 | 2.65 | 1.45 | 41 | 3.15 | 1.33 | 41 | 3.46 | 1.54 | 41 | 3.50 | 1.39 |
| | Hayır | 78 | 2.96 | 1.15 | 78 | 2.83 | 1.31 | 78 | 3.30 | 1.26 | 78 | 3.40 | 1.39 | 78 | 3.41 | 1.18 |
| Kendine güven | Evet | 65 | 2.83 | 1.39 | 65 | 2.66 | 1.42 | 65 | 3.18 | 1.38 | 65 | 3.40 | 1.63 | 65 | 3.34 | 1.31 |
| | Hayır | 54 | 2.99 | 1.05 | 54 | 2.90 | 1.28 | 54 | 3.33 | 1.16 | 54 | 3.45 | 1.18 | 54 | 3.56 | 1.19 |
| Deneyime açıklık | Evet | 24 | 2.96 | 1.37 | 24 | 2.77 | 1.60 | 24 | 3.37 | 1.42 | 24 | 3.73 | 1.46 | 24 | 3.58 | 1.23 |
| | Hayır | 95 | 2.89 | 1.22 | 95 | 2.77 | 1.30 | 95 | 3.22 | 1.25 | 95 | 3.34 | 1.43 | 95 | 3.41 | 1.26 |
| Kontrolcülük | Evet | 25 | 3.05 | 1.19 | 25 | 2.74 | 1.35 | 25 | 3.41 | 1.22 | 25 | 3.74 | 1.30 | 25 | 3.84 | 0.87 |
| | Hayır | 94 | 2.86 | 1.26 | 94 | 2.77 | 1.37 | 94 | 3.21 | 1.30 | 94 | 3.34 | 1.46 | 94 | 3.34 | 1.32 |
| Sabırlılık | Evet | 41 | 3.02 | 1.09 | 41 | 2.78 | 1.44 | 41 | 3.32 | 1.13 | 41 | 3.77 | 1.22 | 41 | 3.33 | 1.30 |
| | Hayır | 78 | 2.84 | 1.32 | 78 | 2.76 | 1.32 | 78 | 3.22 | 1.36 | 78 | 3.24 | 1.51 | 78 | 3.50 | 1.23 |
| İçe kapanıklık | Evet | 10 | 3.26 | 1.29 | 10 | 2.98 | 1.78 | 10 | 3.00 | 1.37 | 10 | 3.95 | 1.32 | 10 | 3.10 | 1.55 |
| | Hayır | 109 | 2.87 | 1.24 | 109 | 2.75 | 1.32 | 109 | 3.27 | 1.28 | 109 | 3.37 | 1.44 | 109 | 3.47 | 1.23 |

Tablo 3.18. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların şuanki kişilik özelliklerine göre karşılaştırılması

| | | Başkalarıyla ilişkiler | | | Yeni fırsatlar | | | Kişisel güçlülük | | | Manevi değişim | | | Yaşam takdiri | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | S | Ort | ss | S | Ort | ss | S | Ort | ss | S | Ort | ss | S | Ort | ss |
| Uyumluluk | Evet | 44 | 2.80 | 1.29 | 44 | 2.60 | 1.50 | 44 | 3.17 | 1.33 | 44 | 3.47 | 1.48 | 44 | 3.33 | 1.35 |
| | Hayır | 75 | 2.96 | 1.22 | 75 | 2.86 | 1.27 | 75 | 3.30 | 1.26 | 75 | 3.40 | 1.42 | 75 | 3.51 | 1.20 |
| Iyimserlik | Evet | 58 | 3.06 | 1.30 | 58 | 2.85 | 1.46 | 58 | 3.40 | 1.24 | 58 | 3.55 | 1.43 | 58 | 3.47 | 1.35 |
| | Hayır | 61 | 2.75 | 1.18 | 61 | 2.69 | 1.26 | 61 | 3.11 | 1.32 | 61 | 3.30 | 1.44 | 61 | 3.42 | 1.16 |
| Dindarlık | Evet | 40 | 3.20 | 1.24 | 40 | 2.95 | 1.40 | 40 | 3.50 | 1.19 | 40 | 4.11 | 1.10 | 40 | 3.68 | 1.18 |
| | Hayır | 79 | 2.75 | 1.23 | 79 | 2.67 | 1.33 | 79 | 3.13 | 1.32 | 79 | 3.08 | 1.47 | 79 | 3.32 | 1.28 |
| Disiplinlilik | Evet | 22 | 2.88 | 1.30 | 22 | 3.08 | 1.35 | 22 | 3.72 | 1.17 | 22 | 3.70 | 1.22 | 22 | 3.88 | 0.86 |
| | Hayır | 97 | 2.91 | 1.24 | 97 | 2.70 | 1.36 | 97 | 3.15 | 1.29 | 97 | 3.36 | 1.48 | 97 | 3.34 | 1.31 |
| Duşadoruklık | Evet | 16 | 2.74 | 1.56 | 16 | 3.10 | 1.54 | 16 | 3.56 | 1.18 | 16 | 3.22 | 1.64 | 16 | 3.73 | 1.27 |
| | Hayır | 103 | 2.93 | 1.20 | 103 | 2.72 | 1.33 | 103 | 3.20 | 1.30 | 103 | 3.46 | 1.41 | 103 | 3.40 | 1.25 |
| Dayanıklılık | Evet | 46 | 3.07 | 1.25 | 46 | 2.87 | 1.39 | 46 | 3.56 | 1.18 | 46 | 3.46 | 1.32 | 46 | 3.57 | 1.23 |
| | Hayır | 73 | 2.80 | 1.24 | 73 | 2.70 | 1.34 | 73 | 3.18 | 1.36 | 73 | 3.41 | 1.51 | 73 | 3.49 | 1.27 |
| Kendine güven | Evet | 43 | 3.04 | 1.46 | 43 | 2.80 | 1.47 | 43 | 3.46 | 1.42 | 43 | 3.33 | 1.66 | 43 | 3.40 | 1.32 |
| | Hayır | 75 | 2.80 | 1.47 | 75 | 2.77 | 1.29 | 75 | 3.16 | 1.17 | 75 | 3.51 | 1.28 | 75 | 3.50 | 1.20 |
| Deneyime açıklık | Evet | 17 | 3.16 | 1.49 | 17 | 2.96 | 1.59 | 17 | 3.56 | 1.34 | 17 | 3.75 | 1.48 | 17 | 3.53 | 1.13 |
| | Hayır | 102 | 2.86 | 1.20 | 102 | 2.74 | 1.32 | 102 | 3.20 | 1.27 | 102 | 3.37 | 1.43 | 102 | 3.43 | 1.28 |
| Kontrolcülük | Evet | 31 | 2.59 | 1.26 | 31 | 2.67 | 1.38 | 31 | 3.10 | 1.30 | 31 | 3.52 | 1.43 | 31 | 3.67 | 1.22 |
| | Hayır | 88 | 3.01 | 1.23 | 88 | 2.80 | 1.36 | 88 | 3.31 | 1.28 | 88 | 3.39 | 1.46 | 88 | 3.36 | 1.26 |
| Sabırlılık | Evet | 67 | 3.06 | 1.15 | 67 | 2.91 | 1.32 | 67 | 3.43 | 1.12 | 67 | 3.74 | 1.27 | 67 | 3.51 | 1.08 |
| | Hayır | 52 | 2.70 | 1.34 | 52 | 2.58 | 1.39 | 52 | 3.02 | 1.44 | 52 | 3.01 | 1.54 | 52 | 3.36 | 1.46 |
| İçe kapanıklık | Evet | 31 | 2.61 | 1.07 | 31 | 2.18 | 1.28 | 31 | 2.52 | 1.15 | 31 | 3.19 | 1.55 | 31 | 3.19 | 1.28 |
| | Hayır | 88 | 3.01 | 1.29 | 88 | 2.97 | 1.33 | 88 | 3.51 | 1.23 | 88 | 3.50 | 1.39 | 88 | 3.53 | 1.24 |

### 3.3.6. Engel Nedeni, Engel Türü, Bakım İhtiyacı, Engelin Geçici/Kalıcı Olduğunu Düşünme ve Engele Neden Olan Olayın Ardından Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Almış Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Farklılıklarının İncelenmesi

Engel nedeni, engel türü, başkasının bakımına ihtiyaç duyma, engelin geçici/kalıcı olduğu düşüncesi ve engele neden olan olayın ardından psikolojik ve/veya psikiyatrik destek almış olmaya göre travma sonrası büyümenin alt boyutlarından alınan puanlarda farklılaşmayı incelemek adına her bir değişken için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile bakılmıştır.

Tablo 3.19 engel nedenine göre travma sonrası büyüme alt boyutlarından alınan puanların anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığını vermektedir. Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan tek yönlü çok değişkenli varyans analizi sonucunda engel nedenine göre travma sonrası büyümenin alt boyutları puanları farklılığının anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > .05$) (Wilks lambda değeri, $F$ değeri, serbestlik derecesi ve anlamlılık Tablo 3.19'da verilmiştir).

Tablo 3.19. Engel nedeni değişkeni için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.83 | 1.23 | 15 | 0.250 | 0.52 |

Engel türüne göre travma sonrası büyüme alt boyutlarından elde edilen puanların farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak için yapılan çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonuçları Tablo 3.20'de yer almaktadır. Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan analiz sonucunda travma sonrası büyüme puanlarının engel türüne göre farklılaşmadığı bulunmuştur ($p > .05$).

Tablo 3.20. Engel türü değişkeni için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.83 | 0.820 | 25 | 0.717 | 0.04 |

Engelin geçici/kalıcı olduğunu düşünme durumuna göre travma sonrası büyüme alt boyutları puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır (Tablo 3.21). Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan analiz sonucunda travma sonrası büyüme puanlarının engelin geçici/kalıcılığı durumuna göre farklılaştığı bulunmuştur ($p < .05$).

Tablo 3.21. Engelin geçici/kalıcı olduğunu düşünme değişkeni için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.881 | 1.472 | 10 | 0.051 | 0.06 |

MANOVA'da anlamlı çıkan sonucu araştırmak için bireylerin engelin geçici ya da kalıcı olduğunu düşünme ve engele ilişkin tüm tedavileri denemiş ya da denememiş olma durumlarına göre travma sonrası büyüme ve alt boyutları arasında bir ilişki olup olmadığının sorgulanması için bir dizi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.22'de verilmektedir.

Engelin geçiciliği/kalıcılığına göre travma sonrası büyüme puanlarınındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($F$ (2, 120) = 4.70, $p < .05$). Farklılğın nedenini incelemek için post-hoc analizi uygulanmıştır. Tukey sonuçlarına göre engelin geçici olduğunu ancak doğru tedavi yöntemin uygulanmadığını düşünenlerin travma sonrası büyüme puan ortalamaları ($ort$ = 3.50, $ss$ = 0.95), engelin kalıcı olduğunu düşünenlerden ($ort$ = 2.86, $ss$ = 1.10) anlamlı şekilde yüksektir.

Engelin geçici/kalıcılığına göre travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler alt boyutu puanları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($F$ (2, 120) = 5.47, $p < .01$). Farklılığın araştırmak için post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre hem engelin geçici ve tedavi edilebilir olduğunu düşünenlerin ($ort$ = 3.44, $ss$ = 0.84) hem de geçici olduğunu ancak doğru yöntemin uygulanmadığını düşünenlerin ($ort$ = 3.41, $ss$ = 1.05) başkalarıyla ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları kalıcı olduğunu düşünenlerden ($ort$ = 2.66, $ss$ = 1.24) anlamlı olarak yüksektir.

Engelin geçiciliği/kalıcılığına göre travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu puanları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($F$ (2, 120) = 3.94, $p < .05$). Farklılaşmayı

incelemek amacıyla post-hoc analizi yapılmıştır. Tukey sonuçlarına göre engelin geçici olduğunu ama doğru tedavinin uygulanmadığını düşünenlerin (*ort* = 3.38, *ss* = 1.16) yeni fırsatlar alt boyutu puan ortalamaları engelin kalıcı olduğunu düşünenlerden (*ort* = 2.25, *ss* = 1.43) anlamlı şekilde daha yüksektir.

Engelin geçiciliği/kalıcığı durumuna göre travma sonrası büyümenin kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > .05$).

