



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA BAKIM VERENLERİN
TRAVMA BELİRTİLERİNİN VE KOLEKTİVİST BAŞA ÇIKMA
STİLLERİNİN İNCELENMESİ**

Ceren Nur ŞİMŞEK

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ

İSTANBUL - 2025

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA BAKIM VERENLERİN
TRAVMA BELİRTİLERİNİN VE KOLEKTİVİST BAŞA ÇIKMA
STİLLERİNİN İNCELENMESİ**

Ceren Nur ŞİMŞEK

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mert AKCANBAŞ

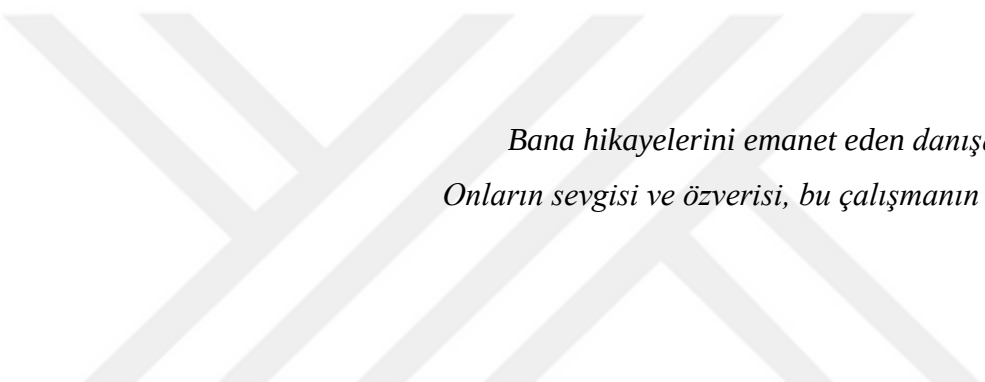
İSTANBUL - 2025

YEMİN METNİ

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

24.02.2025

Ceren Nur ŞİMŞEK



*Bana hikayelerini emanet eden danışanlarıma...
Onların sevgisi ve özverisi, bu çalışmanın temelidir.*

TEŞEKKÜR

Onkolojik sosyal hizmet alanında çalışmaya başladığım ilk günlerde hastalıkla yaşam öyküsü derinden etkilenen çocuklar ve aileleri için yapılabilecek birçok çalışmanın olduğuna inandım ve bu çalışmanın temellerini yıllar öncesinden hayal etmeye başladım. Bu nedenle öncelikle bana çalışma hayatımdaki temel motivasyonu sağlayan ve bu çalışmamın ilhamı olan çocuklara ve ailelerine teşekkür ederim.

Çalışmamda ilk kez deneyimlediğim nicel araştırma yöntemlerini kullanmamda ve travma alanında bilgi üretmemde beni motive eden, çalışmamın konusunu inşa ederken gerekli kılavuzları bulmamı sağlayan ve başaracağıma olan inancını yakından hissettiğim değerli tez danışmanım Dr. Ögt. Üyesi Mert Akcanbaş’a kalpten teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmamı yürütürken her sorumu büyük bir sabırla cevaplayan, yüzümdeki kaygıyı fark ettiği anları en güzel cümlelerle yatıştıran kıymetli süpervizörüm Doç. Dr. Merve Deniz Pak Güre’ye sonsuz teşekkür ediyorum. Onun varlığı çalışmamın ilhamını büyüttü ve temelini sağlamlaştırdı. Bir süpervizörünüz varsa mesleğinize yönelik çıkılan bir yolculuğu dünyanın en iyi rehberi ile yapıyormuş gibi hissedersiniz...

Katılımcı olan bakım verenlerin anketi doldurduktan sonra beni arayarak “Biz anketi doldurduk. Sizin için yapabileceğimiz daha ne varsa hazırız.” dediği anlar, çalışmayı hazırlarken daima kulağımda bir ses ve içimde bir motivasyon ışığı olarak var oldu. Çalışmamın önemini fark eden ve benimle her aşamasını sahiplenilen danışanlarım ile bu bağı kurmamı sağlayan ve sayısız yaşam öyküsüne eşlik etmemi destekleyen Kanserli Çocuklara Umut Vakfı (KAÇUV)’nın varlığını iyi ki diyebilmenin şansı ile kucaklıyorum. Çocukluk çağı kanserleri üzerine çalışma yapmak istediğimi duyduğunda içimdeki çalışma isteğini destekleyen ve çalışmam için yolumu açan KAÇUV Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Prof. Dr. İnci Yıldız’a teşekkür ederim. Yüksek lisansa başlarken desteğini her zaman arkamda hissettiğim ve çalışırken yüksek lisans yapabilmenin zorluklarına karşı gayretimi destekleyen, iş hayatında başarılı bir yönetici olmanın örneğini bana gösterirken şefkatli, öğretici ve destekleyici bir mentör olarak benimle bu yolu yürüten eski KAÇUV Genel Müdürü değerli Kübra Avtepe’ye teşekkürü bir borç bilirim. Aynı zamanda sivil toplum kuruluşlarında gönülden çalışmayı bana örnekleyen, kanser tedavisi gören çocuklarla çalışma sahasına deneyimleriyle beni hazırlayan,

mesleğime ve alana sunmak istediğim her katkıda beni anlayan ve benimle niyet ortaklığı yapan değerli dostum Buket Öder Uçar'ın varlığına sonsuz “iyi ki” diyorum.

Eğitim yolculuğumda daima en kıymetli yol arkadaşı olan en büyük güç kaynağım sevgili ablam Evcan başta olmak üzere yolumu kolaylaştıran ve elimden tutan tüm aile üyelerime ve dostlarıma minnet dolu sevgimi iletiyorum.

Bu çalışmamı, erken yaşta sağlık hassasiyetleri ile yaşamayı öğrenmek zorunda kalan çocuklara ve bu zorlu yolculuğa büyük özveriyle destek olan annelere, babalara, ablalara, abilere, sağlık çalışanlarına, alandaki uzmanlara ve bakım verme desteğini gönülden yapan herkese armağan ediyorum.

Şubat 2025
Ceren Nur Şimşek

ÖZET

KANSER TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA BAKIM VERENLERİN TRAVMA BELİRTİLERİNİN VE KOLEKTİVİST BAŞA ÇIKMA STİLLERİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu araştırma, kanser tanısı almış çocukların yetişkin bakım verenlerinde travma belirtilerinin varlığını ve yoğunluğunu değerlendirmeyi, ayrıca bu bireylerin kullandıkları kolektivist başa çıkma stillerini incelemeyi amaçlamaktadır. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, aile yapısı ve çocuğun hastalık süreci ile travma belirtileri ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel tasarımda ve ilişkisel tarama modeline göre gerçekleştirilmiş olup veriler nicel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'na (KAÇUV) kayıtlı ve kanser tanısı almış en az bir çocuğa bakım veren 567 yetişkin ile yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, Olayların Etkisi Ölçeği ve Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 30.0 programı kullanılarak bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü ANOVA ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %74,8'i kadın, %52,7'si 35-44 yaş grubundadır. Bakım verenlerin %93,7'si evli olup %30,9'u 25-34 yaş aralığındadır. Olayların Etkisi Ölçeği'nden elde edilen sonuçlara göre, bakım verenlerin ortalama travma skoru $48,52 \pm 18,31$ olup katılımcıların %89,1'i (n=505) belirlenen kesme puanı olan 24'ün üzerinde skor alarak yüksek travma belirtileri göstermiştir. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri sonuçlarına göre en çok kullanılan başa çıkma yöntemi aile desteği ve din-maneviyat alt boyutları olmuştur. Elde edilen bulgular, travmatik olayların etkisiyle başa çıkmada kolektivist başa çıkma stratejilerinin çeşitli yönleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum kolektivist başa çıkma stratejilerinin travma düzeyini azaltıcı etkisi olduğunu göstermektedir.

Sonuç: Kanser tanısı almış çocuklara bakım veren bireyler yüksek düzeyde travma belirtileri sergilemekte olup kolektivist başa çıkma stilleri ile bu belirtileri hafifletme eğilimindedirler. Özellikle aile desteği ve manevi inançların travma yönetiminde önemli rol oynadığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda, bakım verenlere yönelik psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı kanseri, bakım veren, travma, kolektivist başa çıkma stilleri.

ABSTRACT

EXAMINATION OF TRAUMA SYMPTOMS AND COLLECTIVIST COPING STYLES IN CAREGIVERS OF CHILDREN DIAGNOSED WITH CANCER

Aim: This study aims to assess the presence and intensity of trauma symptoms in adult caregivers of children diagnosed with cancer and to examine the collectivist coping styles they employ. The relationships between caregivers' sociodemographic characteristics, family structure, the child's illness process, trauma symptoms, and coping styles were investigated.

Materials and Methods: The study was conducted using a cross-sectional design and a correlational survey model, with data analyzed using quantitative methods. The study included 567 adults registered with the Hope Foundation for Children with Cancer (KAÇUV) who provided care for at least one child diagnosed with cancer. Participants completed a sociodemographic information form, the Impact of Events Scale, and the Collectivist Coping Styles Inventory. Data analysis was performed using SPSS 30.0, with independent samples t-tests, one-way ANOVA, and Pearson correlation analysis applied.

Results: Among the participants, 74.8% were women, and 52.7% were in the 35–44 age group. Of the caregivers, 93.7% were married, while 30.9% were between the ages of 25 and 34. According to the results obtained from the Impact of Event Scale, the average trauma score of caregivers was 48.52 ± 18.31 , and 89.1% (n=505) of the participants scored above the predetermined cutoff point of 24, indicating high levels of trauma symptoms. Based on the results of the Collectivist Coping Styles Inventory, the most frequently used coping methods were family support and the religion-spirituality subdimensions. The findings suggest that collectivist coping strategies are associated with various aspects of managing the impact of traumatic events. This indicates that collectivist coping strategies may have a mitigating effect on trauma levels.

Conclusion: Caregivers of children diagnosed with cancer exhibit high levels of trauma symptoms and tend to alleviate these symptoms through collectivist coping styles. In particular, family support and spiritual beliefs play a crucial role in trauma management. Based on these findings, it is recommended to strengthen psychosocial support mechanisms for caregivers.

Keywords: Childhood cancer, caregiver, trauma, collectivist coping styles.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Çocukluk Çağı Kanseri Kavramı	6
2.1.1. Çocukluk çağı kanserlerinin etiyolojisi	6
2.1.2. Çocukluk çağı kanserinin epidemiyolojisi	6
2.1.3. Çocukluk çağı kanserlerinin bakım verene ve aileye etkileri	8
2.2. Travma Kavramı	10
2.3. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Modeli	14
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	14
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	15
3.4.1. Sosyodemografik bilgi formu.....	15
3.4.2. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)	15
3.4.3. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri (KBÇSE).....	16
3.5. Araştırmada Verilerin Toplanması	17
3.6. Araştırmada Verilerin Analizi	17

3.7. Araştırmanın Etiği	18
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR	19
4.1. SosyoDemografik Bulgular	19
4.2. Kanser Tanısı Almış Çocuğun Sosyodemografik ve Sağlıkla İlişkili Bulguları.....	24
4.3. Olayların Etkisi Ölçeği ve Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterine İlişkin Bulgular	29
5. TARTIŞMA	102
5.1. Sosyodemografik Bulguların Tartışılması	102
5.2.Kanser Tanısı Almış Çocuğun Sosyodemografik ve Sağlıkla İlişkili Bulgularının Tartışılması.....	105
5.3.Olayların Etkisi Ölçeği ve Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	108
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	115
7. KAYNAKLAR.....	121
EKLER.....	126
ÖZGEÇMİŞ	139

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	19
Tablo 2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	19
Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	20
Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	20
Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	21
Tablo 6. Katılımcıların Çalıştıkları Sektöre Göre Dağılımı	21
Tablo 7. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı	22
Tablo 8. Katılımcıların Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.....	22
Tablo 9. Katılımcıların Hanelerindeki Kişi Sayısına Göre Dağılımı	23
Tablo 10. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Kardeş Sayısına Göre Dağılımı	23
Tablo 11. Katılımcıların Aile Türlerine Göre Dağılımı	23
Tablo 12. Katılımcıların Yaşadığı Yerleşim Yerine Göre Dağılımı	24
Tablo 13. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Yaşına Göre Dağılımı.....	24
Tablo 14. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Cinsiyetine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 15. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Tanı Süresi.....	25
Tablo 16. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Tanısına Göre Dağılımı	26
Tablo 17. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Güncel Sağlık Durumuna Göre Dağılımı	26
Tablo 18. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Nüks Yaşama Durumuna Göre Dağılımı	27
Tablo 19. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Engellilik Durumuna Göre Dağılımı	27
Tablo 20. Katılımcıların Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 21. Tedavi Gören / Tedavi Görmüş Çocuk Dışında Ailede Farklı Bir Kronik ya da Kalıtsal Hastalığı Olan Başka Bir Aile Üyesinin Olma Durumuna Göre Dağılım	28
Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Göçü Yaşama Durumuna Göre Dağılımı	29
Tablo 23. Olayların Etkisi Ölçeğine (IES-R) İlişkin Bulgular	29
Tablo 24. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) - Kesme Puanı Üzerindeki Katılımcıların Sıklığına Dair Bulgular	30
Tablo 25. Travmatik Olay Etki Endeksi - Problem Çözme Endeksi Bulguları	30
Tablo 26. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterine İlişkin Bulgular	31
Tablo 27. Yaş Gruplarına Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	32
Tablo 28. Cinsiyete Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı.....	37
Tablo 29. Medeni Duruma Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	39