Tablo 3.22. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve alt boyutlarının engelin geçici/kalıcı olduğunu düşünme bakımından karşılaştırılması

| | | | Travma sonrası büyüme | | Başkalarıyla ilişkiler | | Yeni fırsatlar | | Kişisel güçlülük | | Manevi değişim | | Yaşamı takdir | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | S | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss | Ort. | ss |
| Engelin kalıcılığı | Engel geçici ve tedavi edilebilir | 20 | 3.45 | 0.76 | 3.44 | 0.84 | 3.09 | 1.16 | 3.65 | 0.86 | 3.60 | 1.26 | 3.73 | 0.83 |
| | Engel geçici ama tedavi bulunamadı | 19 | 3.50 | 0.95 | 3.41 | 1.05 | 3.38 | 1.01 | 3.64 | 1.35 | 3.55 | 1.23 | 3.65 | 0.91 |
| | Engel kalıcı | 81 | 2.86 | 1.10 | 2.66 | 1.24 | 2.25 | 1.43 | 3.06 | 1.34 | 3.32 | 1.57 | 3.33 | 1.25 |

Engelden dolayı başkasının bakımına ihtiyaç duyup duymamanın travma sonrası büyüme alt boyutlarından alınan puanlarda farklılaşmaya neden olup olmadığını görmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Wilks ölçütleri kullanılarak yapılan analiz sonucunda travma sonrası büyüme puanlarının bakım ihtiyacı durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur ($p > .05$). Analize ilişkin değerler Tablo 3.23'te verilmektedir.

Tablo 3.23. Başkasının bakımına ihtiyaç duyma değişkeni için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.956 | 1.048 | 5 | 0.393 | 0.04 |

Engele neden olan olayın ardından psikolojik ve/veya psikiyatrik yardım almış olma bakımından travma sonrası büyüme alt boyutlarından alınan puanların anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Analize göre engelin ardından psikolojik ve/veya psikiyatrik destek almış olma durumu travma sonrası büyüme puanları üzerinde farklılaşmaya neden olmamaktadır ($p > .05$). Analize dair sonuçlar Tablo 3.24'te verilmektedir.

Tablo 3.24. Engelin ardından psikolojik/psikiyatrik yardım alma değişkeni için MANOVA sonuçları

| | $\lambda$ | $F$ | $df$ | $p$ | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Etki | 0.869 | 1.060 | 15 | 0.404 | 0.46 |

### 3.4. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunan yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, engelle yaşanan yıl, engelli olunan yaş, kişilik özellikleri, sosyal destek ve alt boyutları, umut ve alt boyutlarının travma sonrası büyümeyi ve alt boyutlarını yordadığı varsayılmış ve bu amaçla toplamda altı tane Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi yürütülmüştür. Bunlardan ilki travma sonrası büyüme toplamı için yapılırken, diğerleri travma sonrasın büyümenin başkalarıyla ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etme alt boyutları için uygulanmıştır. Yapılan analizlere girilen bağımlı değişkenler her regresyon analizi için farklılık göstermektedir.

#### 3.4.1. Travma Sonrası Büyümeyi Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Birinci hiyerarşik regresyon analizinde bağımlı olan değişken travma sonrası büyüme üzerinde engelle yaşanan yılın etkisini kontrol edebilmek için bu değişken ilk blokta analize girilmiştir. İkinci blokta algılanan sosyal desteğin arkadaş alt boyutu; üçüncü blokta ise sürekli umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları regresyona girilmiştir. Bu analizin regresyon akışı Tablo 3.25'te verilmiştir.

Tablo 3.25. Birinci hiyerarşik regresyon analizi akışı

| **Bağımlı Değişken**<br>**Travma Sonrası Büyüme** | |
|---|---|
| **Adımlar** | Bağımsız Değişkenler |
| **1. Adım** | Engelle yaşanan yıl |
| **2. Adım** | Arkadaştan algılanan sosyal destek |
| **3. Adım** | (Sürekli umut)<br>Alternatif yollar düşüncesi<br>Eyleyici düşünceler |

Analiz sonuçlarına göre analize ilk sırada girilen engelle yaşanan yıl ($\beta$ = -.206, $t$ (117) = -2.33, $p$ <. 05) ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu değişkenin varyansın % 4'ünü açıkladığı görülmektedir ($F_{reg}$(1, 116) = 5.121, $p$ < .05).

Analize ikinci adımda girilen arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları arttıkça ($\beta$ = .270, $t$ (117) = 3.08, $p$ < .01) ve travma sonrası büyüme de anlamlı olarak artmaktadır.

Arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin engelle yaşanan yıl ile birlikte travma sonrası büyümeyi yordadığı görülmektedir ($F_{reg}$ (2, 115) = 7.488, $p$ < .01). Bu değişken tek başına varyansın % 7'sini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 115) = 9.481, $p$ < .01).

Analize üçüncü adımda girilen eyleyici düşünceler ($\beta$ = .268, $t$ (117) = 3.093, $p$ < .01) ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki vardır. Engelle yaşanan yıl ve sosyal desteğin arkadaş alt boyutu ile birlikte travma sonrası büyümeyi yordamaktadır ($F_{reg}$ (3, 114) = 8.553, $p$ < .01). Aynı zamanda bu değişken tek başına toplam varyansın % 7'sini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 114) = 9.566, $p$ < .01).

Tablo 3.26. Travma sonrası büyümeyi yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi

| | **Bağımsız Değişkenler** | **$R^2$** | **Uyarlanmış $R^2$** | **$\beta$** | **$t$** | **$F$** | **$R^2$ değişim** | **$F$ değişim** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Adım** | Engelle yaşanan yıl | .042 | .034 | -.206 | -2.263 | 5.121 | .042 | 5.121 |
| **2. Adım** | Engelle yaşanan yıl | | | -.209 | -2.384 | | | |
| | Sosyal destek (arkadaşlar) | .115 | .100 | .270 | 3.079 | 7.488 | .073 | 9.481 |
| **3. Adım** | Engelle yaşanan yıl | | | -.214 | -2.526 | | | |
| | Sosyal destek (arkadaşlar) | | | | 2.467 | | | |
| | Eyleyici düşünceler | .184 | .162 | .214 | 3.093 | 8.553 | .068 | 9.566 |
| | | | | .268 | | | | |

Sonuç olarak engelle yaşanan yıl, arkadaşlardan algılan sosyal destek ve eyleyici düşünceler travma sonrası büyüme puanındaki varyansı % 18 düzeyinde açıklamaktadır. Bu sonuca göre engelle yaşanan yılın azalması; arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin ve eyleyici düşüncelerin artması travma sonrası büyümeyi yordamaktadır. Bu regresyon analizini sonuçları Tablo 3.26'da verilmektedir.

### 3.4.2. Travma Sonrası Büyümenin Başkalarıyla İlişkiler Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler alt boyutunun bağımlı değişken olduğu ikinci hiyerarşik regresyon analizinde bağımsız değişken olarak ilk blokta engelli olunan yaş ve engelle yaşanan yıl girilmiştir. İkinci blokta sosyal desteğin arkadaşlar alt boyutu, üçüncü blokta sürekli umudun eyleyici düşünceler alt boyutu bağımsız değişkenler olarak atanmıştır. İkinci hiyerarşik regresyon analizi akışı Tablo 3.27'de verilmektedir.

Tablo 3.27. İkinci hiyerarşik regresyon analizi akışı

| **Bağımlı Değişken** **Başkalarıyla İlişkiler** | |
|---|---|
| **Adımlar** | Bağımsız Değişkenler |
| **1. Adım** | Engelle yaşanan yıl<br>Engelli olunan yaş |
| **2. Adım** | Arkadaştan algılanan sosyal destek |
| **3. Adım** | Eyleyici düşünceler |

Tablo 3.28'de görüldüğü gibi analize ilk sırada blok halinde girilen engelle yaşanan yıl ve engelli olunan yaş değişkenleri varyansın % 8'ini açıklamaktadır ($F_{reg}$ (2, 114) = 5.203, $p$ < .01). Ayrıca engelle yaşanan yıl ile başkalarıyla ilişkiler alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\beta$ = -.248, $t$ (116) = -2.417, $p$ < .05).

Analize ikinci blokta girilen arkadaşlardan algılanan sosyal destek bağımsız değişkeni ($\beta$ = .299, $t$ (116) = 3.355, $p$ < .001) ile başkalarıyla ilişkiler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu değişkenin engelle yaşanan yıl ve engelli olunan yaş ile birlikte yordayıcı gücü vardır ($F_{reg}$ (3, 113) = 7.532, $p$ < .001). Arkadaşlardan algılanan sosyal destek değişkeni aynı zamanda tek başına toplam varyansın % 8'ini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 113) = 11.254, $p$ < .001).

Sonuç olarak analize girilen tüm değişkenler birlikte travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler alt boyutundaki toplam varyansın % 17 düzeyinde açıklamaktadır.

Tablo 3.28. Travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler alt boyutunu yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi

| | Bağımsız Değişkenler | $R^2$ | Uyarlanmış $R^2$ | $\beta$ | $t$ | $F$ | $R^2$ değişim | $F$ değişim |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Adım** | Engelle yaşanan yıl | | | -.248 | -2.417 | | | |
| | Engelli olunan yaş | .084 | .068 | .071 | .688 | 5.203 | .084 | 5.203 |
| **2. Adım** | Engelle yaşanan yıl | | | -.210 | -2.124 | | | |
| | Engelli olunan yaş | | | .164 | 1.601 | | | |
| | Sosyal destek (arkadaşlar) | .167 | .145 | .299 | 3.355 | 7.532 | .083 | 11.254 |

### 3.4.3. Travma Sonrası Büyümenin Yeni Fırsatlar Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutunun bağımlı değişken olduğu üçüncü regresyon analizinde ilk blokta yaş, çalışma durumu, eğitim durumu ve engelli olunan yaş değişkenleri bağımsız değişken olarak girilmiştir. İkinci blokta sosyal desteğin arkadaşlar alt boyutu, üçüncü blokta umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları bağımsız değişken olarak analize dahil edilmiştir. Üçüncü hiyerarşik regresyon analizi akışı Tablo 3.29'da verilmektedir.

Tablo 3.29. Üçüncü hiyerarşik regresyon analizi akışı

| **Bağımlı Değişken** **Yeni fırsatlar** | |
|---|---|
| **Adımlar** | Bağımsız Değişkenler |
| **1. Adım** | Yaş<br>Engelli olunan yaş<br>Eğitim durumu<br>Çalışma durumu |
| **2. Adım** | Arkadaştan algılanan sosyal destek |
| **3. Adım** | Alternatif yollar düşüncesi<br>Eyleyici düşünceler |

Yürütülen analiz sonucunda ilk blokta girilen yaş, çalışma durumu, eğitim durumu ve engelli olunan yaş değişkenlerinin varyansın % 12'sini açıkladığı görülmektedir ($F_{reg}$ (4, 110) = 3.805, $p$ < .01).

Analize ikinci blokta girilen arkadaşlardan algılanan sosyal desteği değişkeni ile yeni fırsatlar alt boyutu arasında anlamlı ilişki vardır ($\beta$ = .237, $t$ (118) = 2.587, $p$ < .05). Yaş, çalışma durumu, eğitim durumu ve engelli olunan yaş ile birlikte yeni fırsatları yordayıcı gücü olduğu bulunmuştur ($F_{reg}$ (5, 109) = 4.540, $p$ < .001). Arkadaşlardan algılanan sosyal destek değişkeni aynı zamanda tek başına toplam varyansın % 5'ini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 109) = 6.693, $p$ < .05).