Tablo 30. Eğitim Düzeyine Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	42
Tablo 31. Çalışma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	47
Tablo 32. Çalışma Sektörüne Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	49
Tablo 33. Gelir Düzeyine Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	53
Tablo 34. Aile Türüne Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	56
Tablo 35. Yaşanan Yere Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	59
Tablo 36. Çocuğun Yaş Aralığına Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	63
Tablo 37. Çocuğun Cinsiyetine Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	67
Tablo 38. Tanı Süresi ile IES-R ve KBÇSE Skorlarının Korelasyonu	69
Tablo 39. Çocuğun Hastalık Tanısına Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	71
Tablo 40. Çocuğun Güncel Sağlık Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	77
Tablo 41. Çocuğun Hastalığının Nüks Etme Duruma Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı.....	83
Tablo 42. Çocuğun Farklı Bir Engelinin/Hastalığının Olma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı.....	85
Tablo 43. Tanıya Dair Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı.....	87
Tablo 44. Bakım Verilen Çocuğun Kardeş Sayısına Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı.....	90
Tablo 45. Çocuk Dışında Hanede Farklı Kronik/Kalıtsal Hastalık Tanılı Kişi Olma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	94
Tablo 46. Sağlık Göçü Yapma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı	96
Tablo 47. Olayların Etkisi Ölçeği ile Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri Arasındaki Korelasyon	99

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

DSM	:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
IES-R	:	Olayların Etkisi Ölçeği
KAÇUV	:	Kanserli Çocuklara Umut Vakfı
KBÇSE	:	Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri
SEER	:	Surveillance, Epidemiology, and End Results
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
TPOG	:	Türk Pediatrik Onkoloji Grubu
TPHD	:	Türk Pediatrik Hematoloji Derneği
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
Türk-İş	:	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, vücutta bir dokunun olağan seyrinde çoğalmaması sonucunda ortaya çıktığı ve kaynaklığı dokuda tahribat oluşturarak uzak dokulara yayılım gösterdiği bilinen kronik bir hastalıktır. Oluşan ve yayılım gösteren bu dokular tümörlerin oluşmasına neden olurken vücudun normal çalışma düzenine de etki etmektedir (Yıldız, 2008). Çocuklarda kanser tanısı, erişkinlere kıyasla daha az görülse de tedavinin zorluğu ve kronik bir hastalık olması çocuk hastaları da birçok açıdan yüksek oranda etkilemektedir.

Çocukluk çağında kanser tanısı alma oranının her geçen gün arttığı ve söz konusu artışın devam edeceği öngörülmektedir (Johnston vd., 2021). Kanser tanısı alma sıklığının yükselmesi ve yaş itibarıyla çocuk hastaların bir bakım veren desteğine ihtiyaç duyması konunun önem düzeyini arttırmaktadır. Kanser tanısı almak ve bir tedavi sürecine başlamak kuşkusuz çocuk için çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal zorlayıcı duruma sebep olurken sürecin bir başka aktörü olan bakım verenlerin de süreçten çok yönlü etkilendiği görülmektedir. Kanser tanısının ilk öğrenildiği an, tanı sonrasında yapılan operasyonlar, uzun süreli hastane yatışları, tedavi amacıyla yaşanan sağlık göçü, tedavinin yan etkileri, tedavi seyrinin öngörülememesi ve hastalığın nüksetmesi gibi başlıca sorunlar bakım vereni psikolojik olarak etkileyen sebeplerdir (Aygüneş vd., 2023).

Kanser, uzun süreli bir stresör olarak görülmekte ve çocuk başta olmak üzere bakım verenin de içinde bulunduğu bağlamın işlevselliğini, ilişkileri, rolleri etkilemektedir. Bakım verenlerin genellikle çocuğun ailesinin bir üyesi olduğu düşünüldüğünde kanser, bir aile hastalığı olarak ifade edilmekte ve ölüme ya da fiziksel bir kayba dair algı oluşturarak bakım verenleri psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Tıptaki gelişmelere rağmen kanser kavramının yarattığı korku, yaşam ve gelecek kaygısı, tedavinin yan etkilerine dair oluşan stres bakım verenler tarafında birçok hastalık türünde görülemeyecek şekilde farklı olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir (Bostancı vd., 2007).

Travma, en temel anlamıyla bedene dıştan bir etki ile zarar verilmesi olarak tanımlansa da yıllar içerisinde tanımı genişleyerek birçok fiziksel ve psikolojik etken ile tanımı yeniden çalışılmış bir kavramdır. Özellikle travmatik olayın ne olduğuna dair kavramsal çalışmalar sürdürülerek doğrudan ya da dolaylı birçok olasılık kavramının içine dahil edilmiştir. Travmatik

olayı doğrudan yaşamanın yanı sıra yaşayan kişiye şahit olmak ya da olayı duymak da kişinin travmatize olmasının mümkün kılmaktadır (Çolak vd., 2010).

Çocukluk çağı kanseri, bakım desteği alınması gerekli olan kronik bir hastalık olduğu için bakım veren kişileri sürecin merkezine almaktadır. Bakım veren kişi, kanser tanısının biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerini doğrudan yaşamasa da tanının tüm aşamalarını yakından takip etmesi ve hastaya refakatçi olması sebebiyle hastalıktan dolayı etkilenmektedir. Bu etkilenme ile bakım veren kişi, kanser tanısı alan çocuk ile benzer fiziksel ve psikolojik belirtileri gösterebilmektedir. Bakım verenler, kanser tanısı sonrasında gelişen birçok sorun ile mücadele ederken çocuğa ve ailenin diğer üyelerine de destek olmaya çalışması süreçte gelişen kendi gereksinimlerini ikinci plana atmasına ve yükümlülüklerinin artmasına sebep olmaktadır (Coşkun Şimşek & Günay, 2023).

Tanı alma sıklığı çocukluk çağı kanserlerinde her geçen gün artış gösterirken tanı alan çocuğa bakım veren kişilerde çeşitli travma belirtileri ve psikolojik rahatsızlıklar gözlemlendiği araştırmalarla desteklenmektedir. Kanser tanısı almış çocuğun bakım vereni ve ebeveyni olan kişilerde tanıdan kaynaklı stres, depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gözlemlendiği belirlenmiştir. Bu durum kanser tanısı sonrasında gelişen psikolojik rahatsızlıkların sadece tanı almış çocuklarda görülmediğini ve bakım verenlerin de söz konusu rahatsızlıkları yaşayabileceğini göstermektedir (Kazak, 2005). Tedavi sürecinde bakım verenler, yaşadığı zorlanmalar için çeşitli baş etme mekanizmalarına ihtiyaç duyabilmektedir.

Kişiler, yaşadıkları zorlu olaylar karşısında özellikle fiziksel ve psikolojik iyilik halini koruyabilmek için çeşitli stratejiler geliştirebilmektedir. Bu stratejiler kişinin sosyal kaynaklarını harekete geçiren, motivasyonu destekleyici, beraberinde bazı değişimleri getiren güçlendirici kaynaklardan oluşabilmektedir. Stresli olay ya da durum karşısında başvurulmuş bu kaynaklar kişinin baş etme süreçlerini kolaylaştırmaktadır. Baş etme sürecindeki kaynaklar söz konusu zorlayıcı olay ya da durumun etkisinin kişi tarafından daha az hissedilmesine ya da etkilerinin ortadan kalkmasına olanak sağlayabilmektedir (Deniz & Yılmaz, 2016).

Kişinin baş etmeye çalıştığı olayın ya da durumun ne olduğu kadar kişinin içinde bulunduğu sosyal çevre ve kültürü de baş etme stillerinin oluşmasında önemli bir etkidir. Özellikle kişinin baş etme stillerinde kültürü öğelerin belirleyici olduğu bilinmektedir. Yaşanılan olay ya da durum bireysel ölçekte olsa dahi kişilerin başa çıkma stillerinin toplulukçu kültür öğeleri barındırdığı ve bu doğrultuda baş etme stillerinin gelişmeye yaktın olunduğu

savunulmaktadır. Bu savunu, kolektivist başa çıkma stillerinin varlığını ve etkilerini inceleyen çalışmaları beraberinde getirmektedir (Kağıtçıbaşı, 2010).

Kolektivist başa çıkma stilleri; kabul, yeniden yapılandırma ve çabalama, aile desteği, din-maneviyat, kaçınma-ayrışma, ve özel duygusal paylaşımlar gibi çeşitli alt faktörlerden oluşmaktadır. Alt faktörlerin etkinliği ya da kişiler tarafından bir kaynak olarak başvurma sıklığı kültüre göre değişkenlik göstermektedir. Başa çıkma stillerinin bireyci ve toplulukçu kültüre göre farklılıklar gösterdiği bilinmektedir (Heppner vd., 2006). Kişiler kolektivist başa çıkma stillerinde bulundukları bağlam ve sahip oldukları inanç ve değerler doğrultusunda davranış modeli geliştirmektedir. Böylece baş etmeyi gerektiren stresli olay ya da travmatik durum karşısında gücünü arttırmaktadır. Olay ya da durum karşısında kişinin güç kaynaklarını arttırması stresli olay ya da travmatik durumun etkisinin azaltmaktadır (Çimen, 2020).

Kanser tanısı almış çocuğun bakım vereni olan kişilerin de uzun süreli bir stresör olan tedavi ve tedavi sonrası dönemin etkilerini yüksek düzeyde yaşamaktadır. Yüksek düzeyde strese maruz kalan bakım verenlerin bütüncül iyilik hallerini koruyabilmeleri ve bakım veren rollerini yerine getirebilme arzularını destekleyebilmeleri için çeşitli kolektivist başa çıkma stillerine başvurma mümkündür. Çocuğun tanı ve tanı sonrası döneminde bakım veren desteğinin yadsınamaz bir gereksinim olduğu düşünüldüğünde bakım veren kişilerin bir güç kaynağı araması ve toplulukçu bir kültür içerisinde desteklenmesi çocuğun tedavisinin sürdürülebilirliğinin sağlanması ile kuşkusuz doğrudan ya da dolaylı bağlantısı bulunmaktadır.

Kanser gibi süreğen bir hastalık, hastalıktan etkilenen birincil ve ikincil tüm aktörlerin travmatik belirtiler gösterme ihtimalini arttırdığı düşünülmektedir. Bakım verenlerin travma belirtileri üzerine sınırlı sayıda çalışma üretildiği görülmekte ve bu durum araştırmanın önemini arttırmaktadır. Bu doğrultuda çalışmada, kanser tanısı almış çocuğun yetişkin bakım verenlerinin travmatik belirti gösterip göstermediğine dair bir değerlendirme yaparken bakım verme sürecindeki kişilerin başa çıkma stillerini kolektivist toplum çerçevesinde incelemek amaçlanmaktadır. Çalışma ile literatüre katkı sunarken bu alanda çalışan uzmanları destekleyecek bir araştırma ortaya koyulması planlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; kanser tanısı almış çocuğun yetişkin bakım verenlerinin travmatik belirti gösterip göstermediğine dair bir değerlendirme yaparken bakım verme sürecindeki kişilerin başa çıkma stillerini kolektivist toplum çerçevesinde incelemektir. Bu

amaç doğrultusunda yetişkin bakım verenlerden oluşan örneklem grubuna; sosyodemografik özellikleri, travma belirtileri ve başa çıkma stilleri açısından inceleme ve karşılıklı değerlendirme yapılmıştır. Çalışma ile bu konuda bilgi üretmek, literatüre katkı sağlamak ve alanda çalışacak uzmanları desteklemek hedeflenmiştir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın alt amaçları ve cevaplanmak istenen sorular aşağıdaki gibidir.

- Kansere tanısı almış çocuğa bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Kansere tanısı almış çocuğa bakım verenlerin aile yapısı ile ilgili özellikleri nelerdir?
- Kansere tanısı almış çocuğun hastalığı ile ilgili özellikleri nelerdir?
- Kansere tanısı almış çocuğa bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, aile yapısı ve çocuğun hastalığının özellikleri ile bakım verenlerin travma belirtisi göstermesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Kansere tanısı almış çocuğa bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, aile yapısı ve çocuğun hastalığının özellikleri ile bakım verenlerin kolektivist başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Kansere tanısı almış çocuğa bakım verenlerin travma belirtisi göstermesi ile kolektivist başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Söz konusu amaçlar kapsamında aşağıdaki hipotezler belirlenmiştir.

- Bakım verenlerin travma belirtisi göstermesi kansere tanısı almış bir çocuğun bakım vereni olması ile ilişkilidir.
- Bakım verenlerin travma belirtisi göstermesi ile kolektivist başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, aile yapısı ve çocuğun hastalığının özellikleri ile bakım verenlerin kolektivist başa çıkma stillerinin niteliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, aile yapısı ve çocuğun hastalığının özellikleri ile bakım verenlerin travma belirtisi göstermesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Kanseri Kavramı

Kanser, günümüzde uzun süreli tanı ve tedavi süreçlerini beraberinde getirmesi ile insanların yaşamını fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik ölçekte etkileyen önemli bir sağlık problemi olarak görülen hastalık türüdür (Kutlu vd., 2011).

Çocukluk çağı kanseri, vücutta bir dokunun anormal şekilde çoğalmasıyla ortaya çıkan, çıktığı dokunun işlevini bozan ve ayrıca bulunduğu çevreye ve/veya uzak dokulara da yayılarak tanımlanan kanser hastalığının, 0-17 yaş arasında görüldüğü türlerini kapsamaktadır (Yıldız, 2008). Çocuklarda kanserin görülme sebebi bilinmemektedir ancak genetik ve çevresel nedenlerin çocukluk çağı kanserlerinin risk faktörleri arasında olduğuna dair yaygın bir görüş mevcuttur (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2020).

2.1.1. Çocukluk çağı kanserlerinin etiyolojisi

Kanserin çocuklar üzerindeki fiziksel, psikolojik veya bilişsel etkilerini bilmek kadar bir çocuğun ve bakım vereninin bu etkilerle nasıl baş edeceğine dair güç kaynaklarını bilmesi de önemlidir. Çocuğun ve bakım verenin tanı ve tedavi sürecindeki bilinçlenme gayreti çocukluk çağı kanserinin risk faktörlerini anlamak ile başlayabilmektedir.

Çocukluk çağı kanserinin sebebinin tam olarak araştırmalar ile açıklanamadığı ancak çeşitli risk faktörlerinin hastalığın oluşmasına etken olabileceği düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sunduğu bilgilere göre hücre çoğalmasını kontrol eden sistemlerde çevresel ya da bireysel nedenlerden dolayı oluşan mutasyonlar, sağlıksız yaşam koşulları, bazı virüsler ve X ışınları kanserin nedenleri arasında görülebilmektedir (Kılıç & Günaydın, 2019).

Kanserin sebebi kesin olarak bilinmemektedir ancak kesin olarak bilinen bir özelliği bulaşıcı bir hastalık olmamasıdır. Nadir tümörler olarak adlandırılan bazı türleri dışında çocukluk çağı kanserlerinin kalıtsal özellik taşımadığı da bilinmektedir (Yıldız, 2008).

2.1.2. Çocukluk çağı kanserinin epidemiyolojisi

Dünya genelinde 2020 yılında yaklaşık 20 milyona yakın kişinin ilk defa kanser tanısı aldığı yapılan araştırmalar ile belirlenmiştir (Özyürek Ucael, 2024). Çocukluk çağı kanserleri,

hayat boyu görülen tüm kanser tanılarının %2-4'ünü kapsamaktadır. Çocukluk çağı kanserlerinde yeni tanı sayısının dünya genelinde yılda yaklaşık 400.000 olduğu, nükseden ve tedavisi devam eden tanılarla birlikte bu sayının yaklaşık 450.000 olduğu tahmin edilmektedir (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2020). Çocukluk çağı kanserlerinin sıklığı ve sağkalım oranları hakkında tam veriye ulaşmak dünya genelinde birçok bölgede kanser kayıtları eksiksiz bir şekilde tutulmadığı için oldukça güçtür. 2022 yılında dünya genelinde yapılan araştırmalarda 275.000'den fazla çocukluk çağı kanser tanısının alındığı ve 105.000'den fazla çocuğun ise kanser sebebiyle kaybedildiği bilinmektedir. Aynı araştırma sonuçlara göre tanı ve kayıp oranlarının çeşitli tanı ve tedavi zorlukları sebebiyle daha yüksek olabileceğini ortaya koymaktadır (Kutluk, 2024).

Türk Pediatrik Onkoloji Grubu / Türk Pediatrik Hematoloji Derneği (TPOG/TPHD)'nin 2002-2022 yılları arasında derlediği hasta kayıtlarına göre çocukluk çağı kanserlerinde en sık tekrar eden tanıların ilk üç sırasında lösemi, lenfoma ve beyin tümörü tanılarının olduğu bilinmektedir (Kutluk, 2024). Çocukların yaşlarına göre tanıların görülme sıklığı da değişkenlik gösterebilmektedir. Daha büyük yaş diyebileceğimiz ortalama 11-12 yaşlarındaki çocuklarda kemik tümörleri ve epitelyal tümörler görülebiliyorken retinoblastom, sempatik sistem tümörleri, böbrek ve karaciğer tümörleri gibi tanılar çocuklarda ortalama 2-5 yaş aralığında daha sık teşhis edildiği bilinmektedir (Kutluk, 2024).

Çocukluk çağı kanserlerinde tedaviler ile elde edilen olumlu sonuçlar günümüzde çok sayıda hastanın uzun süreli yaşam sağladığını göstermektedir (Yıldız, 2008). Tedavilerdeki başarı oranları ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Günümüzde yapılan araştırmalar da çocukluk çağı kanserlerindeki sağkalım oranlarındaki artışı belgeler niteliktedir.

SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) veri tabanındaki 1975-2019 yılları arasındaki 45 yıllık çocukluk çağı kanseri verilerini analiz ederek görülme sıklığı, hayatta kalma oranları ve demografik faktörlerin etkilerinin incelendiği araştırmada 100.000 çocuk başına 14,23 olan kanser görülme oranı, 2010-2019 yıllarında 18,89'a yükseldiği tespit edilmiştir. Yıllık ortalama artış oranı %0,73 olarak belirlenmiştir. Tanı testlerindeki ilerlemeler ve daha kapsamlı kayıt sistemleri, insidanstaki artışın bir kısmını açıklasa da artışın kesin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Aynı araştırmada kanser kaynaklı ölüm oranları 100.000 çocuk başına 4,9'dan 2,3'e düştüğü görülmektedir. Multi-disipliner tedavi ekiplerinin oluşturulması, kemoterapi protokollerindeki gelişmeler, hedefe yönelik tedaviler ve

immünoterapilerin eklenmesiyle birçok kanser türünde sağkalım oranları iyileşmiştir (Sultan vd., 2025). Çocukluk çağı kanserlerinin teşhis edilme sıklığı artsa da ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak tedavilerdeki başarı oranlarının artmasıyla çocuklar için sağlıklı ve uzun bir yaşam mümkün kılınabilmektedir.

Dünya genelindeki 5 yıllık sağkalım oranı 1975-1979 yıllarında %63,1 iken 2010-2019 yıllarında %85,2'ye yükseldiği araştırmalar ile desteklenmektedir. Lösemi tanılı çocuklarda 5 yıllık sağkalım oranının %48,2'den %85,1'e çıktığı, lenfoma tanılarında ise 5 yıllık sağkalım oranının %72,9'dan %94,2'ye çıktığı ve tüm çocukluk çağı kanserlerinde ise yaşam hızlarının %80'i aştığı görülmektedir. Buna karşın, merkezi sinir sistemi tümörleri, kemik tümörleri ve sarkomlar için sağkalım oranlarının %60 civarında olduğu bilinmektedir (Sultan vd., 2025). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da kanser tanısı almış çocukların 5 yıllık yaşam hızları %70'in üzerinde hesaplandığı ve dünyadaki yaşam hızlarına yakın bir başarı sergilendiği görülmektedir (Kutluk, 2024). Şüphesiz tedavi oranlarındaki başarılar ve yaşam hızlarındaki artışlar, az gelişmiş ve düşük gelir kategorisindeki ülkelerde daha düşük oranlarda görülmektedir (Deniz, 2022). Araştırmalardan elde edilen bulgular bakım verenlerin çocukluk çağı kanserine yönelik umutlu bir tedavi dönemi geçirmesini sağlarken bir yandan da kanser bakımında eşitliği sağlama gerekliliğini vurgulamaktadır.

2.1.3. Çocukluk çağı kanserlerinin bakım verene ve aileye etkileri

Çocuklar anne karnından itibaren çeşitli sağlık risklerine karşı savunmasız konumdadır ve uzun bir süre dışarıdan desteklenmeye gereksinim duymaktadır. Çocukluk çağında birçok çocuk sayısız kez farklı ölçeklerde hastalık geçirebilmektedir. Bazı hastalıklar hafif semptomlar ile yaşanıp kısa sürede çocuğun gündelik yaşamına dönüşünü mümkün kılarken bazı hastalıklar ise semptomları yoğun seyreterek tedaviden kaynaklı çeşitli yan etkilere sebep olup çocuğun gündelik yaşamına önemli ölçüde etki edebilmektedir. Çocukluk çağı kanserleri de tedavinin yan etkilerinin çeşitli ve yoğun olduğu aynı zamanda çocuğun günlük yaşam alışkanlıklarını doğrudan etkileyen bir hastalıktır.

Tanı ve tedavi sürecinin zorlu ve uzun birçok gerekliliği beraberinde getiriyor olması tanı sahibi kişinin bir çocuk olması sebebiyle çocukluk çağı kanserlerinde mutlaka bir bakım veren desteği aranmaktadır. Çocukluk çağı kanserlerinde başta aileden olmak üzere bir bakım verenin varlığı tedavisinin gerekliliği kadar önemlidir. Tanı ve tanı sonrası dönemdeki tüm

süreçlere yakından şahit olan bakım verenler için tedaviye eşlik etmek en az kanser tanısı alan çocuk kadar psikososyal açıdan zorlayıcı bir dönemdir.

Bakım verenlerin genellikle çocuğun ebeveyni olduğu ya da ailenin bir üyesi olduğu düşünüldüğünde çocuğun kanser tanısı alması aile içindeki ilişkileri ve sosyoekonomik dinamikleri çeşitli açılardan etkileyebildiği bilinmektedir. Freud'a göre aile, aile sistemindeki dengelerin bozulduğu hallerde zayıflayabilen birbirine bağlı dinamik bir ünedir. Ailelerde dış bir kaynağa bağımlı kalan üyelerin ailelerde olması durumunda aile içindeki dengelerin bozulacağı ve hatta ailenin dağılma tehlikesi ile karşı karşıya kalabileceğine yönelik öngörüsüyle de bu fikrini desteklemektedir (Futcher, 1988). Hastalıklar kişileri bakım alma gerekliliğinden kaynaklı dışa bağımlı hale getirebilmektedir. Freud'un savunusuna göre de kronik hastalıkların aile içerisine dahil olması aile sistemini çeşitli tehlikelere karşı savunmasız bırakabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle ailedeki hasta kişinin temel gereksinimlerinin yanı sıra bakım verenin ve ailenin bütüncül gereksinimlerinin de dikkatle takip edilmesi gerekmektedir. Özellikle bakım gereksinimi olan kişi, ailenin devamlılığını sağlayacağına inanılan çocuk olunca bakım verenlerin hassasiyetleri ve psikolojik gereksinimleri aile içerisinde daha fazla hissedilmektedir.

Bakım verenler çocuğun kanser tanısı almasından itibaren derin bir psikolojik yıkım yaşayabilmekte, gündelik yaşam fonksiyonları bozulabilmekte, tedavinin yan etkileri ve çocuğun kaybı gibi risklerle baş etmek zorunda kalabilmektedir. Bakım verenler için kanser tanısı ile psikososyal açıdan yorucu ve yıpratıcı bir dönem başlamaktadır (McCarthy vd. 2009).

Çocuğa bakım verenler; kendi kişilik özellikleri, içinde bulundukları koşullar ve çocuğun hastalığının seyrine göre tanı ve tanı sonrası döneme farklı tepkilerle karşılık verebilmektedir. Çocuğun kanser tanısı almasına öncelikle verilen tepki şok olarak görülmektedir. Şok; genellikle korku, gerçekliği sorgulama, anksiyete ve inkâr etme ile gerçekleşmektedir. Bu aşamayı kızgınlık ve suçlama duygusu takip etmektedir. Bakım verenin ailesinin genetik ve fiziksel özelliklerini suçlaması ya da yetkin bir bakım veremediğini düşünerek suçluluk hissine kapılması mümkündür. Bu aşamada yaşanan suçluluk ve suçlamalar aile içindeki dinamikleri olumsuz etkileme ihtimali bulunmaktadır. Kişinin günlük hayat rollerinin gerektirdiği sorumlulukların üzerine bakım veren rolü de eklendiğinde günlük yaşamın akışında bozulmalar meydana gelebilmekte ve bakım veren kişi için üzüntü, umutsuzluk, depresyon, kaçınma ve ayrışma gibi psikolojik sonuçlar meydana gelebilmektedir (Bostancı vd., 2007).

Yapılan çalışmalarda genellikle tanı alan çocukların gereksinimleri ve semptomları üzerinde durulsa da bakım verenlerin bu süreçteki fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutta yaşadığı zorluklar göz ardı edilmemelidir. Tedavi girişimleri ve cerrahi müdahalelerin yarattığı endişe, çocuğun ilk tanı aldığı ya da tanının nüksettiğinin öğrenildiği anki şok, refakatçi olmanın getirdiği fiziksel yorgunluk, tedavi merkezlerine ulaşırken yaşanan zorluklar, tedavi maliyetinden kaynaklı doğan ekonomik sorunlar, sağlık ekibi ile ilişkilerden doğan zorlanmalar gibi birçok problemin merkezinde bakım verenler kendilerini bulabilmektedir (Bostancı vd., 2007).

2.2. Travma Kavramı

Travma, bireyin fiziksel veya psikolojik bütünlüğünü tehdit eden, derin stres ve rahatsızlığa yol açan olaylar veya deneyimler olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, tarihsel süreçte farklı şekillerde ele alınmıştır. Örneğin, 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın ilk yarısında, "travma" terimi genellikle fiziksel yaralanmaları ifade etmek için kullanılmıştır. Psikolojik etkiler ise sınırlı bir şekilde ele alınmıştır. O dönemde travma sonrası psikolojik rahatsızlık yaşayan bireylerin zihinsel bir hastalığı olduğu veya bu tür rahatsızlıklara yatkın oldukları düşünüldüğü bilinmektedir (Özen, 2017).