Tablo 3.30. Travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutunu yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi

| | **Bağımsız Değişkenler** | $R^2$ | **Uyarlanmış** $R^2$ | $\beta$ | $t$ | $F$ | $R^2$ **değişim** | $F$ **değişim** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Adım** | Yaş | | | -.171 | -1.059 | | | |
| | Engelli olunan yaş | | | -.010 | -.078 | | | |
| | Eğitim durumu | | | .110 | .748 | | | |
| | Çalışma durumu | .122 | .090 | -.134 | -1.198 | 3.805 | .122 | 3.805 |
| **2. Adım** | Yaş | | | -.126 | -.795 | | | |
| | Engelli olunan yaş | | | .013 | .102 | | | |
| | Eğitim durumu | | | .131 | .908 | | | |
| | Çalışma durumu | | | -.091 | -.823 | | | |
| | Sosyal destek (arkadaşlar) | .172 | .134 | .237 | 2.587 | 4.540 | .051 | 6.693 |
| **3. Adım** | Yaş | | | -.146 | -.982 | | | |
| | Engelli olunan yaş | | | .004 | .036 | | | |
| | Eğitim durumu | | | .092 | .679 | | | |
| | Çalışma durumu | | | .008 | .080 | | | |
| | Sosyal destek (arkadaşlar) | | | .188 | 2.164 | | | |
| | Eyleyici düşünceler | .278 | .238 | .352 | 3.984 | 6.945 | .106 | 15.875 |

Analize üçüncü blokta girilen eyleyici düşünceler değişkeni ile yeni fırsatlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\beta$ = .352, $t$ (118) = 3.984, $p$ < .001). Bu değişken analize girilen diğer değişkenlerle birlikte yeni fırsatları yordamaktadır ($F_{reg}$ (6, 108) = 6.945, $p$ < .001). Aynı zamanda tek başına varyansın % 11'ini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 108) = 15.875, $p$ < .001).

Sonuç olarak analize girilen tüm bu değişkenler varyansın % 28'ini açıklamaktadır. Bu regresyon analizi sonuçları Tablo 3.30'da verilmektedir.

### 3.4.4. Travma Sonrası Büyümenin Kişisel Güçlülük Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Travma sonrası büyümenin kişisel güçlülük alt boyutunun bağımlı değişken olduğu dördüncü regresyon analizinde ilk blokta şu anki içe kapanıklık kişilik özelliği, ikinci blokta sosyal desteğin arkadaşlar alt boyutu, üçüncü blokta umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları bağımsız değişken olarak analize girilmiştir. Dördüncü regresyon analizi akışı Tablo 3.31'de verilmiştir.

Tablo 3.31. Dördüncü hiyerarşik regresyon analizi akışı

| **Bağımlı Değişken** **Kişisel güçlülük** | |
|---|---|
| **Adımlar** | Bağımsız Değişkenler |
| **1. Adım** | Şu anki içe kapanıklık |
| **2. Adım** | Arkadaşlardan algılanan sosyal destek |
| **3. Adım** | Alternatif yollar düşüncesi<br>Eyleyici düşünceler |

İlk blokta analize girilen şu anki içe kapanıklık kişilik özelliği kişisel güçlülükle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur ($\beta$ = .340, $t$ (118) = 3.909, $p$ < .001). Bu değişken tek başına varyansın % 11'ini açıklamaktadır ($F_{reg}$ (1, 117) = 15.277, $p$ < .001).

Eyleyici düşünceler ile kişisel güçlülük arasında anlamlı bir ilişki vardır ($\beta$ = .256, $t$ (118) = 2.732, $p$ < .01). Şu anki içe kapanıklık kişilik özelliği değişkeni ile birlikte kişisel güçlülüğü yordamaktadır ($F_{reg}$ (2, 116) = 11.793, $p$ < .001). Aynı zamanda tek başına varyansın % 5'ini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 116) = 7.465, $p$ < .01).

Sonuç olarak analize girilen tüm değişkenler birlikte varyansın % 17'sini açıklamaktadır. Dördüncü regresyon analizi sonuçları Tablo 3.32'de verilmektedir.

Tablo 3.32. Travma sonrası büyümenin kişisel güçlülük alt boyutunu yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi

| | **Bağımsız Değişkenler** | $R^2$ | **Uyarlanmış** $R^2$ | $\beta$ | $t$ | $F$ | $R^2$ **değişim** | $F$ **değişim** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Adım** | Şu anki içe kapanıklık | .115 | .108 | .340 | 3.909 | 15.277 | .115 | 15.277 |
| **2. Adım** | Şu anki içe kapanıklık | | | .230 | 2.461 | | | |
| | Eyleyici düşünceler | .169 | .155 | .256 | 2.732 | 11.793 | .053 | 7.465 |

### 3.4.5 Travma Sonrası Büyümenin Manevi Değişim Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutunun bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon analizinde ilk blokta yaş, engelli olunan yaş, engelle yaşanan yıl ve medeni durum; ikinci blokta ise şu anki dindarlık ve şu anki sabırlılık kişilik özellikleri bağımsız değişken olarak analize girilmiştir. Beşinci regresyon analizi akışı Tablo 3.33'te verilmektedir.

Tablo 3.33. Beşinci hiyerarşik regresyon analizi akışı

| **Bağımlı Değişken** **Manevi Değişim** | |
|---|---|
| **Adımlar** | Bağımsız Değişkenler |
| **1. Adım** | Medeni durum<br>Yaş<br>Engelle yaşanan yıl<br>Engelli olunan yaş |
| **2. Adım** | Şu anki dindarlık<br>Şu anki sabırlılık |

Analiz sonuçlarına göre sadece ilk blokta girilen medeni durum, yaş, engelle yaşanan yıl ve engelli olunan yaş değişkenlerin travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutunu yordadığı görülmektedir ($F_{reg}$ (4, 110) = 3.678, $p$ < .01). Medeni durum, yaş, engelle yaşanan yıl ve engelli olunan yaş varyansın % 12'sini açıklamaktadır.

Analize ikinci blokta girilen şu anki dindarlık kişilik özelliği ile manevi değişim alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\beta$ = -.279, $t$ (114) = -3.029, $p$ < .01). Medeni durum, yaş, engelle yaşanan yıl ve engelli olunan yaş değişkenleri ile birlikte kişisel manevi değişimi yordamaktadır ($F_{reg}$ (5, 109) = 4.996, $p$ < .001). Aynı zamanda tek başına varyansın % 7'sini açıklamaktadır ($F_{değişim}$ (1, 109) = 9.177, $p$ < .01).

Sonuç olarak regresyona girilen tüm değişkenler toplam varyansı % 19 düzeyinde açıklamaktadır. Beşinci regresyon analizi sonuçları Tablo 3.34'te verilmektedir.

Tablo 3.34. Travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutunu yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi

| | **Bağımsız Değişkenler** | $R^2$ | **Uyarlanmış** $R^2$ | $\beta$ | $t$ | $F$ | $R^2$ **değişim** | $F$ **değişim** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Adım** | Medeni durum | | | .074 | .775 | | | |
| | Yaş | | | .580 | .863 | | | |
| | Engelle yaşanan yıl | | | -.549 | -1.049 | | | |
| | Engelli olunan yaş | .118 | .086 | -.363 | -.499 | 3.678 | .118 | 3.678 |
| **2. Adım** | Medeni durum | | | .070 | .763 | | | |
| | Yaş | | | .622 | .958 | | | |
| | Engelle yaşanan yıl | | | -.611 | -1.208 | | | |
| | Engelli olunan yaş | | | -.512 | -.727 | | | |
| | Şu anki dindarlık | .186 | .149 | -.279 | -3.029 | 4.996 | .068 | 9.177 |

### 3.4.6. Travma Sonrası Büyümenin Yaşamı Takdir Etme Alt Boyutunu Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Yaşamı takdir etmenin bağımlı değişken olduğu regresyon analizinde ilk blokta eğitim durumu, ikinci blokta algılanan sosyal destek, üçüncü blokta ise umudun alternatif yollar düşüncesi alt bağımsız değişken olarak girilmiştir. Altıncı hiyerarşik regresyon analizi akışı Tablo 3.35'te verilmektedir.

Tablo 3.35. Altıncı hiyerarşik regresyon analizi akışı

| **Bağımlı Değişken** **Yaşamı takdir** | |
|---|---|
| **Adımlar** | Bağımsız Değişkenler |
| **1. Adım** | Eğitim durumu |
| **2. Adım** | Sosyal destek |
| **3. Adım** | Alternatif yollar düşüncesi |

Bu analizin sonuçlarına göre ilk blokta girilen eğitim durumu yaşamı takdirle anlamlı şekilde ilişkilidir ($\beta$ = .183, $t$ (120) = 2.029, $p$ < .05). Eğitim durumu aynı zamanda varyansın % 3'ünü açıklamaktadır ($F_{reg}$ (1,119) = 4.116, $p$ < .05).

Analize ikinci blokta girilen sosyal destek de yaşamı takdirle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur ($\beta$ = .194, $t$ (120) = 2.181, $p$ < .05). Eğitim durumu ile birlikte yaşamı takdiri yordayıcıdır ($F_{reg}$ (2, 118) = 4.502, $p$ < .05). Bu değişkenin denkleme girmesiyle yordamaya bağımsız olarak da katkısı bulunmaktadır ($F_{değişim}$ (1, 118) = 4.758, $p$ < .05). Tek başına varyansın % 4'ünü açıklamaktadır.

Sonuç olarak analize girilen tüm değişkenler varyansın % 7'sini açıklamaktadır. Altıncı regresyon analizine ait sonuçlar Tablo 3.36'da verilmiştir.

Tablo 3.36. Travma sonrası büyümenin yaşamı takdir alt boyutunu yordayan değişkenlerin hiyerarşik regresyon analizi

| | **Bağımsız Değişkenler** | $R^2$ | **Uyarlanmış** $R^2$ | $\beta$ | $t$ | $F$ | $R^2$ **değişim** | $F$ **değişim** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Adım** | Eğitim durumu | .033 | .025 | .183 | 2.029 | 4.116 | .033 | 4.116 |
| **2. Adım** | Eğitim durumu | | | .182 | 2.055 | | | |
| | Sosyal destek | .071 | .055 | .194 | 2.181 | 4.502 | .037 | 4.758 |

# BÖLÜM IV

## TARTIŞMA

Travmatik yaşam olayları insanların hayattaki uyumlarını altüst ettiği için olağandışıdır ve çoğunlukla yaşama ya da beden bütünlüğüne karşı tehdit, şiddet veya ölümle ilgili bileşenler içermektedir (Herman, 2017). Hayatı boyunca çok sayıda birey farklı türden travmatik yaşam olaylarına maruz kalmıştır. Ülkemizde travma deneyimi olan kişilerle yapılan bir çalışmada birden fazla travma yaşamış bireylerin oranı % 62.79 bulunurken (Dürü, 2006), bir başka çalışmada ise kadınların % 51.2'si, erkeklerin ise % 60.7'si en az bir travmatik olaya maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Kessler ve diğerleri, 1995). Yaşamında travma deneyimi olan bu kadar çok insanın olması travmatik olayların ve bu olayların etkilerinin hem birey hem de toplumda önemli bir yere sahip olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle travmaların etkilerinin ve travma sonrası sürecin anlaşılması önem kazanmaktadır. Bu noktada travmaya verilen olumsuz tepkiler kadar travmanın olumlu sonuçlarının incelenmesinin de yararlı olacağı düşünülmektedir. Schaefer ve Moss (1992), travmanın ardından pozitif çıktıların dört temel belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar olayla ilişkili faktörler (örneğin olayın şiddeti, olayın türü), kişisel faktörler (sosyodemografik özellikler, mizaç, özgüven, öz kontrol, daha önceki stres deneyimleri), çevresel faktörler (sosyal destek ve aile bağlılığı, destekleyici hizmetler ve toplumsal kaynaklar), değerlendirmeler ve stres tepkisidir (stresle baş etme, olayı değerlendirme, nedensellik atfetme) (Schaefer ve Moss, 1992). Buna benzer şekilde Berger (2015b) de travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenleri olayla bağlantılı özellikler, kişilik özellikleri, sosyodemografik özellikler ve çevresel özellikler bağlamında ele almıştır. Sonuç olarak bu tez kapsamında Wright'ın (1960) da engelliğe çok yönlü bakışı göz önünde bulundurularak sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyümenin sosyodemografik ve engele ilişkin faktörler, kişilik özellikleri, sosyal destek, görünüş kaygısı ve umut ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Ele alınan değişkenlerle yürütülen analizlere dair bulgular ilerleyen bölümlerde literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bu çalışmada yapılan korelasyon analizinde arkadaşlardan algılanan sosyal destek, umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları travma sonrası büyüme ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur.