Travma kavramı, zamanla daha geniş bir perspektifle ele alınmaya başlanmıştır. Sadece yaşamı tehdit eden olaylar değil, duygusal istismar, ekonomik istismar, zorbalık ve ihmal gibi doğrudan yaşamı tehdit etmeyen ancak bireyin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen deneyimlerin de travmatik tepkilere yol açabileceği kabul edilmektedir. Özellikle gelişimsel dönemlerde maruz kalınan bu tür deneyimler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak adlandırılan ve kişinin benlik algısı, duygusal gelişimi, düşünme süreçleri ve kişiler arası ilişkilerinde zorluklara neden olan bir duruma yol açabilmektedir (Herman, 2016). Travma kavramının anlamının genişlemesi ile travmatik olaylara tanık olmanın da travma sonrası bozuklukların teşhisi için yeterli bir sebep olarak kabul edilmiştir (Çolak vd., 2010).

Travma sonrasında merkezi sinir sistemi ve fizyolojik alanlar başta olmak üzere birçok değişikliğin meydana geldiği bilinmektedir. Travmayı oluşturan olayların bireyin düşünme şeklini, biyolojisini ve günlük yaşamından hislerine kadar birçok oluşturduğu tepkiyi değiştirdiği görülmektedir. Travma sonrasında bireylerde sıkça gözlemlenen belirtilerden bazıları uyku bozuklukları, iş ve aile yaşamına ilginin azalması ya da yok olması, yalnızlık

duygusu, tetikte olma, tedirgin hissetme, duygu dalgalanmaları, geçmişini yeniden yaşama şeklinde ifade edilmektedir (Akcanbaş, 2022).

Travmaya bağlı stres belirtileri, Öztürk ve Uluşahin'in (2008) çalışmasında kategori edilerek açıklanmış, Kılıç ve Günaydın'ın (2019) çalışmasında aşağıdaki şekilde yer verilmiştir.

Ruhsal tepkiler: Olumsuz düşünceler, şok, karmaşıklık, konsantrasyon eksikliği, inkâr, odaklanma güçlüğü, problem çözme ve karar vermede güçlükler.

Fiziksel tepkiler: Bitkinlik, yorgunluk, kaçınma, uzak durma, kalp çarpıntısı, aşırı uyarılmışlık, psikosomatizasyon, yeme bozuklukları ve uyku bozuklukları.

Duygusal ve Davranışsal tepkiler: İçer kapanıklık, huzursuzluk, kişiler arası ilişkilerde yaşanan problemler, agresyon, korku ve kaygılar, olayın tekrarlanması korkusu, anti-sosyal davranışlar, yaralanma, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ölüm korkusu, panik, depresyon, yas ve çaresizlik.

Algısal çarpıtmalar: Travmatik deneyimi çarpıtma, görsel ve işitsel çarpıtmalar, zaman algısında değişiklik, rahatsız edici olduğu iddia edilen uyaranlar ve çağrışımlar, beden imgesinde bozukluklar, gerçek dışılık (Kılıç & Günaydın, 2019).

Kanser tanısı almış çocuklara bakım verenlerin, çocukların tanı ve tedavi süreçlerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan önemli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu süreç, bakım verenlerde yüksek düzeyde stres, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal semptomlara yol açabilmektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada, kanserli çocuğa sahip ebeveynlerin orta düzeyde depresyon, yorgunluk ve anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (Semerci & Pehlivan, 2023). Bu durum travma kavramının DSM-V'deki tanımı ile doğrudan ilişkili olup kişinin travma tepkileri göstermesi için yaşamı tehdit eden olayı şahsen yaşamasına gerek kalmaksızın olayı yaşayan kişinin deneyimine şahit olması ve yakından eşlik etmesi de yeterli olduğunu göstermektedir.

2.3. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri

Stres ve travma belirtileri ile başa çıkmak için çeşitli güç kaynakları ve yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerden biri de kolektivist başa çıkma yöntemidir. Kolektivizm kavramı, bireyselleşmenin yerini gruplaşmaya bırakması ve bireylerin gruplar ile bütünleşmesi olarak tanımlanmaktadır. Kolektivist yöntemler, toplum odaklı düşünmeyi ve toplum için

hareket etmeyi önceliklendirmektedir. Kolektivist kültürlerde bireyden öte grup için dışsal faktörler dikkate alınarak bir davranış modeli oluşturulması desteklenmektedir. Sadakat ve dayanışma kavramları kolektivist toplumlarda en bağlı kalınan değerler arasında gösterilmektedir (Ayar vd., 2022).

Kişilerin kullandıkları başa çıkma yöntemleri içinde bulundukları ya da yetiştikleri kültüre göre değişkenlik gösterebilmektedir. Kolektivist başa çıkma stillerinde; aile desteği, aile büyüklerine saygı, hoşgörü, otoriteye itaat, sosyal aktivite ve kadercilik gibi daha çok kolektivist kültürde karşımıza çıkan değerler yer almaktadır. Aile desteği, kaçınma-ayrışma, din ve maneviyat, özel duygusal paylaşımlar ve kabul ve yeniden yapılandırma gibi alt faktörleri bulunduran kolektivist başa çıkma stilleri toplulukçu kültürlerde bireyci kültürlere nazaran daha çok kullandıkları araştırmalarda tespit edilmiştir (Heppner vd., 2006). Kolektivist başa çıkma stilleri, bireylerin stres ve zorluklarla mücadele ederken sosyal destek ağlarına yönelerek dayanışma ve iş birliği içinde hareket etmelerini ifade ettiği ve topluluk odaklı bir perspektifi yansıttığı görülmektedir.

Kolektivist başa çıkma stillerinin alt faktörlerinden ilki olan aile desteği, stresli ya da zorlayıcı durumlarla başa çıkmada ailenin desteğine güvenme ve ailenin rehberliğinden yararlanma sürecini ifade etmektedir. Kolektivist kültürlerde, aile bireylerinin biyolojik bağların da etkisiyle birbirine bağlılığı yüksek olduğundan zor zamanlarda aileden duygusal, finansal veya pratik destek almak yaygındır (Çimen, 2020). Zor bir karar verirken ailenin fikrini almak, stresli bir olay yaşandığında aile üyeleriyle konuşmak, maddi veya manevi krizlerde ailenin desteğini talep etmek ya da aile büyüklerinin tavsiyelerine uyarak stresle mücadele etmek gibi davranışlar aile desteğine örnek olabilmektedir.

Din ve maneviyat boyundaki kolektivist başa çıkma stili, kişinin dini inançları ve manevi değerleri aracılığıyla güç bulmasını, stresli durumları kabullenmesini ve hayatın anlamını sorgulamasını ifade edilebilmektedir (Özcan & Yıldız, 2022). Zor zamanlarda dua etmek, manevi liderlerden destek almak, hayattaki zorlukları kaderin bir parçası olarak görmek ya da olumsuz olaylardan ders çıkararak manevi anlam aramak gibi davranışlar din ve maneviyat boyutundaki başa çıkma stili davranışlarına örnek gösterilebilir.

Başa çıkma stillerinden bir diğeri de özel duygusal paylaşımlardır. Bu başa çıkma yöntemi, kolektivist kültürlerde topluluk içindeki sosyal destek ağlarının önemini vurgulamaktadır. Kişinin yaşadığı stresli olayı yakın arkadaşlarıyla paylaşması ya da konu

hakkında destek alabileceği bir uzmana (sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatr vb.) başvurması, duygusal destek arayışı içinde olması ve sosyal ilişkilerinden güç alması olarak ifade etmek mümkündür (Özcan & Yıldız, 2022).

Kişinin karşılaştığı stresli durumlardan özel duygusal paylaşımın yapmanın aksine zihinsel veya fiziksel olarak çevresinden ve olaydan uzaklaşarak başa çıkmaya çalışması kaçınma-ayrışma başa çıkma yöntemini tercih etmesiyle ilgilidir (Çimen, 2020). Bu kolektivist başa çıkma stilinde stresli durumları görmezden gelmek veya ertelemek, sorunlarla ilgili konuşmaktan kaçınmak, eğlence, spor veya başka aktivitelerle dikkatini dağıtmak, başkalarıyla fazla paylaşım yapmamak gibi davranışların tercih edilmesi mümkündür.

Kabullenme ve yeniden yapılandırma alt boyutundaki kolektivist başa çıkma stili, kişinin stresli durumları kendi içinde kabullenerek veya olumlu bir perspektife oturtarak başa çıkmaya çalışması olarak ifade edilebilmektedir. Bu başa çıkma biçimi, bireylerin olaylara daha anlamlı ve yapıcı bir bakış açısı geliştirmesine yardımcı olurken stresli olaya karşı yeni yöntemlerin geliştirilmesine dair motivasyonu destekler niteliktedir (Çimen, 2020).

Kolektivist başa çıkma stilleri, bireyin stresle mücadelesinde aile, arkadaşlar, manevi değerler ve sosyal destek sistemleriyle etkileşime girerek çözüm aradığı bir yaklaşımdır. Özellikle toplumcu kültürlerde, bu başa çıkma tarzı bireylerin dayanıklılığını artırmakta ve psikolojik sağlamlığı güçlendirdiği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, kanser tanısı almış çocuklara bakım verenlerin travma belirtilerinin ve kolektivist başa çıkma stillerinin incelenmesinin yanı sıra bakım verenin ve çocuğun sosyodemografik özelliklerinin, aile yapısının ve sağlık durumunun araştırılması amacıyla gerçekleştirilen kesitsel tipte tasarlanmış, nicel metodolojide gerçekleştirilen ve ilişkisel tarama modeliyle hazırlanan bir çalışmadır. Bu model, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik olup değişkenlerin birbirleriyle nasıl bir bağlantı içinde olduğunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Neden-sonuç ilişkisi kurmaksızın sadece değişkenler arasındaki ilişkinin var olup olmadığını ve ilişkinin yönünü (pozitif, negatif veya nötr) belirlemek üzere bu model tercih edilmektedir (Karasar, 2024). Araştırmada da ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir çünkü nicel araştırmalarda değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için kullanılan bir tarama yapılmak istenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Bu araştırma, Kanserli Çocuklara Umut Vakfı (KAÇUV)'nın kayıt sisteminde kaydı olan ve kanser tanısı almış çocuklara bakım veren kişilerle yürütülmüştür. Uygulama yapılabilmesi için kurum izni (EK-2) alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, kanser tanısı almış en az bir çocuğun bakım vereni olan ve Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'nda kaydı bulunan yetişkin bakım verenler oluşturmaktadır. Temmuz 2024 tarihine kadar vakıf sistemine kaydolmuş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 3852 yetişkin bakım veren araştırmaya davet edilmiştir. Bu araştırmada, 3.852 kişilik evrenden alınacak örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası dikkate alınarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında Cochran'ın (1977) örneklem büyüklüğü formülü kullanılmıştır:

$$\text{Örneklem büyüklüğü} = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / e^2$$

Bu formülde:

- Z: %95 güven düzeyi için 1.96 olarak alınmıştır.
- p: Evren içindeki özelliğin görülme olasılığı bilinmediğinden 0.5 kabul edilmiştir.
- e: Örneklem hatası 0.05 olarak belirlenmiştir.

Öncelikle, sonsuz evren varsayımıyla hesaplanan örneklem büyüklüğü 384 kişi bulunmuştur. Ancak evrenin sonlu bir büyüklüğe sahip olması nedeniyle sonlu popülasyon düzeltmesi uygulanmış ve nihai örneklem büyüklüğü 350 kişi olarak belirlenmiştir. Ancak, çalışmaya gönüllü katılım esas alındığı için, belirlenen minimum örneklem büyüklüğünün üzerine çıkılmış ve 567 kişi araştırmaya katılmıştır. Bu durum, çalışmanın istatistiksel güçlülüğünü artırmakta ve bulguların genellenebilirliğini desteklemektedir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından hazırlanmış katılımcının ve kanser tanısı almış çocuğun demografik bilgilerini almayı sağlayan Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-3), herhangi bir travma yaşayan kişilerin ölçek uygulandığı esnadaki stresini belirlemeyi hedefleyen Olayların Etkisi Ölçeği (EK-4) ve kolektivist toplumlarda kullanılan başa çıkma stillerini incelemeyi hedefleyen Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri (EK-5) kullanılmıştır. Olayların Etkisi Ölçeği ve Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri'nin geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacılardan araştırma için kullanım izni alınmıştır (EK-6).

3.4.1. Sosyodemografik bilgi formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcılara ait sosyo-demografik özelliklere, aile yapısına ve çocuğun sağlık durumuna yönelik bilgilerin alınması amacıyla hazırlanmış bir formdur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı sektör, yaşadığı yer gibi sosyo-demografik bilgilerine, hanedeki kişi sayısı ve aile tipi gibi aile yapısına dair bilgilere, çocuğun tanısı, tedavisi ve nüksetme durumu gibi sağlık bilgilerine dair soruları içermektedir. Toplamda 23 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)

Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R), travma niteliğindeki bir olay yaşandığında kişi üzerinden oluşan stres bulgularını incelemeyi hedefleyen bir ölçektir. IES-R, 1997 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği post-travmatik stres bozukluğu ölçütlerine göre düzenlenmiştir.

Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği gerçekleştirilerek günlük klinik uygulamada ve klinik çalışmalarda yaygın olarak posttravmatik stres bozukluğu şiddetinin belirlenmesi için kullanılmaktadır. Çorapçıoğlu vd. (2006) tarafından Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğinin incelendiği çalışmada ölçek için elde edilen 0.94'lük iç tutarlılık katsayısının orijinal ölçeğin psikometrik özelliklerinin belirlendiği çalışmalarda bulunan değere (=0.96) çok yakın olduğu tespit edilmiştir.

Ölçekte, 5'li Likert tipi puanlamaya sahip olan 0-4 arası değerlerle puanlanan 22 soru bulunmaktadır. Sorulara verilebilecek değerler, “hiç”ten “çok fazla”ya doğru derecelendirilmiştir. Katılımcılardan ifadelere ne derece katıldığını bildirmesi istenmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alabilmektedir. Ölçekte alınan puanların yükselmesi olay sonrası oluşan travma ve stres düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlar ve boyuta ait ölçek soruları; 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular için “Yeniden Yaşama” alt boyutu, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. sorular “Kaçınma” alt boyutu ve 4, 10, 15, 18, 19, 21. sorular “Aşırı Uyarılma” alt boyutu olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kesim değeri 24 olarak alınmıştır ve 24 puan üstü alan bireylerin yaşadıkları olaydan yüksek oranda etkilendiğini göstermektedir.

3.4.3. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri (KBÇSE)

Kolektivist başa çıkma stilleri envanteri, kolektivist toplumlarda kullanılan başa çıkma stillerini ve etkililiğini belirleyebilmek amacıyla Heppner ve arkadaşları tarafından 2006 yılında hazırlanmış bir envanterdir. Yaşanan olaya yönelik bir başa çıkma stili ölçümü yapıldığı için ölçeğin ilk bölümünde cevaplayıcılara yaygın travmatik olaylar listesi sunulmakta ve katılımcıların sarıcı olayın kategorisini belirlenmesi istenmektedir. Ölçekte olayın yaşandığı zamanda ne kadar sarsıcı olduğu ve şu andaki etkileri ile ilgili soruların yer aldığı iyileşme indeksi de yer almaktadır. Kullanılan başa çıkma stillinin ölçekte belirleneceği kısım ikinci bölümde yer almaktadır. Katılımcıların travmatik olay karşısında başa çıkma stratejisi olarak kendilerine sunulan stillerde ne kadar yararlandıklarını belirtmeleri beklenmektedir. Yazıcı vd. (2017) tarafından envanterin Türk kültüründe geçerlik ve güvenilirliğinin incelendiği çalışmada kararlılık kat sayısı 0.82 olarak tespit edilmiş ve orijinal ölçek için elde edilen 0.77 katsayısından daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin güvenirlik değerlerinin diğer çalışmalarla tutarlı ve kabul edilebilir düzeyde yüksek olduğunu bilinmektedir.

Envanterin ikinci bölümünde, 6'lı Likert tipi puanlamaya sahip olan 0-5 arası değerlerle puanlanan 23 soru bulunmaktadır. Sorulara verilebilecek değerler, “bu stratejiyi hiç kullanmadım/uygun değil” ile “çok fazla yardımcı oldu” arasında derecelendirilmiştir. Katılımcılardan ifadeler ne derece katıldığını bildirmesi istenmektedir. Envanterin bu bölümde en az 0, en fazla 115 puan alabilmektedir. Ölçekte alınan puanların yükselmesi kolektivist başa çıkmanın yüksekliğini ifade etmektedir. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlar ve boyuta ait sorular; 4, 19, 20, 21, 22. sorular “Kabul ve Yeniden Yapılandırma” alt boyutu, 3, 5, 8, 12, 14, 23. sorular “Aile Desteği” alt boyutu, 1, 2, 6, 17. sorular “Din-Maneviyat” alt boyutu, 7, 9, 10, 11, 16. sorular “Kaçınma-Ayrışma” alt boyutu ve 13, 15, 18. sorular “Özel Duygusal Paylaşımlar” alt boyutu olarak belirlenmiştir. Araştırmada spesifik bir olay kapsamında katılımcılar belirlendiği için veri toplama sürecinde katılımcılara yaygın travmatik olaylar listesi sunulmaksızın bakım verilen çocuğun kanser tanısı alması ve sonraki sürecin olay olarak dikkate alınması için açıklama yapılmıştır. Bu değişiklik için envanterin ilgili araştırmacısından gerekli görüş ve izin alınmıştır.

3.5. Araştırmada Verilerin Toplanması

Veri toplama, tüm veri toplama araçlarını içeren ve Google Form'da hazırlanan bir soru formu ile yapılmıştır. Gönderilen soru formunda araştırmanın amacı, yöntemi ve katılımın gönüllük esaslı olduğuna dair bilgi verilip bilgilendirilmiş onam formu eklenmiş ve katılımcıların onamları alınmıştır. Bu araştırmada veri toplama süreci, çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini oluşturan 3.852 kişiye, hazırlanan anket formu dijital ortamda iletilmiş ve katılımcılar gönüllülük esasına göre ankete katılmıştır. Formun bağlantısı, katılımcılara mesaj yoluyla ulaştırılmış ve belirlenen süre içinde yanıtlamaları istenmiştir. Veri toplama sürecinin sonunda, toplam 567 kişi anketi eksiksiz doldurarak araştırmaya katılım sağlamıştır.

3.6. Araştırmada Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 30.00 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) verilerin analizinde kullanılmıştır. İlk olarak, değişkenlerin dağılım özelliklerini değerlendirmek amacıyla normallik testi uygulanmıştır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değişkenlerin normal dağılım gösterip

göstermediği incelenmiş, ayrıca çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri kontrol edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda, parametrik testler kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklem t-Testi ve Tek Yönlü ANOVA; değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etiği

Araştırmada kullanılan ölçek ve envanterin geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacılardan kullanımı için izinler alınmıştır (EK-6).

Araştırmanın Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'nın kayıt sistemi dahilinde yapılabilmesi için vakfın yazılı izni alınmıştır (EK-2).

Araştırmanın etik kurul izni için Üsküdar Üniversitesinin etik kuruluna başvurulmuştur. 31.01.2024 tarihli 61351342/OCAK 2024-59 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK-1).

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlere araştırma ile ilgili yazılı açıklama yapılarak onamları alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu (EK-7) ile araştırmaya katılmanın gönüllülük esaslı olduğuna, kişisel verilerin korunacağına ve verilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağına dair detaylı bilgilendirme yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Okur-yazar olmayan bakım verenlerin araştırmaya dahil edilememesi, bakım verenlerin gönüllülük esaslı araştırmaya dahil olması ve araştırmaya sadece Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'nın kayıt sisteminde Temmuz 2024 tarihine kadar kayıtlı olan kanser tanısı almış çocuklarının bakım verenlerinin katılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Veri toplama araçlarından biri olan sosyodemografik bilgi formu ile elde edilen bulgulara bu bölümde yer verilmiştir. Bu kısımda tedavi gören çocuklara, bakım verenlere ve tedavi sürecine dair bilgiler alınmış ve analiz edilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Kadın	424	74.8
Erkek	143	25.2
Toplam	567	100.0

Çalışmada yer alan katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında, büyük bir çoğunluğun kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Kadınlar, toplam katılımcıların %74,8'ini (424 kişi) oluştururken, erkek katılımcılar %25,2'lik (143 kişi) bir orana sahiptir. Bu sonuç, araştırmaya katılan kanser hastası çocuklara bakım veren aile üyelerinin genellikle kadınlardan oluştuğuna işaret etmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
18-24	17	3.0
25-34	175	30.9
35-44	299	52.7
45-54	72	12.7
55-64	3	0.5
65 ve üzeri	1	0.2
Toplam	567	100.0

Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, büyük çoğunluğun 25-44 yaş aralığında olduğu görülmektedir. 35-44 yaş grubu, toplam katılımcıların %52,7'sini (299 kişi) oluşturarak en yüksek temsil oranına sahiptir. Bunu %30,9 ile 25-34 yaş grubu (175 kişi) takip etmektedir. 45-54 yaş grubundaki katılımcılar %12,7'lik (72 kişi) bir oranla yer alırken, 18-24 yaş grubu %3,0 (17 kişi), 55-64 yaş grubu %0,5 (3 kişi) ve 65 yaş üstü grup %0,2 (1 kişi) gibi düşük oranlarla temsil edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Evli	531	93.7
Bekar	15	2.6
Boşanmış	17	3.0
Diğer (Belirtmek istemiyor)	4	.7
Toplam	567	100.0

Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 567 bireyin %93,7'si (531 kişi) evli, %2,6'sı (15 kişi) bekar, %3,0'ı boşanmış (17 kişi) ve %0,7'si (4 kişi) diğer kategorisinde yer almaktadır. Diğer kategorisi katılımcının medeni durumunu dair bilgi paylaşımı yapmak istemediği cevapları kapsamaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Okur-yazar değil	13	2.3
Okur-yazar	12	2.1
İlkokul	122	21.5
Ortaokul	102	18.0
Lise	192	33.9
Ön Lisans	45	7.9
Lisans	68	12.0
Lisansüstü	13	2.3

Toplam	567	100.0
---------------	------------	--------------

Katılımcıların eğitim düzeylerine ilişkin veriler incelendiğinde, en büyük grubu lise mezunları %33,9 oranla (192 kişi) oluşturmaktadır. Bunu %21,5 ile ilkokul mezunları (122 kişi) ve %18,0 ile ortaokul mezunları (102 kişi) takip etmektedir. Lisans mezunları %12,0'lık (68 kişi) bir oranla yer alırken, ön lisans mezunları %7,9 (45 kişi) oranında temsil edilmektedir. Daha düşük oranlarda ise okur-yazar olmayan bireyler %2,3 (13 kişi), sadece okur-yazar olanlar %2,1 (12 kişi) ve lisansüstü eğitim almış bireyler %2,3 (13 kişi) olarak dağılım göstermektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Çalışıyorum	128	22.6
Çalışmıyorum	439	77.4
Toplam	567	100.0

Katılımcıların istihdam durumlarına ilişkin veriler incelendiğinde, büyük çoğunluğun çalışmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %77,4'ü (439 kişi) çalışmamakta, yalnızca %22,6'sı (128 kişi) çalışmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Çalıştıkları Sektöre Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Kamu	34	6.0
Özel	94	16.6
Çalışmıyor	439	77.4
Toplam	567	100.0

Katılımcıların çalışma durumlarına göre sektörel dağılımları incelendiğinde, büyük çoğunluğun çalışmadığı görülmektedir. Çalışmayan katılımcı sayısı, %77,4 (439 kişi)'dür. Çalışan bireyler arasında ise özel sektörde çalışanlar %16,6 (94 kişi) ile daha yüksek bir orana sahipken, kamu sektöründe çalışanların oranı %6,0 (34 kişi) olarak belirlenmiştir. Çalışan

katılımcıların mesleklerine dair alınan bilgiler doğrultusunda öğretmen, mühendis, tekstil, otomotiv ve inşaat alanında işçi mesleklerinin en sık tercih edildiği görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
19.000 TL altı	367	64.7
19.000-62.000 TL	193	34.0
62.000 TL üzeri	7	1.2
Toplam	567	100.0

Katılımcıların aylık hane gelirlerine ilişkin veriler incelendiğinde, büyük çoğunluğun 19.000 TL'nin altında bir gelire sahip olduğu (%64,7; 367 kişi) görülmektedir. 19.000-62.000 TL aralığında gelire sahip bireylerin oranı %34,0 (193 kişi) olup, 62.000 TL ve üzeri gelir grubuna giren bireylerin oranı ise yalnızca %1,2 (7 kişi) olarak belirlenmiştir. Gelir aralıkları, Mayıs 2024 tarihinde Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (Türk-İş) tarafından yayınlanmış olan açık sınırı ve yoksulluk sınırı verileri dikkate alınarak kategori yapılmıştır. 19.000 TL altında gelir belirten kişiler açlık sınırının altında olduğu, 19.000-62.000 TL arasında gelir belirten kişilerin açlık sınırı ve yoksulluk sınırı arasında olduğu, 62.000 TL üzerinde gelir belirten kişilerin ise yoksulluk sınırı üzerinden olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Evet, yeterli	81	14.3
Hayır, yeterli değil	486	85.7
Toplam	567	100.0

Katılımcıların gelirlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde, büyük çoğunluğun gelirlerini yetersiz bulduğu (%85,7; 486 kişi) görülmektedir. Buna karşın, gelirlerinin yeterli olduğunu belirten katılımcıların oranı yalnızca %14,3 (81 kişi) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Hanelerindeki Kişi Sayısına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
2-5 kişi	460	81.1
6-9 kişi	103	18.2
10 ve üzeri kişi	4	.7
Toplam	567	100.0

Katılımcıların yaşadığı hane halkı büyüklüğüne ilişkin veriler incelendiğinde, büyük çoğunluğun 2-5 kişilik hanelerde yaşadığı (%81,1; 460 kişi) görülmektedir. 6-9 kişilik hanelerde yaşayanların oranı %18,2 (103 kişi) olup, 10 ve üzeri kişiden oluşan hanelerde yaşayan bireylerin oranı ise yalnızca %0,7 (4 kişi) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 10. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Kardeş Sayısına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Kardeşi yok	62	10.9
1 kardeşi var	223	39.3
2 kardeşi var	172	30.3
3 kardeşi var	60	10.6
4 ve üzeri kardeşi var	50	8.8
Toplam	567	100.0

Katılımcıların bakım verdikleri çocuğun kardeş sayısına ilişkin veriler incelendiğinde, en büyük grubu 1 kardeşi olan çocuklar (%39,3; 223 kişi) oluşturmaktadır. Bunu %30,3 ile 2 kardeşi olan çocuklar (172 kişi) takip etmektedir. 3 kardeşi olan çocukların oranı %10,6 (60 kişi) iken, hiç kardeşi olmayan çocuklar %10,9 (62 kişi) olarak belirlenmiştir. 4 ve üzeri kardeşi olan çocuklar ise %8,8 (50 kişi) oranında temsil edilmektedir.

Tablo 11. Katılımcıların Aile Türlerine Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
--	--------	-----------

Çekirdek aile	500	88.2
Geniş aile	41	7.2
Tek ebeveynli aile	26	4.6
Toplam	567	100.0

Katılımcıların aile yapıları incelendiğinde, büyük çoğunluğun çekirdek aile içerisinde yaşadığı (%88,2; 500 kişi) görülmektedir. Geniş ailede yaşayan bireylerin oranı %7,2 (41 kişi) olup, tek ebeveynli ailelerde yaşayanların oranı ise %4,6 (26 kişi) olarak belirlenmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Yaşadığı Yerleşim Yeriine Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Şehir merkezi	290	51.1
İlçe	229	40.4
Kasaba	4	.7
Köy	43	7.6
Yayla	1	.2
Toplam	567	100.0

Katılımcıların yaşadıkları yerleşim yerleri incelendiğinde, en büyük grubun şehir merkezinde yaşayan bireylerden (%51,1; 290 kişi) oluştuğu görülmektedir. Bunu %40,4 ile ilçelerde yaşayan bireyler (229 kişi) takip etmektedir. Köyde yaşayan bireylerin oranı %7,6 (43 kişi) iken, kasabada yaşayanların oranı %0,7 (4 kişi) ve yaylada yaşayanların oranı ise %0,2 (1 kişi) olarak belirlenmiştir.

4.2. Kanser Tanısı Almış Çocuğun Sosyodemografik ve Sağlıkla İlişkili Bulguları

Tablo 13. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Yaşına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
0-3	69	12.2
4-6	144	25.4

7-12	232	40.9
13-15	84	14.8
16-18	38	6.7
Toplam	567	100.0

Katılımcıların bakım verdikleri çocukların yaş aralıkları incelendiğinde, en büyük grubun 7-12 yaş aralığında yer aldığı (%40,9; 232 kişi) görülmektedir. Bunu %25,4 ile 4-6 yaş grubundaki çocuklar (144 kişi) takip etmektedir. 13-15 yaş aralığında olan çocukların oranı %14,8 (84 kişi) iken, 0-3 yaş grubundaki çocukların oranı %12,2 (69 kişi) olarak belirlenmiştir. 16-18 yaş aralığında yer alan çocukların oranı ise %6,7 (38 kişi) ile en düşük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 14. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Cinsiyetine Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Kız	265	46.7
Erkek	302	53.3
Toplam	567	100.0

Bakım verilen çocukların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, erkek çocukların oranının (%53,3; 302 kişi) kız çocuklara göre görece yüksek olduğu görülmektedir. Kız çocukların oranı ise %46,7 (265 kişi) olarak belirlenmiştir.

Tablo 15. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Tanı Süresi

	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Tanı Süresi	1.00	19.00	4.7707	2.81471

Kanser tedavisi gören veya görmüş çocukların tanı süreleri incelendiğinde, en kısa tanı süresinin 1 yıl, en uzun tanı süresinin ise 19 yıl olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında tanı süresinin ortalama 4,77 yıl olduğu belirlenmiştir (standart sapma: 2,81). Bu da tanı sürelerinde bireyler arasında önemli farklılıklar bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 16. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Tanısına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Lösemi	336	59.3
Lenfoma	52	9.2
Sinir sistemi tümörü	40	7.1
Nöroblastom	42	7.4
Wilms tümörü	17	3.0
Rabdomyosarkoma	8	1.4
Kemik tümörü	31	5.5
Germ hücreli tümör	7	1.2
Retinoblastoma	13	2.3
Karaciğer tümörü	5	.9
Diğer	16	2.8
Toplam	567	100.0

Kanser tedavisi gören çocukların tanı türlerine ilişkin veriler incelendiğinde, en yaygın kanser türünün lösemi olduğu (%59,3; 336 kişi) görülmektedir. Lösemiye, %9,2 ile lenfoma (52 kişi) ve %7,4 ile nöroblastom (42 kişi) takip etmektedir. Sinir sistemi tümörü (%7,1; 40 kişi) ve kemik tümörü (%5,5; 31 kişi) gibi diğer kanser türleri de önemli bir orana sahiptir. Wilms tümörü (%3,0; 17 kişi), rabdomyosarkoma (%1,4; 8 kişi), germ hücreli tümör (%1,2; 7 kişi), retinoblastoma (%2,3; 13 kişi) ve karaciğer tümörü (%0,9; 5 kişi) gibi daha nadir görülen kanser türleri de tespit edilmiştir. "Diğer" kategorisinde yer alan kanser türlerinin oranı ise %2,8 (16 kişi) olarak belirlenmiştir. Bazı nadir tümörler ve tedavi protokolünün benzerliği ile bazı nadir hastalıklar diğer başlığı altında yer alabilmektedir.

Tablo 17. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Güncel Sağlık Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Yeni tanı aldı	10	1.8
Süresi öngörülebilen tedavisi devam ediyor	80	14.1

Süresi öngörülemeyen tedavisi devam ediyor	76	13.4
Kontrolleri devam ediyor	286	50.4
İdame döneminde	92	16.2
Tamamen iyileşti	20	3.5
Diğer	3	.5
Toplam	567	100.0

Kanser tedavisi gören çocukların tedavi süreçlerine ilişkin veriler incelendiğinde, en büyük grubun kontrolleri devam eden çocuklardan (%50,4; 286 kişi) oluştuğu görülmektedir. İdame döneminde olan çocukların oranı %16,2 (92 kişi) olup, süresi öngörülebilir tedavisi devam eden çocukların oranı %14,1 (80 kişi) ve süresi öngörülemeyen tedavisi devam edenlerin oranı ise %13,4 (76 kişi) olarak belirlenmiştir. Tamamen iyileşen çocukların oranı %3,5 (20 kişi) iken, yeni tanı almış çocuklar %1,8 (10 kişi) ile en küçük grubu oluşturmaktadır. Diğer kategorisinde yer alanlar ise %0,5 (3 kişi) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Nüks Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Hayır, nüks etmedi	414	73.0
Evet, nüks etti	153	27.0
Toplam	567	100.0

Kanser tedavisi gören çocukların hastalığının nüks edip etmediğine ilişkin veriler incelendiğinde, hastalığın nüks etmediği bireylerin oranının %73,0 (414 kişi) olduğu görülmektedir. Buna karşın, nüks yaşayan çocukların oranı %27,0 (153 kişi) olarak belirlenmiştir.

Tablo 19. Tedavi Gören / Görmüş Çocuğun Engellilik Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Hayır, yok	436	76.9
Evet, var	131	23.1

Toplam	567	100.0
---------------	------------	--------------

Kanser tedavisi gören çocukların farklı bir engelliliğe sahip olup olmadığına ilişkin veriler incelendiğinde, çocukların büyük çoğunluğunun bir engelliliğe sahip olmadığı (%76,9; 436 kişi) görülmektedir. Buna karşın, %23,1'lik bir kesim (131 kişi) ek bir hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Evet, yeterince bilgi sahibiyim	476	84.0
Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim	91	16.0
Toplam	567	100.0

Kanser tedavisi gören çocukların bakımını üstlenen bireylerin hastalık hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, büyük çoğunluğun kendini yeterince bilgi sahibi olarak gördüğü (%84,0; 476 kişi) belirlenmiştir. Buna karşın, %16,0'lık bir kesim (91 kişi) hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 21. Tedavi Gören / Tedavi Görmüş Çocuk Dışında Ailede Farklı Bir Kronik ya da Kalıtsal Hastalığı Olan Başka Bir Aile Üyesinin Olma Durumuna Göre Dağılım

	Sıklık	Yüzde (%)
Hayır, yok	410	72.3
Evet, var	157	27.7
Toplam	567	100.0

Kanser tedavisi gören ya da görmüş çocuk dışında, ailede başka bir kronik veya kalıtsal hastalığı olan bireyin bulunup bulunmadığına ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %72,3'ü (410 kişi) ailelerinde başka bir kronik veya kalıtsal hastalık bulunmadığını ifade

etmiştir. Buna karşın, %27,7'lik bir kesim (157 kişi) aile içinde farklı bir kronik veya kalıtsal hastalığa sahip en az bir birey bulunduğunu belirtmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Göçü Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Evet, tedavi için farklı bir şehre gittik/gidiyoruz	269	47.4
Hayır, tedavi için farklı bir şehre gitmedik/gitmiyoruz	298	52.6
Toplam	567	100.0

Kanser tedavisi gören çocukların ailelerinin tedavi amacıyla başka bir şehre gidip gitmediklerine ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %52,6'sı (298 kişi) tedavi için farklı bir şehre gitmediklerini belirtirken, %47,4'ü (269 kişi) tedavi sürecinde şehir değiştirmek zorunda kaldıklarını ifade etmiştir.

4.3. Olayların Etkisi Ölçeği ve Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterine İlişkin Bulgular

Tablo 23. Olayların Etkisi Ölçeğine (IES-R) İlişkin Bulgular

Olayların Etkisi	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Alt boyut 1: Yeniden Yaşama	.00	32.00	20.6049	7.73541
Alt boyut 2: Kaçınma	.00	32.00	15.6825	6.64826
Alt boyut 3: Aşırı Uyarılma	.00	24.00	12.2310	6.92166
Olayların Etkisi Ölçeği	.00	88.00	48.5185	18.30656
Toplam Skoru				

Araştırmada yer alan katılımcıların travmatik olaylara verdikleri psikolojik tepkileri değerlendirmek amacıyla Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) kullanılmıştır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alabilmektedir. Ölçeğin toplam kesme değeri 24 olarak alınmıştır ve 24 puan üstü alan bireylerin yaşadıkları olaydan yüksek oranda etkilendiğini göstermektedir. Ölçeğin yeniden yaşama ve kaçınma alt boyutlarında en fazla 32, aşırı uyarılma alt boyutunda ise en

fazla 24 puan katılımcılar tarafından alınabilmektedir. Ölçekte alınan puanların yükselmesi olay sonrası oluşan travma ve stres düzeyinin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin toplam puanı incelendiğinde, katılımcıların travmatik olaylara verdikleri genel tepkinin 48.52 (SS = 18.30) olduğu görülmektedir. Ölçekte yer alan alt boyutlar incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın yeniden yaşama alt boyutunda olduğu görülmektedir ($\bar{x}$ = 20.60, SS = 7.73). Kaçınma alt boyutu incelendiğinde, katılımcıların ortalama puanının 15.68 olduğu belirlenmiştir (SS = 6.64). Aşırı uyarılma alt boyutuna ilişkin ortalama puan 12.23 olarak hesaplanmıştır (SS = 6.92).

Tablo 24. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) - Kesme Puanı Üzerindeki Katılımcıların Sıklığına Dair Bulgular

Olayların Etkisi	Sıklık	Yüzde (%)
Alt boyut 1: Yeniden Yaşama	202	35.6
Alt boyut 2: Kaçınma	52	9.2
Alt boyut 3: Aşırı Uyarılma	0	0
IES-R Toplam Skor	505	89.1
Toplam	567	100.0

Araştırmada kullanılan Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)'nin kesme puanı 24 olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda, katılımcılar arasında kesme puanının üzerinde yer alan bireylerin oranı incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, 567 katılımcının 505'i (%89.1) ölçek toplam puanında 24 ve üzeri bir değer almıştır. Yeniden yaşama alt boyutunda, 202 katılımcı (%35.6) kesme puan üzerinde bir skor almıştır. Kaçınma alt boyutunda, kesme puanı üzerinde yer alan katılımcı sayısı 52 (%9.2) olarak belirlenmiştir. Aşırı uyarılma alt boyutunda, hiçbir katılımcının kesme puanı üzerinde bir skor almadığı görülmektedir (%0).