### 4.1.Travma Sonrası Büyüme ve Demografik Özelliklerin İlişkisi

Bu çalışmada cinsiyet ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçla tutarlı şekilde; ampüte bireylerle (Stutts ve Stanaland, 2016), ağız içi kanseri hastalarıyla (Ho ve diğerleri, 2011) ve romatoid artrit hastaları ile yapılan (Dirik, 2006) çalışmalarda da bireylerin travma sonrası büyüme puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmadığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada yaş ile travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu arasında negatif yönlü, manevi değişim alt boyutu arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca paralel olarak meme kanseri hastalarında (Bellizzi ve Blank, 2006) ve ampüte bireylerde (Stutts ve Stanaland, 2016) yaş azaldıkça travma sonrası büyümenin anlamlı şekilde arttığı sonucuna ulaşan bir çalışmalar da mevcuttur. Bu bulgulara zıt şekilde yaşları 37 ile 78 arasında değişen meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada yaş ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı aktarılmıştır (Weiss, 2004). Benzer şekilde ağız içi kanseri olan bireylerle (Ho ve diğerleri, 2011) ve romatoid artrit hastalarıyla (Dirik, 2006) yürütülen araştırmalarda da yaş ve travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunamamıştır (Ho ve diğerleri, 2011). Bu çalışmada yaşın yeni fırsatlarla negatif yönlü ilişkisi olması yaş arttıkça yaşamla ilgili değişim yaşama ve yeniliklerle karşılaşma ihtimalinin düşmesiyle; manevi değişimle pozitif yönlü ilişkisi olması ise yaşla birlikte maneviyatın artmasıyla ilgili sosyokültürel özelliklerle açıklanabilmektedir.

Bu çalışmada eşi vefat etmiş olan bireylerin travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutundan aldıkları puanların bekarların puanlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda farklı sonuçlar elde edilen araştırmalar mevcuttur. Ho ve diğerleri (2011) ağız içi kanseri hastaları ile yaptıkları bir çalışmada evli olan katılımcıların travma sonrası büyüme puanlarının bekar olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir. Meme kanseri hastalarıyla yapılan bir araştırmada da evli/ilişkisi olan bireylerin travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler boyutundan aldıkları puanların bekar/ilişkisi olmayan bireylere göre anlamlı

olarak yüksek bulunduğu ancak iki grubun yaşamı takdir alt boyutu puanlarında farklılık gözlenmediği aktarılmıştır (Bellizzi ve Blank, 2006). Romatoid artrit hastaları ile yapılan bir çalışmada ise medeni durumun travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmadığı sonucu aktarılmıştır (Dirik, 2006). Bu çalışmada eşi vefat etmiş bireylerin manevi değişim alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olması, bu bireylerin yaşlarının daha büyük olmasıyla ve bu çalışmada yaş ve manevi değişim arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmasıyla açıklanabilmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumunun sadece travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu üzerinde etkili olduğu, ortaokul ve lisans/lisansüstü mezunlarının yeni fırsatlar alt boyutu puanlarının ilkokul mezunlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde bir çalışmada lisans ve üzeri mezunlarının travma sonrası büyüme puanlarının lise mezunlarınınkinden anlamlı şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Weiss, 2004). Ağız içi kanseri hastalarında (Ho ve diğerleri, 2011), meme kanseri hastalarında (Bellizzi ve Blank, 2006) ve romatoid artrit hastalarında (Dirik, 2006) ise travma sonrası büyümenin eğitim durumuna göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada ortaokul ve lisans/lisansüstü mezunlarının yeni fırsatlar alt boyutundan aldıkları puanların ilkokul mezunlarının puanlarından daha yüksek olması; lisans ve lisansüstü mezunların aldıkları eğitim doğrultusunda, ortaokul mezunlarının ise uygun görülen pozisyonlarda engel bireyler için açılan kadrolara yerleştirilmesi ve ilkokul mezunlarının istihdamlarının daha sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada gelir durumunun travma sonrası büyüme üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde romatoid artrit hastalarında da gelir ve travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunmamıştır (Dirik, 2006). Başka bir çalışmada ise gelir düzeyiyle travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (Ho ve diğerleri, 2011).

Bu çalışma kapsamında devamlı bir işte çalışıyor olmanın travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada ise tam zamanlı veya yarı zamanlı bir işte çalışıyor olan bireylerin travma sonrası büyümenin başkalarıyla ilişkiler ve yaşamı takdir alt boyutlarından aldıkları puanların çalışmayan bireylerinkine göre daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Bellizzi ve Blank, 2006). Latchford (2003) engelin ardından

bireyler var olan işlerini sürdürmekte, maddi kazanç sağlamakta veya yeni bir iş bulmakta zorlanmalar yaşayabileceğini, bu nedenle engelli bireylerin istihdamının önem taşıdığını belirtmiştir. Bu çalışmaya katkıda bulunan katılımcıların bir kısmı engelli bireyler için ayrılmış olan kadrolarda işe devam eden bireylerdir, dolayısıyla engelin ardından bu kadrolara yerleştirilmiş olan bireylerin yeni fırsatlar alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı şekilde yüksek olması bununla açıklanabilmektedir.

### 4.2. Travma Sonrası Büyüme ve Engele İlişkin Özelliklerin İlişkisi

Bu çalışmada engele neden olan olayın üzerinden geçen süre arttıkça travma sonrası büyümenin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca benzer şekilde Herbert (2018) de zorlu yaşamsal deneyimlere alışmak için geçen zaman arttıkça, bireylerin bu deneyimle başa çıkma potansiyellerinin de arttığını belirtmektedir. Sonradan fiziksel engeli olan bireylerle (savaş yaralanması sebebiyle ampütasyon sonucu) yapılan iki çalışmada ise tam tersi şekilde travma sonrası büyüme ile zaman arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Benetato, 2011; Stutts ve Stanaland, 2016). Buna paralel olarak ağız içi kanseri hastalarıyla (Ho ve diğerleri, 2011), meme kanseri hastalarıyla (Bellezzi ve Blank, 2006) ve romatoid artrit hastalarıyla (Dirik, 2006) yapılan farklı çalışmalarda tanıdan sonra geçen süre ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusu aktarılmıştır. Cerrahi tedavi yöntemi uygulanmış olan meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada ise tanıdan sonra geçen zamanla travma sonrası büyüme arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Weiss, 2004). Travmanın ardından olumlu sonuçlar görülmesi yaşamsal krizin yaşandığı dönemde veya aylar hatta yıllar sonra görülebilmektedir (Schaefere ve Moss, 1992). Schaefer ve Moss (1998) travma sonrası büyümenin aşamalar içeren gelişimsel bir süreç olarak değerlendirmiş ve olay sonrasında gelişimin süreç içerisinde gerçekleştiğini belirterek, güncel duruma adaptasyonun ve onu izleyen büyümenin zamanla ilişkili olduğunu savunmuştur. Latchford (2003) engel ve yaralanmalar sonucunda bireylerin duruma uyum sağlamakta problemlerle karşılaşabileceklerini çünkü olayın ardından erken dönemde iyileşme derecesinin çok iyi bilinmemesi, tekrar hastaneye yatış veya ameliyat gerektirecek bir sorun yaşanması gibi olasılıkların stresi devam ettirmesinin söz konusu olabileceğini ifade etmiştir. Bu çalışmada engele neden olan olayın ardından geçen süre ile travma sonrası büyüme arasında görülen anlamlı ilişki de belirsizliklerin büyük oranda ortadan kalkmış olup kabullenmenin gerçekleşmesi ile açıklanabilmektedir.

Bu çalışmada engel türü ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde romatoid artrit hastalarında da engelin bireyin yaşamına etkileri ile travma sonrası büyüme arasında bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Dirik,2006). Bu bulgulardan farklı olarak Latchford (2003) etkinin derecesine bağlı olarak fiziksel uygunluk gerektiren aktivitelere katılım, iş bulma/var olan işe dönüş için engel türünün etkisi olduğunu, bu durumlarda yaşamın pek çok farklı yönünün kesintiye uğrayacağını belirtmiştir.

Bu çalışmada engele neden olan olayla travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgudan farklı şekilde travmatik olay türü ile travma sonrası büyüme arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. (Dürü, 2006; O'Leary, Alday ve Ickovics, 1998). Belirtilen çalışmalarda olayın nedeninin de olayın sonucunun da farklılaştığı görülmektedir. Bu çalışmada ise engel nedeni ne olursa olsun sonuç olarak olay tüm katılımcıların engel sahibi olmasına yol açmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgunun literatürden farklı olması bununla açıklanabilmektedir.

### 4.3. Travma Sonrası Büyüme ve Kişilik Özelliklerinin İlişkisi

Bu çalışmada premorbid içe kapanık olmama kişilik özelliği ve premorbid sabırlılık kişilik özelliği yeni fırsatlarla, premorbid dindarlık kişilik özelliği ve premorbid disiplinlilik kişilik özelliği kişisel güçlülükle ilişkili bulunmuştur. Şu andaki kişilik özeliklerine bakacak olursak, şu andaki dindarlık kişilik özelliği toplam travma sonrası büyümeyle, yeni fırsatlarla ve manevi değişimle; şu andaki sabırlılık kişilik özelliği manevi değişimle ve yeni fırsatlarla; şu andaki içe kapanık olmama kişilik özelliği ise toplam travma sonrası büyüme, kişisel güçlülük ve yeni fırsatlarla ilişkili bulunmuştur.

Regresyon analizi sonuçları premorbid kişilik özelliklerinin hiçbirinin travma sonrası büyüme alt boyutlarını yordamadığını; şu anki dindarlık kişilik özelliğinin ise travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutunu yordadığını göstermektedir.

Horowitz (1998) bireylerin premorbid kişilik özelliklerinin travmatik yaşam olaylarını tanımlama ve olaya verilen tepki noktasında etkisi olduğunu, Tedeschi ve Calhoun (1996) da kişilik özellikleri ile travma sonrası büyümenin ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle bu çalışmada hem bireylerin olaydan önceki kişilik özelliklerinin hem de olaydan sonraki kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümeyle ilişkisi araştırılmak istenmiştir. Öte yandan bu alanda yapılan çalışmaların kişilik özellikleri olay öncesi ve

olay sonrası kişilik özellikleri şeklinde ayırmadan genel bir kişilik örüntüsüne odaklandığı görülmektedir. Literatürde kişilik özelliklerini travma sonrası büyüme üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalardan elde edilen sonuçlar farklılık göstermektedir. Tedeschi ve Calhoun (1996) yaptıkları çalışmada iyimserlik ve dışadönüklük kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümenin beş boyutuyla; deneyime açıklığın yeni fırsatlar ve kişisel güçlülük alt boyutlarıyla; özdenetimin sadece kişisel güçlülük alt boyutuyla; uyumluluğun sadece başkalarıyla ilişkiler alt boyutuyla; dindarlığın ise sadece manevi değişim alt boyutuyla ilişkili bulunduğunu bildirmiştir. Linley ve Joseph (2004) de pek çok farklı araştırmanın sonuçlarından faydalandıkları derleme çalışmasında uyumluluk, vicdan sahibi olma, dışadönüklük, dayanıklılık, deneyime açık olma, öz yeterlilik ve kendine güven kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümeyle ilişkisinin pozitif yönlü olduğunu; nörotisizm kişilik özelliğinin travma sonrası büyümeyle ilişkisinin negatif yönlü olduğunu; iyimserlik kişilik özelliği ve travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. McCrae ve Costa (1986) nörotisizmi düşük, dışadönüklüğü ve deneyime açıklığı yüksek bireylerin stresle başa çıkmada daha iyi olduklarını ve işlevsel başa çıkma mekanizmaları kulladıklarını ifade etmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada uyumluluk, deneyime açıklık ve özdisiplinlik kişilik özelliklerinin toplam travma sonrası büyüme ve neredeyse tüm alt boyutlarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu; dışadönüklüğün ise sadece kişisel güçlülük ve yaşamı takdir alt boyutları ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (Karancı ve diğerleri, 2012). Benzer şekilde bir başka çalışmada da uyumluluk, deneyime açıklık, özdisiplin ve dışadönüklük travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur (Gül ve Karancı, 2017).

Literatüre bakıldığında daha çok dindarlık ve iyimserlik kişilik özelliklerinin travma sonrası büyüme ile ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir. Bu kişilik özelliklerinden ilk olarak dindarlığı ele alacak olursak, pek çok farklı ülkeden gelen travma sonrası büyüme çalışmaları sonuçlarının bir değerlendirmesi, kültürel farklılıkların travma sonrası büyümeye etkisinin başa çıkma stratejileri, sosyal destek, maneviyat veya dindarlıkla oldukça ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Weiss ve Berger, 2010). Benzer şekilde Shaw, Joseph ve Linley (2005) de çalışmalarında maneviyatın ve dindarlığın travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmaya göre maneviyat sahibi ve dindar olmak travmatik olayın birey tarafından değerlendirilme sürecini etkilemekte, bireyler maneviyat ve dindarlık sayesinde dinsel

veya manevi anlamda derinleşebilmektedir, son olarak da dinsel olumlu başa çıkma yöntemlerini kullanabilmektedirler (Shaw, Joseph ve Linley, 2005). Dirik (2006) ise çalışmasında dindarlık ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada dindarlığın travma sonrası büyümeyle ilişkili bulunmasının katılımcıların sosyal-kültürel çevrelerinden ve buna bağlı olarak dinsel baş etme yöntemlerini kullanıyor olma ihtimalinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada sabırlılığın travma sonrası büyümenin manevi değişim alt boyutuyla ilişkili bulunması, sabırlılık kişilik özelliğinin dinsel bir yanı olduğunu düşündürmektedir. Sabırlılığın yeni fırsatlar alt boyutu ile ilişkili bulunmuş olması ise bu özelliğin sebat etme ve dolayısıyla umudu koruyarak çabalamayı içeren bir yanı olduğunu düşündürmektedir. Nitekim bu çalışmada yeni fırsatlar alt boyutu ile umut arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

İyimserlik kişilik özelliğinin travma sonrası büyüme ile ilişkisine bakacak olursak, iyimserlik ve travma sonrası büyüme ile ilgili bulgular farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür. Taylor ve diğerleri (2000) ciddi bir hastalıkla karşılaşıldığında bunu yaşamanın bir anlamı olduğunu düşünmenin, iyimserliğin ve kontrolcülüğün travmatik ve tehdit edici olaya karşı koruyucu olduğunu ve durumun pozitif yarar sağladığına inanmayı artırdığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde ağız kanseri hastalarında iyimserlikle travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür (Ho ve diğerleri, 2011). Türkiye'de meme kanseri hastalarıyla (Bozo, Gündoğdu ve Büyükasik-Çolak, 2012) ve romatoit artrit hastalarıyla (Dirik, 2006) yapılan çalışmalarda da iyimserliğin travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak tam tersi olarak, meme kanseri hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise iyimserlik ve travma sonrası büyüme ilişkili bulunmamıştır (Bellizzi ve Blank, 2006). Affleck ve Tennen (1996), kronik ağrı yaşayan bireylerle yaptıkları araştırma sonucunda iyimser ya da kötümser olmanın büyümeyle ilişkili olmadığını bildirmişlerdir. Tennen ve Affleck (1987) zorlu yaşam olayları karşısında sergilenen iyimserliğin gizli tehlikeleri olabileceğini çünkü gerçekdışı beklentilerin her zaman karşılanamayacağını savunmuştur. Bu çalışma için katılımcıların, iyimserlikten kasıtlarının gerçekleşmesi muhtemel mi yoksa gerçekdışı beklentileri mi anladığını belirlemek mümkün değildir, dolayısıyla iyimserlikle travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunmamasının bu durumla açıklanabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada içe kapanık olmamak kişisel güçlülükle ve yeni fırsatlarla ilişkili bulunmuştur. Bu durumun içe kapanık olmayan bireylerin daha atılgan, duygularını ifade eden, sosyal bireyler olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada uyumluluk, dışadönüklük, dayanıklılık, kendine güven, deneyime açıklık, kontrolcülük kişilik özellikleri beklenenin aksine travma sonrası büyümeyle ilişkili bulunmamıştır. Bu çalışmada kişilik özelliklerinin bireylerin kendi öz değerlendirmelerine dayalı olarak ölçülmeye çalışılmış olmasının sonuçlarda yanlılığa neden olduğu çıkarsanmaktadır. Dolayısıyla sonraki çalışmalarda bireylerin kişilik özelliklerinin geçerlilik güvenirlik sağlamış ölçüm yöntemleriyle saptanmaya çalışılmasının daha iyi sonuç vereceği söylenebilmektedir. Sonuçları etkileyen bir diğer faktörün ise küçük yaşlarda engel sahibi olmuş veya olayın ardından uzun zaman geçirmiş bireylerin olaydan önceki kişilik özelliklerini hatırlamıyor olması veya geçmişe dönük bir yanlılık sergiliyor olma ihtimali olduğu düşünülmektedir.

### 4.4. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyal Destek, Umut ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisi

Bu çalışmada sosyal desteğin travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir. Özellikle de arkadaşlardan algılanan sosyal destek travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuca paralel olarak savaşta yaralanma nedeniyle ampütasyon uygulanan Amerikalı askerlerle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin ve olayla ilgili ruminasyonun travma sonrası büyüme ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu aktarılmıştır (Benetato, 2011). Bir çalışmada meme kanseri hastalarının algıladıkları genel sosyal desteğin travma sonrası büyüme ile ilişkili olmadığı ancak eşlerinin sosyal desteği ile travma sonrası büyümeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Weiss, 2004). Türkiye'de kanser hastaları ile yapılan da travma sonrası büyümenin sosyal destek toplamıyla, arkadaşlardan ve aileden algılanan sosyal destekle anlamlı ilişkisi olduğu ortaya koyulmuştur (Tanrıverdi, Savaş ve Can, 2012). Türkiye'de meme kanseri hastaları ile yapılan bir başka çalışmada benzer şekilde sosyal destek toplamının, özel insandan ve aileden algılanan sosyal desteğin travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğu görülmüştür (Bozo, Gündoğdu ve Büyükasik-Çolak, 2009). Bir çalışmada ise omurilik felci olan bireylerde sosyal desteğin travma sonrası büyümeyi yordamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Pollard ve Kennedy, 2007). Aynı çalışmanın boylamsal analiz sonuçlarına göre omurilik felci olan bireylerin engele

neden olan olaydan 12 hafta sonra aldıkları sosyal destek puanları, 10 yıl sonra aldıkları puandan anlamlı şekilde daha yüksektir (Pollard ve Kennedy, 2007).

Bireylerin travmadan sonraki yaşamının şekillenmesinde ve travma sonrası büyüme üzerinde bireysel özellikler kadar sosyal bağlamın da etkisini görmek mümkündür. Calhoun, Cann ve Tedeschi (2010) sosyokültürel bağlamın travma sonrası büyüme üzerinde etkisini yakın etkiler ve uzak etkiler olarak ayırmışlardır. Yazarlara göre yakın etkiler arkadaşlar, aile, takımlar, dini gruplar gibi bireyin yakın ilişki içinde olduğu kişilerin tepkilerini yansıtmaktadır. Uzak etkiler ise bireyin doğrudan iletişim içinde olmadığı ve travma sürecinin filmler, kitaplar, televizyonlar vb aracılığıyla bireye aktarıldığı toplumsal anlatıları (societal narratives) ve görüşleri içermektedir (Calhoun, Cann ve Tedeschi, 2010). Bu noktada hem yakın hem de uzak etkilerin bireye ve engelliliğe bakışı bireyin engellilik sürecini etkileyebilmektedir.

Lougheed, Koval ve Hollenstein (2016) yaş ortalaması 15 olan genç kızlar ve anneleri ile yaptıkları bir çalışmada, genç kızların istedikleri bir zorlu yaşam olayını anlatmaları istemişlerdir. Katılımcıları iki gruba ayırarak bir grup genç olayı anlatırken annesine elini tutması, diğer gruptaki gençlerin annelerine ise tutmaması söylemiştir. Araştırma sonuçlarına göre fiziksel yakınlık duygusal yükü paylaşmakla ve stresi azaltmakla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş, hatta fiziksel yakınlık olmayan ikinci grupta da annesiyle yakın ilişkileri olan gençlerin daha az stres belirtisi gösterdiği aktarılmıştır (Lougheed, Koval ve Hollenstein, 2016). Bu araştırma, duygusal sıkıntı yükünü paylaşmanın stresle baş etmekte ve süreçteki olumsuz duyguları azaltmakta önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Latchford (2003) hastalık ve engellilik konusunda sosyal desteğin hassas bir konu olduğunu belirtmiştir. Çünkü arkadaşlar ve akrabaların travmaya verdikleri tepki farklılık gösterebilmektedir, yakınları bireye önemli bir sosyal destek kaynağı olabilecekleri gibi olaylar karşısında onlar da travmatize de olabilmektedir (Latchford, 2003). Dolayısıyla sosyal desteğin niteliği de önemli hale gelmektedir.

Bu çalışmada engelin ardından psikolojik/psikiyatrik destek almanın travma sonrası büyümeyle ilişkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuçla tutarlı olarak meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada danışmanlık/psikoterapi hizmeti almış

olanların travma sonrası büyüme puanlarıyla almamış olanların puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Weiss, 2004).

Bu çalışmada umudun travma sonrası büyümeyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Umut, umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar, kişisel güçlülük ve yaşamı takdir alt boyutları ile anlamlı olarak ilişkilidir. Calhoun ve Tedeschi (1998) umudun esneklik, aktivite ve yeniliğe açıklıkla karakterize olduğunu hedefler, bakış açısı ve davranışları düzenleyerek travmatik strese verilen tepkiyi daha kolay ifade etmeyi sağladığını belirterek travma sonrası büyüme ve umut ilişkisinin önemini vurgulamıştır. Ağız kanseri hastaları ile yapılan bir araştırmada da bu bulguya paralel şekilde umudun hem alternatif yollar alt boyutunun hem de eyleyici düşünceler alt boyutunun travma sonrası büyüme ile pozitif yönlü ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ho ve diğerleri, 2011). Bu bulguya benzer olarak, Affleck ve Tennen (1996), umut düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla yarar algıladığını belirtmişlerdir. Ayrıca Taylor ve diğerleri (2000) da travmatik olayların ardından gerçekçi olmayan iyimserlik ve umudun bile psikolojik sağlığı korumakta önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Tüm bu bulgulardan farklı şekilde, bir araştırmada meme kanseri hastalarının umudun hem alternatif yollar düşüncesi hem de eyleyici düşünceler alt boyutlarının travma sonrası büyüme ile ilişkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (Bellizzi ve Blank, 2006).