Tablo 25. Travmatik Olay Etki Endeksi - Problem Çözme Endeksi Bulguları

	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Travmatik Olay Etki Endeksi (O zaman)	5.00	25.00	21.0511	4.18214

Travmatik Olay Etki Endeksi (Şimdi)	5.00	25.00	17.1693	5.50710
Problem Çözme Endeksi	4.00	24.00	12.4427	3.92912

Araştırmada, katılımcıların travmatik olayların üzerlerindeki etkisini zaman içindeki değişimle birlikte değerlendirmek amacıyla Travmatik Olay Etki Endeksi (o zaman - şimdi) ve bireylerin problem çözme becerilerini ölçmek için Problem Çözme Endeksi kullanılmıştır. Katılımcıların geçmişte ve şu an yaşadıkları travmatik olayın etkisini değerlendirmek amacıyla hesaplanan endeks değerleri incelendiğinde "O zaman" (olayın yaşandığı dönemde) katılımcıların ortalama puanı 21.05 (SS = 4.18) olarak belirlenmiştir. "Şimdi" (mevcut durumda) hesaplanan ortalama puan ise 17.17 (SS = 5.51) olarak tespit edilmiştir. Bu durum olayın etkisinin azalsana halen devam ettiğini ve bakım veren tarafındaki güncelliğini koruduğunu göstermektedir. Katılımcıların problem çözme becerilerini değerlendiren Problem Çözme Endeksi incelendiğinde, ortalama puanın 12.44 (SS = 3.93) olduğu görülmektedir. Endeksin minimum değeri 4.00, maksimum değeri ise 24.00 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, katılımcıların problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 26. Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterine İlişkin Bulgular

	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	.00	25.00	15.7407	6.05348
Aile Desteği	.00	30.00	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	.00	20.00	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	.00	25.00	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	.00	15.00	3.0899	3.88265
Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri	6.00	115.00	60.5432	18.42311
Toplam Skoru				

Araştırmada, katılımcıların travmatik olaylarla başa çıkma süreçlerini değerlendirmek amacıyla kabul ve yeniden yapılandırma, aile desteği, din-maneviyat, kaçınma-ayrışma ve özel duygusal paylaşımlar alt boyutlarını içeren bir ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin toplam puanı 60.54

(SS = 18.42) olarak hesaplanmıştır. Bu durum bakım verenlerin kolektivist başa çıkma stillerine başvurma oranının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Kabul ve yeniden yapılandırma alt boyutunda ortalama puan 15.74 (SS = 6.05) olarak hesaplanmıştır. Aile desteği alt boyutunda ortalama puan 16.58 (SS = 8.26) olup diğer başa çıkma stratejilerine kıyasla en yüksek ortalamaya sahiptir. Ancak standart sapmanın yüksek olması (8.26), bireyler arasında aile desteğinin kullanımında büyük farklılıklar olabileceğini göstermektedir. Din-maneviyat boyutunun ortalama puanı 16.23 (SS = 4.37) olup, katılımcıların travmatik olaylarla başa çıkarken dini inançlar ve manevi değerleri önemli bir kaynak olarak gördüğünü göstermektedir. Kaçınma-ayırışma alt boyutu incelendiğinde, ortalama puanın 8.91 (SS = 6.37) olduğu görülmektedir. Özel duygusal paylaşımlar alt boyutunda ortalama puanın 3.08 (SS = 3.88) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 27. Yaş Gruplarına Göre IES-R ve KBCSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	18-24	17	22.7059	7.24366
	25-34	175	20.5314	7.51993
	35-44	299	20.4147	7.87541
	45-54	72	21.3750	7.58694
	55-64	3	12.3333	11.67619
	65 ve üzeri	1	24.0000	.
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	18-24	17	17.0000	8.16241
	25-34	175	15.9371	6.68516
	35-44	299	15.4181	6.52942
	45-54	72	16.0833	6.70873
	55-64	3	11.0000	8.00000
	65 ve üzeri	1	13.0000	.
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	18-24	17	15.1765	7.29927
	25-34	175	12.1086	6.43399
	35-44	299	11.8763	6.98955

45-54	72	13.5139	7.47954
55-64	3	7.3333	8.73689
65 ve üzeri	1	12.0000	.
Toplam	567	12.2310	6.92166

Başa Çıkma Stilleri	N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	18-24	17	15.2353
	25-34	175	16.2229
	35-44	299	15.5318
	45-54	72	15.4444
	55-64	3	21.3333
	65 ve üzeri	1	7.0000
	Toplam	567	15.7407
			6.05348
Aile Desteği	18-24	17	16.7647
	25-34	175	17.4971
	35-44	299	16.5117
	45-54	72	14.4861
	55-64	3	21.6667
	65 ve üzeri	1	8.0000
	Toplam	567	16.5785
			8.26229
Din ve Maneviyat	18-24	17	16.4118
	25-34	175	16.4800
	35-44	299	16.2910
	45-54	72	15.4028
	55-64	3	16.3333
	65 ve üzeri	1	8.0000
	Toplam	567	16.2257
			4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	18-24	17	8.3529
	25-34	175	8.9257
	35-44	299	8.8763
	45-54	72	9.2083
	55-64	3	9.6667
	65 ve üzeri	1	1.0000
			.

	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	18-24	17	3.7647	3.99264
	25-34	175	3.4114	4.03175
	35-44	299	2.9599	3.80018
	45-54	72	2.5417	3.63836
	55-64	3	6.3333	7.76745
	65 ve üzeri	1	4.0000	.
	Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	18-24	17	54.8824	20.39265
	25-34	175	48.5771	17.71237
	35-44	299	47.7090	18.42978
	45-54	72	50.9722	18.13406
	55-64	3	30.6667	28.29016
	65 ve üzeri	1	49.0000	.
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBÇSE	18-24	17	60.52	15.41962
	25-34	175	62.5371	17.16042
	35-44	299	60.1706	19.27393
	45-54	72	57.0833	18.00372
	55-64	3	75.3333	4.04145
	65 ve üzeri	1	28.0000	.
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	346.283	69.257	1.159	.328
	Grup İçi	33521.223	59.753		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	146.306	29.261	.660	.654
	Grup İçi	24870.551	44.333		
	Toplam	25016.857			

Aşırı Uyarılma	Gruplararası	378.252	75.650	1.587	.162
	Grup İçi	26738.482	47.662		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	234.629	46.926	1.284	.269
	Grup İçi	20506.260	36.553		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	616.088	123.218	1.818	.107
	Grup İçi	38022.169	67.776		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	129.635	25.927	1.362	.237
	Grup İçi	10681.469	19.040		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	76.351	15.270	.374	.866
	Grup İçi	22890.880	40.804		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	84.917	16.983	1.128	.344
	Grup İçi	8447.496	15.058		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	2274.786	454.957	1.362	.237
	Grup İçi	187408.770	334.062		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	3314.480	662.896	1.970	.081
	Grup İçi	188792.212	336.528		
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Araştırmada katılımcıların travmatik olayların etkisi (IES-R) ve başa çıkma stratejileri (KBÇSE) açısından yaş gruplarına göre farklılıkları incelenmiştir. Bulgular, her yaş grubunun

travmatik olaylara verdiği tepkilerde ve başa çıkma mekanizmalarında belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir. 18-24 yaş grubu, IES-R toplam puanı açısından en yüksek etkiye sahip grup olarak öne çıkmaktadır ($\bar{x} = 54.88$, $SS = 20.39$). Bu yaş grubunda özellikle aşırı uyarılma ($\bar{x} = 15.17$) belirgin şekildedir. 25-34 yaş grubunda genel travmatik etki puanı ($\bar{x} = 48.57$) bir miktar azalsa da yine de oldukça yüksek seviyededir. Bu grupta yeniden yaşama ($\bar{x} = 20.53$) ve kaçınma ($\bar{x} = 15.93$) puanları öne çıkmaktadır. 35-44 yaş grubunda ($\bar{x} = 47.70$) travmatik etkilenme görece sabit bir seyir izlemektedir. 45-54 yaş grubunda ($\bar{x} = 50.97$) yeniden yaşama ve aşırı uyarılma belirtilerinde hafif bir artış görülmektedir. 55 yaş ve üzeri gruplarda (özellikle 55-64 yaş) travmatik olayların etkisinin belirgin şekilde azaldığı dikkat çekmektedir ($\bar{x} = 30.66$).

Bireylerin travmatik olaylarla başa çıkma yöntemleri incelendiğinde, yaş grupları arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Kabul ve yeniden yapılandırma alt başlığında en yüksek ortalama 55-64 yaş grubunda görülmektedir ($\bar{x} = 21.33$). 18-54 yaş aralığında ise ortalama değerler birbirine oldukça yakındır. 25-34 yaş grubunda aile desteği puanı en yüksek seviyededir ($\bar{x} = 17.49$). 45-54 yaş grubunda aile desteği puanı düşmektedir ($\bar{x} = 14.48$). Din-maneviyat, genel olarak tüm yaş gruplarında benzer bir seviyede seyretmektedir ($\bar{x} = 16.22$). Ancak 45-54 yaş grubunda ($\bar{x} = 15.40$) bir miktar azalma gözlemlenmektedir. Genç yaş grubunda (18-24 yaş) kaçınma-ayırışma stratejisi daha düşük seviyede görülmektedir ($\bar{x} = 8.35$). Yaş ilerledikçe kaçınma-ayırışma puanı belirgin bir değişiklik göstermemektedir. Genç yaş grubunda özel duygusal paylaşım daha yüksek seviyede görülmektedir ($\bar{x} = 3.76$). Yaş ilerledikçe özel duygusal paylaşımın azaldığı gözlemlenmektedir.

En yüksek ortalama IES-R puanı, 54.88 ile 18-24 yaş grubunda gözlemlenmiştir. 25-34 yaş grubunda bu ortalama 48.58, 35-44 yaş grubunda 47.71, 45-54 yaş grubunda ise 50.97 olarak belirlenmiştir. 55-64 yaş grubundaki katılımcılar arasında IES-R puan ortalaması 30.67 ile en düşük seviyede bulunurken, 65 yaş ve üzeri grupta sadece bir katılımcı bulunduğundan, değerlendirme sınırlıdır. Genel olarak tüm yaş grupları dikkate alındığında, toplam ortalama IES-R puanı 48.52 olarak hesaplanmıştır. KBCSE puanı incelendiğinde, 55-64 yaş grubundaki katılımcıların 75.33 puan ile en yüksek ortalama puanı sahip olduğu görülmektedir. 25-34 yaş grubunda bu ortalama 62.54, 18-24 yaş grubunda 60.52, 35-44 yaş grubunda 60.17, 45-54 yaş grubunda ise 57.08 olarak hesaplanmıştır. 65 yaş ve üzeri grubunda ise tek bir katılımcı bulunduğundan, ortalama 28.00 olarak kaydedilmiştir. Genel ortalama ise 60.54 olarak belirlenmiştir.

"Yeniden Yaşama" düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=.328$). Benzer şekilde, "Kaçınma" ($p=.654$) ve "Aşırı Uyarılma" ($p=.162$) değişkenlerinde de gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu bulgular, olayların etkisiyle ilişkili bu değişkenlerin farklı gruplar arasında benzer seviyelerde olduğunu göstermektedir. Başa çıkma stilleri bağlamında da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. "Kabul ve Yeniden Yapılandırma" ($p=.269$), "Aile Desteği" ($p=.107$), "Din ve Maneviyat" ($p=.237$), "Kaçınma ve Ayrışma" ($p=.866$) ve "Özel Duygusal Paylaşım" ($p=.344$) değişkenleri açısından istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Bu sonuçlar, başa çıkma stillerinin gruplar arasında genel olarak benzer bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Toplam skorlar açısından da anlamlı fark bulunmamıştır. Travma sonrası stres belirtilerini ölçen IES-R toplam skoru ($p=.237$) ve başa çıkma stilleri envanteri toplam skoru ($p=.081$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 28. Cinsiyete Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Kadın	424	20.9552	7.49313	1.861	.062
	Erkek	143	19.5664	8.35444	1.763	
Kaçınma	Kadın	424	16.1392	6.53320	2.834	.771
	Erkek	143	14.3287	6.82351	2.773	
Aşırı Uyarılma	Kadın	424	12.6038	6.68958	2.216	.092
	Erkek	143	11.1259	7.48413	2.096	
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Kadın	424	16.2406	5.66551	3.417	.005
	Erkek	143	14.2587	6.89122	3.103	
Aile Desteği	Kadın	424	16.6392	8.37561	.301	.466
	Erkek	143	16.3986	7.94270	.309	
Din ve Maneviyat	Kadın	424	16.5991	3.98278	3.538	<.001
	Erkek	143	15.1189	5.21845	3.101	
Kaçınma ve Ayrışma	Kadın	424	8.9953	6.26408	.560	.196
	Erkek	143	8.6503	6.69061	.542	
	Kadın	424	3.1698	3.86222	.843	.803

Özel Duygusal Paylaşımlar	Erkek	143	2.8531	3.94675	.834	
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Kadın	424	49.6981	17.72254	2.656	.115
	Erkek	143	45.0210	19.58818	2.528	
KBÇSE	Kadın	424	61.6439	17.30161	2.461	.013
	Erkek	143	57.2797	21.13785	2.230	

p<0.05

Cinsiyetler arasındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla yapılan analizde, yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyutları incelenmiştir. Yeniden Yaşama değişkeninde kadınların ortalaması ($\bar{x} = 20.96$), erkeklerin ortalamasına ($\bar{x} = 19.57$) kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 1.861$, $p = 0.062$).