Bu çalışmada sosyal görünüş kaygısı ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Moss ve Holahan (2007) ise engel veya kronik hastalık yaşayan bireylerin kendiyle ilgili pozitif imajı sürdürmesinin kişisel büyümelerine katkısı olacağını savunmaktadır. Kanser hastası 10 kadınla yapılan bir çalışmada yeni bir bedene sahip olmanın travma sonrası büyüme üzerine etkisi araştırılmış ve büyümeye ilişkin üç tema olduğu belirlenmiştir (Hefferon, Grealy ve Mutrie, 2010). Bu üç temanın ilki yeni bedene duyulan korku; ikincisi kemoterapinin yorgunluk ve istek kaybı gibi olumsuz etkileri; üçüncüsü ise bedenle tekrar ilişki kurmak (reconnection) olarak ifade edilmiştir. Yazarlar tüm bu temaların zaman içinde birbirini sırayla takip eden evreler şeklinde ortaya çıktığını belirterek diğer aşamalardan geçildiğinde ve fiziksel rahatsızlıklar hafiflediğinde kadınların fiziksel ve duygusal benliklerinin dönüştüğüne vurgu yapmış; öz kimliğin bir parçası olarak vücudu nasıl algıladıklarının önce kimliklerini paramparça ederek, ardından yeniden inşa ederek travma sonrası

büyümeye katkıda bulunduğunu aktarmışlardır (Hefferon, Grealy ve Mutrie, 2010). Engelin ardından gözle görülür bir farklılık oluştuğunda bireylerin fiziksel görünümleri ile meşguliyetlerinde artış olabileceği hatta bazen bu durumun bireylerin sosyal çevreden izole olmasına neden olduğu belirtilmiştir(Latchford, 2003). Engelin ardından vücut işlevlerinde veya görünüşünde meydana gelen değişiklikler bireyin kendi beden imajını tekrar gözden geçirmesini zorunlu kılmaktadır, bu durum kimlik krizi olarak adlandırılmıştır (Moss ve Holahan, 2007). Bu çalışmada sosyal görünüş kaygısı ile travma sonrası büyüme ilişkisinin anlamlı bulunmamasının nedeni katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması ve genç yaşlarda fiziksel görünüş meşguliyetinin daha fazla, ilerleyen yaşlarda ise daha az olmasıile açıklanabilmektedir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sosyodemografik özelliklerin, engele ilişkin özelliklerin, engelden önce ve engelin ardından bireylerin sahip olduğu kişilik özelliklerinin, algılanan sosyal desteğin, umudun ve sosyal görünüş kaygısının travma sonrası büyüme ile ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada cinsiyet travma sonrası büyüme ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Yaş değişkeni ise travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutuyla negatif, manevi değişimle pozitif yönlü ilişki göstermiştir. Eğitim durumunun travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutu üzerinde etkili olduğu görülmüş, ilkokul mezunu bireylerin puanları ortaokul ve lisansüstü mezunların puanlarından düşük bulunmuştur. Gelir durumunun travma sonrası büyüme üzerinde etkisi bulunamazken, devamlı bir işte çalışıyor olmanın travma sonrası büyümenin yeni fırsatlar alt boyutuyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre devamlı bir işte çalışıyor olan bireylerin yeni fırsatlar alt boyutundan aldıkları puanlar çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedeninin, katılımcıların bir kısmının engelli bireyler için ayrılmış olan kadrolarda çalışması olduğu; bu noktada engelli bireylerin istihdamına yönelik politikalar geliştirilerek, konuyla ilgili çalışmaların ve kadroların artılmasının bireylerin süreci olumlu şekilde atlatmaları ve iş hayatına aktif katılım gösterebilmeleri için önem taşıdığı düşünülmektedir.

Engele ilişkin özelliklerin travma sonrası büyümeyle ilişkisine bakacak olursak, engelle yaşanan süre arttıkça travma sonrası büyüme puanlarının da arttığı görülmektedir. Engel türü ve engele neden olan olay ise travma sonrası büyümeyle ilişkili bulunmamıştır.

Bu çalışmada kişilik özellikleri premorbid ve şu anki kişilik özellikleri olarak ele alınmıştır. Buna göre premorbid kişilik özelliklerinden içe kapanıklık, sabırlılık, dindarlık ve disiplinliliğin travma sonrası büyümenin alt boyutlarıyla ile ilişkili olduğu; şu anki kişilik özelliklerinden ise dindarlık, sabırlılık ve içe kapanıklığın travma sonrası büyümenin alt boyutlarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal destek ve travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki vardır, sosyal desteğin sadece arkadaşlar alt boyutu travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların bir bölümünün engelli bireyler için faaliyet gösteren dernek, vakıf, kuruluşlara üye olmasının, bireylere engelin ardından yeni ilişkiler geliştirme fırsatı verdiği ve aynı zamanda benzer durumu yaşayan bireylerle paylaşım grubu niteliği taşıdığı düşünülmektedir. Benzer şekilde umut ve umudun alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünceler alt boyutları travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur. Sosyal görünüş kaygısının ise travma sonrası büyüme ile ilişkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın sınırlılıklarına bakılacak olursa, araştırma kapsamında katılımcıların daha önce travma deneyleyip deneyimlemedikleri sorgulanmamış, engele neden olan travmatik olay yaşadıkları tek travma olarak düşünülmüştür. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bireylerin travmatik olay geçmişlerinin sorgulanmasının da anlamlı sonuçlar ortaya koyabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu çalışmada kişilik özellikleri sıralanmış ve bireylerden kendilerini tanımladıklarını düşündükleri kişilik özelliklerini işaretlemeleri istenmiştir. Bu durumun yanlı yorumlamaya açık hale getirerek objektif değerlendirme yapılmasını zorlaştırdığı ve araştırmanın bir başka sınırlılığı olduğu düşünülmektedir. Sonraki çalışmalarda kişilik özelliklerinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılmasının sonuçları daha güvenilir kılacağına inanılmaktadır. Ek olarak, bu çalışmada seçilen örneklem özel bir örneklem olduğu ve katılımcılara ulaşmak zor olduğu için veri toplama işlemi üç şekilde gerçekleştirilmiştir. Birinci grup katılımcılar ölçekleri internet üzerinden doldurmuş, ikinci grup katılımcılar anket formunu kendileri elle doldurmuş, üçüncü grup katılımcılara ise sorular araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Bu üç gruptan elde edilen puanlar arasında farklılık olabileceği düşünülmektedir, bu da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

## KAYNAKLAR


Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2005). *Engelliler Hakkında Kanun* (Yayın no. 5378). (Alınan yer https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanunlar/engelliler-hakkinda-kanun, erişim tarihi: 18 Eylül 2018)

Affleck, G. ve Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality 64*(4), 899-922. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. ve Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 29-35.

Akman, Y. ve Korkut, F. (1993). Umut Ölçeği üzerine bir çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9*, 193-202.

Altman, B.M. ve Barnartt, S.N. (Ed.). (2014). *Introduction: Environmental contexts and disability*. Bingley: Emerald Group Publishing.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1980). *DSM-3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatry Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *DSM-4 Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (4. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5-R Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amil, O. ve Bozgeyikli, H. (2015). Investigating the relationship between social appearance anxiety and loneliness of Turkish university youth. *Journal of Studies in Social Sciences, 11*(1), 68-96.

Arıkan, G. ve Karancı, A.N. (2012). Attachment and coping as facilitators of posttraumatic growth in Turkish university students experiencing traumatic

events. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 209-225. doi: 10.1080/15299732.2012.642746

Bailey, A.A. ve Moersch, F.P. (1941). Phantom limb. *The Canadian Medical Association Journal, 45*(1), 37-42.

Belar, C. (2003). Models and concepts. *Handbook of clinical health psychology* içinde (s. 7-19). Chichester: John Wiley & Sons Limited.

Bellizzi, K.M. ve Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47

Benetato, B.B. (2011). Posttraumatic growth among Operatio Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom Amputees. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(4), 412-420. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01421.x

Bennet, P. (2007). Cardiovascular rehabilitation. *Psychological management of physical disabilities: A practitioner's guide* (1. Baskı) içinde (s. 129-143). London: Routledge.

Berger, R. (2015a). Classifications of stressful events. *Stress, trauma and posttraumatic growth: Social context, environment, and identities* (1. Baskı) içinde (s. 15-20). New York: Routledge.

Berger, R. (2015b). Effect of stress on individuals. *Stress, trauma and posttraumatic growth: Social context, environment, and identities* (1. Baskı) içinde (s. 63-87). New York: Routledge.

Birleşmiş Milletler, United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York.

Bozo, Ö., Gündoğdu, E. ve Büyükasik-Çolak, C. (2012). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism – posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology, 14*(7), 1009-1020. doi: 10.1177/1359105309342295

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. ve Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*(3), 216-222. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810270028003

Brisenden, S. (1986). Independent living and the medical model of disability. *Disability, Handicap & Society, 1*(2), 173-178. doi: 10.1080/02674648666780171

Bulman, R.J. ve Wortman, C.B. (1977). Attribution of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*(5), 351-363. doi: 10.1037/0022-3514.35.5.351

Calhoun, L.G., Cann, A. ve Tedeschi, R.G. (2010). The posttraumatic growth model: Socioculturel considerations. *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* içinde (s. 1-14). New Jersey: John Wiley & Sons.

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. doi: 10.1023/A:1007745627077

Calhoun, L.G. ve Tedeschi, R.G. (1989-90). Positive aspect of critical life problems: Recollections of grief. *OMEGA, 20*(4), 265-272. doi: 10.2190/QDY6-6PQC-KQWV-5U7K

Calhoun, L.G. ve Tedeschi, R.G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (1. Baskı) içinde (s. 215-238). Mathaw, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cangür, Ş., Civan, G., Çoban, S., Koç, M., Karakoç, H. Budak, S., İpekçi, E. ve Ankaralı, H. (2013). Düzce ilinde bedensel ve/veya zihinsel engelli bireylere sahip ailelerin toplumsal yaşama katılımlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3*(3), 1-9.

Cesur, G. (2012). *Yetişkin bireylerde travmatik yasın ve travma sonrası büyümenin psikososyal belirleyicileri* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Chahini, L. ve Kanazi, G. (2007). Phantom limb sydrome: A review. *Middle East Journal of Anesthesiology, 19*(2), 345-356.

Cheung, E., Alvaro, R. ve Colotla, V.A. (2003). Psychological distress in worker with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology, 48*(2), 109-112. doi: 10.1037/0090-5550.48.2.109

Clark, D.M. (1999). Anxiety disorder: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 5-27. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00048-0

Courtney-Long, E.A., Carroll, D.D., Zhang, Q.C., Stevens, A.C., Griffin-Blake, S., Armour, B.S. ve Campbell, V.A. (2015). Prevelance of disability and disability type among adults-United States, 2013. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 64*(29), 777-783.

Dahl, T.H. (2002). International classification of functioning, disability and health: An introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*, 201-204.

Davidson, J.R.T. ve Foa, E.B. (1993). *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press.

Day, M.C. (2013). The role of initial physical activity experiences in promoting posttraumatic growth in Paralympic athletes with an acquired disability. *Disability and Rehabilitation, 35*(24), 2064-2072. doi: 10.3109/09638288.2013.805822

Devlet İstatistik Enstitüsü (2003). *2000 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

Devlet İstatistik Enstitüsü (2003). *2000 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

Devlet İstatistik Enstitüsü (2004). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

Dirik, G. (2006). *Posttraumatic growth and psychological distress among rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory* (Yayınlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Doğan, T. (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçeye uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 39*, 151-159.

Dunn, D.S. ve Elliott, T.R. (2005). Revisiting a constructive classic: Wright's physical disability: A psychosocial approach. *Rehabilitation Psychology, 50*(2), 183-189. doi: 10.1037/0090-5550.50.2.183

Dünya Sağlık Örgütü, Worl Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Publication of the World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization Press.

Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization (WHO) (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Geneva: Publication of the World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization (WHO) (2011). *World Report on Disability*. Geneva: Publication of the World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization (WHO) (2015). *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021*. Geneva: Publication of the World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü, World Helath Organization, *World Health Survey, 2002-2004*. (Alınan yer https://www.who.int/healthinfo/survey/en/, erişim tarihi: 15 Eylül, 2018).

Dürü, Ç. (2006). *Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Edwards, G., Noreau, L., Boucher, N. Fougeyrollas, P., Grenier, Y., McFadyen, B.J., Morales, E. ve Vincent, C. (2014). Disability, rehabilitation research and post-Cartesian embodied ontologies – Has the research paradigm changed?. (1. Baskı) *Environmental contexts and disability* içinde (s. 73-102). Bingley: Emeral Group Publishing Limited.

Ehlers, A. ve Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Ekenci, M.T. (2015). 2012 Türkiye Sağlık Araştırması'nın engelliliğe ilişkin yaygınlık ölçümü açısından incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 35*(2), 95-112. doi: 10.21560/spcd.03901

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi, 10*, 45-55.

Elçi, Ö. (2004). *Predictive values of social support, coping styles and stress level in posttraumatic growth and burnout levels among the parents of children with autism* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Elliott, T. R., Kurylo, M. ve Rivera, P. (2002). Positive growth following acquired physical disability. *Handbook of Positive Psychology* içinde (s. 687-699). Oxford University Press, New York.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196* (4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460

Engel, G.L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences, 310*(1), 169-181. doi: 10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x

Flor, H. (2002). Phantom-limb pain: characteristics, causes and treatments. *The Lancet Neurology, 1*(3), 182-189. doi: 10.1016/S1474-4422(02)00074-1

Goodman, L.A., Corcoran, C., Turner, K. Yuan, N. ve Green, B.L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 11*(3), 521-542. doi: 10.1023/A:1024456713321

Gül, E. ve Karancı, A.N. (2017). What determines posttraumatic stress and growth following various traumatic events? A study in a Turkish community sample. *Journal of Traumatic Stress, 0*, 1-9. doi: 10.1002/jts.22161

Haegele, J.A. ve Hodge, S. (2016). Disability discourse: Overview and critiques of the medical and social models. *Quest, 68*(2), 193-206. doi: 10.1080/00336297.2016.1143849

Hart, T.A., Flora, D.B., Palyo, S.A., Fresco, D.M., Holle, C. ve Heimberg, R.G. (2008). Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment, 15*(1), 48-59. doi: 10.1177/2F1073191107306673

Hart, E.A., Leary, M.R. ve Rejeski, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 11*(1), 94-104. doi: 10.1123/jsep.11.1.94

Harvey, J. H., Miller, E. D. (1998). Toward a psychology of loss. *Psychological Science, 9* (6), 429-434. doi: 10.1111/2F1467-9280.00081

Haselden, M. (2014). *Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyi yordayan çeşitli değişkenlerin Türk ve Amerikan kültürlerinde incelenmesi: bir model önerisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Hefferon, K., Grealy, M. ve Mutrie, N. (2010). Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of posttraumatic growth. *Journal of Humanistic Psychology, 50*(2), 224-247. doi: 10.1177/2F0022167809341996

Henshaw, P.C. (2007). Sexual aspects of physical disability. *Psychological management of physical disabilities: A practitioner's guide* (1. Baskı) içinde (s. 157-172). London: Routledge.

Herbert, C. (2018). *Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak (4. Baskı)*. (N. Azizlerli ve R. Güneş, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.

Herman, J.L. (2017). *Travma ve iyileşme* (5. Baskı). (T. Tosun, Çev.). İstanbul: Literatür Kitabevi.

Herman, J.N. ve Miall, C.E. (1990). The positive consequences of stigma: two case studies in mental and physical disability. *Qualitative Sociology, 13*(3), 251-269. doi: 10.1007/BF00989596

Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C. ve Zwahlen, R.A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology, 47*, 121-124. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.11.015

Horowitz, M.J. (1983). Post-traumatic stress disorder. *Behavioral Sciences & The Law, 1*(3), 9-23. doi: 10.1002/bsl.2370010305

Horowitz, M.J., Wilner, N. ve Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*(2). 113-136. doi: 10.1521/soco.1989.7.2.113

Joseph, S., ve Linley, P.A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology, 9*(3), 262-280. doi: 10.1037/2F1089-2680.9.3.262

Joseph, S. ve Linley, P.A. (2008). Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: An integrative psychosocial framework. *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* içinde (s. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M. ve Çavuş, H. (2012). Hierarchical factor structure of the Turkish version of the Posttraumatic Growth Inventory in a normal population. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 11*(5), 617-624.

Karahan, A.Y. ve İslam, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3*(1), 1-7. doi: 10.5455/musbed.20130210095507

Karancı, A.N., Işıklı, S., Aker, A.T., İzmit-Gül, E., Başbuğ-Erkan, B., Özkol, H. ve Yavuz-Güzel, H. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: Factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology, 3*(1), 1-14. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17303

Keskin, G.S. (2013). *Travmatik bir yaşantı olarak boşanma: Aile içi şiddet, travmatik stres ve sosyal desteğin travma sonrası büyüme ile ilişkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kılıç, C. (2005). *Depremzedelerde travma sonrası büyümenin yordayıcıları*. IV. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları, İstanbul.

Kira, İ.A., Abumediene, S., Ashby, J.S., Odenat, L. Mohanesh, J. ve Alamia, H. (2013). The Dynamics of posttraumatic growth across different trauma types in a Palestinian sample. *Journal of Loss and Trauma, 18*, 120-139. doi: 10.1080/15325024.2012.679129

Koca-Atabey, M., Karancı, A.N., Dirik, G. ve Aydemir, D. (2011). Psychological wellbeing of Turkish university students with physical impairments: an evalution within the stress-vulnerability paradigm. *International Journal of Psychology, 46*(2), 106-118. doi: 10.1080/00207594.2010.513413

Kördeve, M.K. (2017). Engelli bireylerin sağlık hizmeti alımında karşılaştıkları problemler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3*(2), 188-198.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Latchford, G. (2003). Accident and trauma. *Handbook of clinical health psychology* içinde (s. 347-365). Chichester: John Wiley & Sons Limited.

Lee, D. ve Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: Diagnostic issues and epidemiology in adult survivor of traumatic events. *International Review of Psychiatry, 13*(3), 150-158. doi: 10.1080/09540260120074000

Leonardi, M., Bickenbach, J., Üstün, T.B., Kostanjsek, N. ve Chatterji, S. (2006). The definition of disability: What is in a name?. *Lancet, 368*, 1219-1221. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69498-1

Lindemann, J.E. (1981). Cerebral Palsy. *Psychological and behavioral aspects of physical disability: A manuel for health practitioners* (1. Baskı) içinde (s. 117-146). New York: Plenum Press.

Lindemann, J.E. ve Stanger, M.E. (1981). Progressive muscle disorders. *Psychological and behavioral aspects of physical disability: A manuel for health practitioners* (1. Baskı) içinde (s. 273-300). New York: Plenum Press.

Linley, P.A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 601-610. doi: 10.1023/B:JOTS.0000004086.64509.09

Linley, P.A. ve Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 601-610. doi: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e

Loeb, M.E., Eide, A.H. ve Mont, D. (2008). Approaching the measurement of disability prevelance: The case of Zambia. *ALTER- European Journal of Disability Research, 2*(1), 32-43. doi: 10.1016/j.alter.2007.06.001

Lougheed, J.P., Koval, P. ve Hollenstein, T. (2016). Sharing the burden: The interpersonal regulation of emotional arousal in mother-daughter dyads. *Emotion, 16*(1), 83-93. doi: 10.1037/emo0000105

Macnab, F. (2003). Treatment of common life event traumas. *Australian Family Physican, 32*(9), 693-695.

Mactaggart, I., Cappa, C. Kuper, H., Loeb, M. ve Polack, S. (2016). Field testing a draft version of the UNICEF/Washington Group Module on child functioning and disability. Background, methodology ad preliminary findings from Cameroon and India. *ALTER-European Journal of Disability Research, 10*(4), 345-360. doi: 10.1016/j.alter.2016.09.003

Madans, J.H., Loeb, M.E. ve Altman, B.M. (2011). Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BM Public Health, 11*(4), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-11-S4-S4

Marra, J.L. ve Novis, F.W. (1959). Family problems in rehabilitation counseling. *The Personnel and Guidance Journal, 38*(1), 40-42. doi: 10.1002/j.2164-4918.1959.tb02487.x

McCrae, R.R. ve Costa, P.T., Jr. (1986). Personality, coping, and copig effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54*, 385-405. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x

McDaniel, J.W. (1976). *Physical disability and human behavior* (2. Baskı). New York: Pergamon Press.

Michael, T., Halligan, S.L., Clark, D.M. ve Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 24*(5), 307-317. doi: 10.1002/da.20228

Mitchell, S.W. (1872). *Injuries of Nerves and Their Consequences*. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co.

Molden, T.H. ve Tøssebro, J. (2010). Measuring disability in survey research: Comparing current measurements within one data set. *ALTER-European Journal of Disability Research, 4*(3), 174-189. doi: 10.1016/j.alter.2010.05.003

Mont, D. (2007). Measuring health and disability. *The Lancet, 369*(9573), 1658-1663. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60752-1

Moss, R.H. (1992). Stress and coping theory and evalution research: An integrated perspective. *Evalution Review, Sage Publications, 16*(5), 534-553. doi: 10.1177/2F0193841X9201600505

Moss, R.H. ve Holahan, C.J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* içinde (s. 117-126 ). New York: Springer Science+Business Media, LLC.

Murray, C.J. ve Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 ad projected to 2020: Summary*. Cambridge: Harvard University Press.

Neath, J. (1997). Social causes of impairment, disability, and abuse. *Journal of Disability Policy Studies, 8*(1-2), 195-230. doi: 10.1177/2F104420739700800210

Nerken, I.R. (1993). Grief and the reflective self: Toward a clearer models of loss resolution and growth. *Death Studies, 17*(1), 1-26. doi: 10.1080/07481189308252602

O'Leary, V.E., Alday, C.S. ve Ickovics, J.R. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (1. Baskı) içinde (s. 127-151). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

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

Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. New York: St. Martin's Press, Scholarly and Reference Division.

Paharia, M.I. (2008). Chronic disease prevention. *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (1. Baskı) içinde (s. 55-80). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Pfeiffer, D. (1994). Eugenics and disability discrimination. *Disability & Society*, *9*(4), 481-499. doi: 10.1016/S1479-3547(01)80019-1

Pollard, C. ve Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *British Journal of Health Psychology, 12*, 347-362. doi: 10.1348/135910707X197046

Ramachandran, V.S. ve Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs the D. O. Hebb lecture. *Brain, 121*, 1603-1630. doi: 10.1093/brain/121.9.1603

Ramachandran, V.S. ve Rogers-Ramachandran, D. (2000). Phantom limbs and neural plasticity. *Archives of Neurology*, *57*(3), 317-320. doi: 10.1001/archneur.57.3.317

Richardson, E.J., Richards, J.S. ve Boyer, B.A. (2008). Spinal cord injury. *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (1. Baskı) içinde (s. 229-250). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Riddoch, G. (1941). Phantom limbs and body shape. *Brain: A Journal of Neurology*, *64*(4), 197-222. doi: 10.1093/brain/64.4.197

Rudnick, A. (2017). The medical versus the social model of disability: A false dichotomy. *Physical Medicine and Rehabilitation Research, 2*(6), 1-2. doi: 10.15761/PMRR.1000157

Sarısoy, G. (2012). *Travma sonrası büyümenin derecesinin ve travma sonrası büyümeyi yordayan etmenlerin meme kanseri hastalarında incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Schaefer, J.A. ve Moss, R.H. (1992). Life crises and personel growth. *Personel coping: theory, research, and application* (1. Baskı) içinde (s. 149-170). London: Praeger.

Schaefer, J.A. ve Moss, R.H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (1. Baskı) içinde (s. 99-125). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Schilder, P. (1999). *The image and appearance of the human body*. Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group.

Schneider, M., Dasappa, P., Khan, N. ve Khan, A. (2009). Measuring disability in censuses: The case of South Africa. *ALTER-European Journal of Disability Research, 3*(3), 245-265. doi: 10.1016/j.alter.2009.04.002

Shakespeare, T. (1998). Choices and rights: Eugenics, genetics and disability equality. *Disability & Society, 13*(5), 665-681. doi: 10.1080/09687599826452

Shakespeare, T. (2017). The social model of disability. *The disability studies reader* (5. Baskı) içinde (s. 195-203). New York: Routledge.

Shaw, A., Joseph, S. ve Linley, P.A. (2005). Religion, spiritually, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture, 8*(1), 1-11. doi: 10.1080/1367467032000157981

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. ve Harney, P. (1991). The will and ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60* (4), 570-585.

Stutts, L.A. ve Stanaland, A.W. (2016). Posttraumatic growth in individuals with amputations. *Disability and Health Journal, 9*(1), 167-171. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.07.005

Şakiroğlu, M. (2011). *Positive outcomes among the 1999 Düzce earthquake survivors: Earthquake preparedness behavior and posttraumatic growth* (Yayınlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Şanlıurfa Kalkınma Derneği (2014). *Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırma Raporu* (1. Baskı). Şanlıurfa: Çözüm Araştırma Eğitim ve Danışmanlık.

Tanrıverdi, D., Savaş, E. ve Can, G. (2012). Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, 13*(9), 4311-4314. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.9.4311

Tarhan, S. ve Bacanlı, H. (2015). Sürekli Umut Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being, 3*(1), 1-14.

Tarsuslu, T., Yümin, E.T., Öztürk, A. ve Yümin, M. (2010). Kronik fiziksel özürlü bireylerde ağrı, depresyon, anksiyete ve fonksiyonel bağımsızlık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *AĞRI, 22*(1), 30-36.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E. ve Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist, 55*(1), 99-109. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.99

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara.* (Alınan yer https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html)

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (1996). The Post-traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. doi: 10.1002/jts.2490090305

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2004a). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2004b). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice* içinde (s. 405-419). New Jersey: John Wiley & Sons.

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2006). Time of change?: The spiritual challenges of bereavement and loss. *OMEGA, 53*(1-2), 105-116. doi: 10.2190/2F7MBU-UFV9-6TJ6-DP83

Tel, F.D. (2017). *Travma yaşamış üniversite öğrencilerinin benlik saygıları ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişkide stresle başa çıkmanın aracılık rolü* (Yayınlanmamış doktora tezi). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Tennen, H. ve Affleck, G. (1987). The costs and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *Journal of Personality, 55*(2), 377-393. doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00443.x

Türkiye İstatistik Kurumu (2013). *2011 Nüfus ve Konut Araştırması.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

Türkiye İstatistik Kurumu (2013). *Sağlık Araştırması 2012*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

Volkan, V.D. ve Zintl, E. (2015). *Life after loss: the lessons of grief*. London: Karnac Books.

Vrana, S. ve Lauterbach, D. (1994). Prevelance of traumatic events and post-traumatic psychological symtoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*(2), 289-302. doi: 10.1007/BF02102949

Walsh, D. (1999). Coping with a journey toward recovery: From inside out. *The psychological and social impact of disability* (4. Baskı) içinde (s. 55-65). New York: Springer Publishing Company.

Washington Group (2002). *Final Report of First Meeting: Washington Group on Disability Statistics*. Washington.

Washington Group (2017). Analytic guidelines: creating disability identifiers using the Washington Group Short Set (WG-SS) SPSS syntax. *Washington Group on Disability Statistics*, 1-11.

Webster, G. ve Kenndey, P. (2007). Spinal cord injury. *Psychological management of physical disabilities: A practitioner's guide* (1. Baskı) içinde (s. 90-106). London: Routledge.

Weeks, J.D. (2016). Background and origin of the Washington Group: Improving the state of disability data. *International measurement of disability: Purpose, method and application* içinde (s. 3-14). Cham: Springer International Publishing.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 733-746. doi: 10.1521/jscp.23.5.733.50750

Weiss, T. ve Berger, R. (2010). Posttraumatic growth around the globe: Research findings and practice implications. *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* içinde (s. 189-195). New Jersey: John Wiley & Sons.

Weller, D.J. ve Miller, P.A. (1977a). Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part 1. *Social Work in Health Care, 2*(4), 369-377. doi: 10.1300/J010v02n04_01

Weller, D.J. ve Miller, P.A. (1977b). Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part 2. *Social Work in Health Care, 3*(1), 7-17. doi: 10.1300/J010v03n01_02

Wright, B.A. (1960). *Physical disability – A psyhological approach*. New York: Harper & Row.

Yılmaz, B. (2006). *Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Yılmaz, B. ve Hisli-Şahin, N. (2007). Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme. *Türk Psikoloji Dergisi, 22*(59), 119-133.

Zheng, X., Chen, G., Song, X., Liu, J., Yan, L., Du, W., Pang, L., Zhang, L., Wu, J., Zhang, B. ve Zhang, J. (2011). Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bulletin of the World Health Organization, 89*, 788-797. doi: 10.2471/BLT.11.089730

# EKLER

## EK A

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Değerli Katılımcı;

"Sonradan Fiziksel Engeli Olan Bireylerde Travma Sonrası Büyümenin İncelenmesi" isimli bu araştırma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı Yüksek Lisans öğrencisi İrem ADSEVER tarafından Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay GÜZEL danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyüme ile algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı ve umut arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel çalışma için kullanılacak olup tamamen gizli tutulacaktır. Araştırmada kimlik bilgilerinizi ortaya çıkarabilecek sorular bulunmamaktadır. Bu güvencelerle araştırmanın kalitesini yüksek tutmak ve güvenilir sonuçlar elde etmek adına cevaplarınızda içten ve samimi olmanız umulmaktadır.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılımınızı istediğiniz zaman hiçbir neden belirtmeksizin ve bir yaptırımı olmaksızın geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak yarım ya da cevapsız bırakılan veriler değerlendirmeye alınamayacağı için çalışmada yer alan soruların boş bırakılmadan tamamlanması önemlidir.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz.

☐ Yukarıda yazılanları okudum, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Çalışmaya katılımınız ve göstereceğiniz itinadan dolayı çok teşekkürler.

Sorularınız için iletişim adresi;

E-Mail: irem_adsever@hotmail.com

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz

   ( ) Kadın ( ) Erkek

2. Yaşınız ... ... .

3. Medeni durumunuz

   ( ) Bekar ( ) Eşi vefat etmiş ( ) Boşanmış ( ) Evli ( ) Diğer... ...

4. Şu anda romantik ilişkiniz var mı?

   ( ) Evet ( ) Hayır

5. Çocuğunuz var mı?

( ) Hayır ( ) Evet (Evet ise çocuk sayısı … … )

6. Eğitim durumunuz (En son bitirdiğiniz okul)

( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans veya doktora

7. Annenizin eğitim durumu (En son bitirdiği okul)

( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans veya doktora

8. Babanızın eğitim durumu (En son bitirdiği okul)

( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans veya doktora

9. Çalışma durumunuz

( ) Devamlı bir işte çalışıyorum ( ) Devamlı bir işte çalışmıyorum

10. Aylık geliriniz (Türk lirası olarak)

( ) 0-1400 ( ) 1401-2500 ( ) 2501-3500

( ) 3501-5000 ( ) 5001-10000 ( ) 10001 ve üzeri

11. Ailenizin aylık geliri (Türk lirası olarak)

( ) 0-1400 ( ) 1401-2500 ( ) 2501-3500

( ) 3501-5000 ( ) 5001-10000 ( ) 10001 ve üzeri

12. En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri

( ) Metropol (Ankara, İstanbul, İzmir) ( ) İl ( ) İlçe

( ) Kasaba ( ) Köy

13. Kim inle/Kim lerle yaşıyorsunuz? … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

14. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

( ) Hayır ( ) Evet

Sağlık güvenceniz var ise ne olduğunu işaretleyiniz

( ) Emekli sandığı ( ) Bağ-kur ( ) SSK

15. Engel durumunuzdan dolayı bir dernek/vakıf/kuruluş üyeliğiniz var mı?
( ) Evet ( ) Hayır

16. Engel durumunuzdan dolayı diğer insanların size başkalarına davrandıklarından daha farklı davrandıklarını düşündüğünüz oluyor mu?

( ) Hayır

( ) Evet. ( Evet ise ne şekilde olduğunu belirtiniz.)

… … … … … … … … … … … … … … … … … … …

17. Engel durumunuzdan dolayı diğer insanların size ayrımcılık yaptığını düşündüğünüz oluyor mu?

( ) Hayır ( ) Evet.

17. soruya cevabınız evet ise bu ayrımcılığın ne şekilde olduğunu belirtiniz.

( ) Pozitif ayrımcılık

... ... ... 

**EK B**

**ENGELLE İLGİLİ BİLGİLER**

1. Engelinize neden olan durum nedir?

( ) Kaza ( ) Hastalık ( ) Yanlış uygulanan tıbbi bir yöntem

( ) Saldırıya uğrama ( ) İntihar girişimi ( ) Diğer ise belirtiniz ... ... ... ... ... .

2. Engelinizin türü nedir?

( ) El ( ) Kol ( ) Parmak ( ) Ayak

( ) Bacak ( ) Kalça ( ) Omuz ( ) Omurga

( ) Birden fazla ( ) Diğer ise belirtiniz ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

3. Engelinizden dolayı araç desteği alıyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Evet

Bu soruya cevabınız evet ise hangi araç olduğunu belirtiniz.

( ) Tekerlekli sandalye ( ) Koltuk değneği ( ) Protez

( ) Cihaz ( ) Diğer ise belirtiniz... ... ...

4. Kaç yıldır fiziksel engeliniz var? ... ... ... ... ...

5. Kaç yaşından beri fiziksel engeliniz var? ... ... ... ... ...

6. Başka birinin bakımına ihtiyaç duyuyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

Bu soruya cevabınız "Evet" ise bakımınıza yardımcı olan kişi/kişiler kimlerdir?

... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... 

( ) Sadece psikiyatrik yardım aldım.

( ) Hem psikolojik hem de psikiyatrik yardım aldım.

10. Engele neden olan olaydan sonra kişilik açısından ya da ruhsal açıdan engel durumunuzdan önceki halinize göre olumlu bir değişim/değişimler oldu mu?

( ) Hayır ( ) Evet

Evet ise bu değişim/değişimlerin ne olduğunu belirtiniz.

……
……
……
……
……

11. Yaşadığınız bu olumsuz olay ile başa çıkmak için şu ana kadar neler yaptınız?

……
……
……

## EK C

**Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (*Örnek maddeler*)**

1. Yaşamda neyin önemli olduğuna ilişkin önceliklerim ideğiştirdim.

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

2. Yaşamın değerini şimdi daha çok takdir ediyorum.

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

4. Kendime olan güvenim arttı.

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

5. Manevi konuları artık daha iyi anlayabiliyorum.

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

**EK D**

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (*Örnek Maddeler*)**

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

**EK E**

**Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (*Örnek Maddeler*)**

1. Dış görünüşüm le ilgili kendim i rahat hissederim .

( ) Hiç uygun değil ( ) Uygun değil ( ) Biraz uygun

( ) Uygun ( ) Tam am en uygun

2. Fotoğrafım çekilirken kendim i gergin hissederim .

( ) Hiç uygun değil ( ) Uygun değil ( ) Biraz uygun

( ) Uygun ( ) Tam am en uygun

3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim .

( ) Hiç uygun değil ( ) Uygun değil ( ) Biraz uygun

( ) Uygun ( ) Tam am en uygun

4. İnsanların görünüşüm den dolayı benden hoşlanm ayacakları konusunda endişelenirim .

( ) Hiç uygun değil ( ) Uygun değil ( ) Biraz uygun

( ) Uygun ( ) Tam am en uygun

**EK F**

**Sürekli Umut Ölçeği (*Örnek Maddeler*)**

1. Sıkıntılı bir durumdan kurtulmak için pek çok yol düşünebilirim.

( ) Kesinlikle yanlış ( ) Çoğunlukla yanlış ( ) Oldukça yanlış ( ) Biraz yanlış

( ) Biraz doğru ( ) Oldukça doğru ( ) Çoğunlukla doğru ( ) Kesinlikle doğru

2. Enerjik bir biçimde amaçlarıma ulaşmaya çalışırım.

( ) Kesinlikle yanlış ( ) Çoğunlukla yanlış ( ) Oldukça yanlış ( ) Biraz yanlış

( ) Biraz doğru ( ) Oldukça doğru ( ) Çoğunlukla doğru ( ) Kesinlikle doğru

3. Çoğu zaman kendimi yorgun hissederim.

( ) Kesinlikle yanlış ( ) Çoğunlukla yanlış ( ) Oldukça yanlış ( ) Biraz yanlış

( ) Biraz doğru ( ) Oldukça doğru ( ) Çoğunlukla doğru ( ) Kesinlikle doğru

4. Bir problemin birçok çözüm yolu vardır.

( ) Kesinlikle yanlış ( ) Çoğunlukla yanlış ( ) Oldukça yanlış ( ) Biraz yanlış

( ) Biraz doğru ( ) Oldukça doğru ( ) Çoğunlukla doğru ( ) Kesinlikle doğru

**EK G**

**TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU**

**ENSTİTÜ**

Fen Bilimleri Enstitüsü ☐

Sosyal Bilimler Enstitüsü ☒

**YAZARIN**

Soyadı : Adsever

Adı : İrem

Bölümü : Psikoloji

**TEZİN ADI**: Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyümenin incelenmesi

**TEZİN TÜRÜ**: Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐

1. Tezimin tamamından kaynak göstermek şartıyla fotokopi alınabilir. ☒

2. Tezimin içindekiler sayfası, özet, indeks sayfalarından ve/veya bir bölümünden kaynak gösterilmek şartıyla fotokopi alınabilir. ☐

3. Tezimden bir (1) yıl süreyle fotokopi alınamaz. ☐

**TEZİN KÜTÜPHANEYE TESLİM TARİHİ:**