Kaçınma boyutunda kadınların ortalaması ($\bar{x} = 16.14$), erkeklerin ortalamasından ($\bar{x} = 14.33$) daha yüksek olmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 2.834$, $p = 0.771$). Aşırı Uyarılma alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (12.60), erkek katılımcılara (11.13) kıyasla daha yüksek olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($t = 2.216$, $p = 0.092$). Genel olarak, olayların etkisi açısından kadın katılımcıların ortalamaları erkeklerden yüksek olmasına rağmen, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Cinsiyetlerin başa çıkma stratejileri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Kabul ve Yeniden Yapılandırma stratejisinde kadınların ortalaması ($\bar{x} = 16.24$), erkeklerden ($\bar{x} = 14.26$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t = 3.417$, $p = 0.005$). Bu sonuç, kadın katılımcıların bu başa çıkma yöntemini erkeklere kıyasla daha fazla benimsediğini göstermektedir. Aile Desteği stratejisinde kadınların ($\bar{x} = 16.64$) ve erkeklerin ($\bar{x} = 16.40$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 0.301$, $p = 0.466$). Din ve Maneviyat stratejisinde kadın katılımcıların ortalaması ($\bar{x} = 16.60$), erkek katılımcıların ortalamasına ($\bar{x} = 15.12$) kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t = 3.538$, $p < 0.001$). Bu bulgu, kadınların dini ve manevi kaynaklara başvurma eğilimlerinin erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Kaçınma ve Ayrışma stratejisinde kadınların ortalaması ($\bar{x} = 8.99$) ile erkeklerin ortalaması ($\bar{x} = 8.65$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0.560$, $p = 0.196$). Özel Duygusal Paylaşımlar değişkeninde kadın katılımcıların ortalaması ($\bar{x} = 3.17$), erkek katılımcılardan ($\bar{x} = 2.85$) daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı

değildir ($t = 0.843$, $p = 0.803$). Bu sonuçlar, kadınların özellikle "Kabul ve Yeniden Yapılandırma" ve "Din ve Maneviyat" başa çıkma stratejilerini erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla kullandığını göstermektedir. Diğer başa çıkma yöntemlerinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bağımsız örneklem t-testi sonuçları toplam skorlar açısından incelendiğinde şu bulgular elde edilmiştir: IES-R (Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Skoru) açısından kadın katılımcılar ($\bar{x} = 49.70$) erkek katılımcılara ($\bar{x} = 45.02$) kıyasla daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 2.656$, $p = 0.115$). KBÇSE (Başa Çıkma Stilleri Toplam Skoru) açısından kadın katılımcılar ($\bar{x} = 61.64$) erkeklerden ($\bar{x} = 57.28$) anlamlı düzeyde yüksek bir ortalamaya sahiptir ($t = 2.461$, $p = 0.013$). Bu sonuç, kadınların genel olarak başa çıkma stratejilerini erkeklerden daha fazla kullandığını göstermektedir.

Bağımsız örneklem t-testi sonuçları değerlendirildiğinde, kadınların travma sonrası başa çıkma mekanizmalarını erkeklere kıyasla daha aktif kullandığı görülmektedir. Özellikle "Kabul ve Yeniden Yapılandırma" ve "Din ve Maneviyat" başa çıkma stratejileri kadınlarda anlamlı düzeyde daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, travma sonrası stres belirtileri açısından (IES-R toplam skoru) kadınların daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görülse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak çalışmada kadınların başa çıkma stillerini daha fazla kullandıkları belirlenmiş, ancak travma sonrası stres belirtileri açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 29. Medeni Duruma Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Evli	531	20.5574	7.63322
	Bekar	15	21.4667	9.14070
	Boşanmış	17	21.7059	8.77329
	Diğer	4	19.0000	13.44123
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Evli	531	15.7175	6.61126
	Bekar	15	15.1333	8.28826
	Boşanmış	17	14.6471	6.20424
	Diğer	4	17.5000	8.88819
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	Evli	531	12.1977	6.88261
	Bekar	15	12.9333	8.56460

	Boşanmış	17	12.2353	6.58150
	Diğer	4	14.0000	9.48683
	Toplam	567	12.2310	6.92166

Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Evli	531	15.6573	6.05566
	Bekar	15	17.0000	5.86759
	Boşanmış	17	16.0000	5.85235
	Diğer	4	21.0000	6.73300
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Evli	531	16.7194	8.16934
	Bekar	15	17.0667	6.78724
	Boşanmış	17	12.8824	10.71729
	Diğer	4	11.7500	12.17580
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Evli	531	16.2316	4.42644
	Bekar	15	16.5333	3.18179
	Boşanmış	17	15.6471	3.95192
	Diğer	4	16.7500	2.98608
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	Evli	531	8.8456	6.39654
	Bekar	15	9.2667	6.09996
	Boşanmış	17	9.7059	6.13152
	Diğer	4	12.5000	5.56776
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	Evli	531	3.0151	3.87831
	Bekar	15	3.6667	3.39467
	Boşanmış	17	5.3529	4.12221
	Diğer	4	1.2500	2.50000
	Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	Evli	531	48.4727	18.17205
	Bekar	15	49.5333	22.94984
	Boşanmış	17	48.5882	16.75209
	Diğer	4	50.5000	30.38092
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBCSE	Evli	531	60.4689	18.50641
	Bekar	15	63.5333	12.73839
	Boşanmış	17	59.5882	20.82684
	Diğer	4	63.2500	19.95620
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	43.245	14.415	.240	.868
	Grup İçi	33824.261	60.079		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	36.614	12.205	.275	.843
	Grup İçi	24980.243	44.370		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	20.504	6.835	.142	.935
	Grup İçi	27096.229	48.128		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	139.269	46.423	1.269	.284
	Grup İçi	20601.620	36.593		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	339.619	113.206	1.664	.174
	Grup İçi	38298.638	68.026		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	8.230	2.743	.143	.934
	Grup İçi	10802.874	19.188		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	66.431	22.144	.544	.652
	Grup İçi	22900.800	40.676		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	108.568	36.189	2.419	.065
	Grup İçi	8423.845	14.962		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	32.351	10.784	.032	.992
	Grup İçi	189651.205	336.858		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	181.853	60.618	.178	.911
	Grup İçi	191924.838	340.897		
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Katılımcıların medeni durumlarına göre travma sonrası stres belirtileri (IES-R) ve başa çıkma stilleri (KBÇSE) açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek

yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları, medeni durum açısından "Yeniden Yaşama" ($p = 0.868$), "Kaçınma" ($p = 0.843$) ve "Aşırı Uyarılma" ($p = 0.935$) alt boyutlarında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. F değerleri düşük olup (0.142 - 0.275 aralığında), gruplar arasında belirgin bir farklılık bulunmadığını göstermektedir. Evli, bekar, boşanmış ve diğer kategorileri arasındaki ortalamalar birbirine yakın olup, herhangi bir grubun belirgin bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. Medeni durum, olayların etkisi açısından anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.

Başa çıkma stratejilerinde medeni durumun etkisini değerlendirmek için yapılan ANOVA testleri sonuçları; Kabul ve Yeniden Yapılandırma $F = 1.269$, $p = 0.284$, Aile Desteği $F = 1.664$, $p = 0.174$, Din ve Maneviyat $F = 0.143$, $p = 0.934$, Kaçınma ve Ayrışma $F = 0.544$, $p = 0.652$, Özel Duygusal Paylaşımlar $F = 2.419$, $p = 0.065$ 'tir. Bu veriler yeterli düzeyde anlamlı ilişkinin olmadığını göstermektedir. Özel duygusal paylaşımlar boyutunda $p = 0.065$ değeri, istatistiksel anlamlılık düzeyi (0.05) sınırına oldukça yakındır. Bu, medeni durum ile bu değişken arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Başa çıkma stilleri genelinde medeni durumun belirgin bir etkisi bulunmamaktadır. Ancak, özel duygusal paylaşımlar boyutunda anlamlılığa yakın bir fark gözlemlenmiştir.

IES-R açısından $F = 0.032$, $p = 0.992$ olup, medeni durum açısından anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. KBÇSE açısından $F = 0.178$, $p = 0.911$ olup medeni durum açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Travma sonrası stres belirtileri ve genel başa çıkma becerileri medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, katılımcıların medeni durumlarının travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Olayların etkisi (yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma) açısından medeni durumlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Başa çıkma stillerinin alt boyutlarında medeni durum açısından anlamlı farklar gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$), ancak özel duygusal paylaşımlar alt boyutunda anlamlılığa yakın bir fark gözlemlenmiştir ($p = 0.065$). Toplam ölçek puanları (IES-R ve KBÇSE) medeni duruma göre farklılaşmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 30. Eğitim Düzeyine Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Okur-yazar değil	13	22.9231	9.03199
	Okur-yazar	12	22.5000	7.34228
	İlkokul	122	18.5164	8.29740

	Ortaokul	102	21.6667	7.20332
	Lise	192	20.3542	7.51331
	Ön Lisans	45	22.5556	7.38104
	Lisans	68	21.0294	7.67234
	Lisansüstü	13	22.5385	7.05473
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Okur-yazar değil	13	18.2308	8.01201
	Okur-yazar	12	17.1667	6.42203
	İlkokul	122	15.4918	7.20106
	Ortaokul	102	16.3235	6.36849
	Lise	192	15.0625	6.24426
	Ön Lisans	45	15.6889	7.30449
	Lisans	68	15.9118	6.81468
	Lisansüstü	13	16.4615	4.77171
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	Okur-yazar değil	13	13.7692	8.70971
	Okur-yazar	12	15.6667	4.41760
	İlkokul	122	10.9016	7.51132
	Ortaokul	102	12.4216	6.60248
	Lise	192	12.0573	6.56198
	Ön Lisans	45	13.6222	6.76317
	Lisans	68	12.6324	7.25012
	Lisansüstü	13	14.1538	6.18932
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Okur-yazar değil	13	14.6154	6.57696
	Okur-yazar	12	16.0000	7.26135
	İlkokul	122	15.3852	5.94805
	Ortaokul	102	16.0882	6.11297
	Lise	192	16.3385	6.35634
	Ön Lisans	45	15.6889	5.14261
	Lisans	68	15.1471	5.72573
	Lisansüstü	13	11.6923	3.63741
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Okur-yazar değil	13	15.8462	9.22719
	Okur-yazar	12	17.8333	6.53429
	İlkokul	122	16.3689	7.94423
	Ortaokul	102	16.8137	8.90403
	Lise	192	16.5260	8.59254
	Ön Lisans	45	16.3556	8.67115
	Lisans	68	17.0588	7.29932

	Lisansüstü	13	15.3077	6.10170
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Okur-yazar değil	13	15.3846	3.47703
	Okur-yazar	12	17.0000	4.17786
	İlkokul	122	16.8279	3.33450
	Ortaokul	102	17.0882	4.32836
	Lise	192	15.8281	4.73780
	Ön Lisans	45	15.8444	4.71919
	Lisans	68	15.8529	4.60131
	Lisansüstü	13	13.0769	4.46209
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	Okur-yazar değil	13	11.3077	6.96879
	Okur-yazar	12	12.0833	8.39327
	İlkokul	122	9.7869	7.09118
	Ortaokul	102	10.0882	6.26495
	Lise	192	8.7083	5.99112
	Ön Lisans	45	6.3778	5.28415
	Lisans	68	7.5294	5.83471
	Lisansüstü	13	5.0000	3.41565
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	Okur-yazar değil	13	4.5385	4.89243
	Okur-yazar	12	4.5833	4.05549
	İlkokul	122	2.6311	4.15645
	Ortaokul	102	2.7059	3.64131
	Lise	192	3.2083	3.88423
	Ön Lisans	45	3.3778	3.61367
	Lisans	68	3.3235	3.85344
	Lisansüstü	13	3.6154	2.50128
	Toplam	567	3.0899	3.88265
Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	Okur-yazar değil	13	54.9231	23.20367
	Okur-yazar	12	55.3333	13.32348
	İlkokul	122	44.9098	20.59728
	Ortaokul	102	50.4118	17.38461
	Lise	192	47.4740	17.15435
	Ön Lisans	45	51.8667	17.84351
	Lisans	68	49.5735	18.31590
	Lisansüstü	13	53.1538	14.73571
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBÇSE	Okur-yazar değil	13	61.6923	24.12255
	Okur-yazar	12	67.5000	23.12614

İlkokul	122	61.0000	19.41968
Ortaokul	102	62.7843	17.61897
Lise	192	60.6094	17.86361
Ön Lisans	45	57.6444	17.59281
Lisans	68	58.9118	18.52528
Lisansüstü	13	48.6923	9.88589
Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	1004.249	143.464	2.440	.018
	Grup İçi	32863.257	58.789		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	242.472	34.639	.782	.603
	Grup İçi	24774.385	44.319		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	543.618	77.660	1.634	.123
	Grup İçi	26573.115	47.537		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	350.775	50.111	1.374	.214
	Grup İçi	20390.114	36.476		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	76.321	10.903	.158	.993
	Grup İçi	38561.936	68.984		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	311.744	44.535	2.371	.021
	Grup İçi	10499.360	18.782		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	1055.695	150.814	3.848	<.001
	Grup İçi	21911.536	39.198		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	108.483	15.498	1.028	.410
	Grup İçi	8423.929	15.070		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	4113.857	587.694	1.770	.091
	Grup İçi	185569.698	331.967		
	Toplam	189683.556			

	Gruplararası	3521.413	503.059		
KBÇSE	Grup İçi	188585.278	337.362	1.491	.168
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Katılımcıların eğitim düzeyine göre olayların etkisini inceleyen ANOVA test sonuçları, yeniden yaşama alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunduğunu göstermektedir ($p = 0.018$). Diğer yandan, kaçınma ($p = 0.603$) ve aşırı uyarılma ($p = 0.123$) alt boyutlarında eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Yeniden yaşama alt boyutunda en yüksek ortalamaya okur-yazar olmayan katılımcılar ($\bar{x} = 22.92$) ve ön lisans mezunları ($\bar{x} = 22.55$) sahipken, en düşük ortalama ilkokul mezunlarında görülmektedir ($\bar{x} = 18.52$). Kaçınma ve aşırı uyarılma alt boyutlarında gruplar arasında belirgin bir fark bulunmamaktadır; ortalamalar birbirine yakın değerlerdedir. Yeniden yaşama alt boyutu açısından eğitim düzeyine bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ancak, kaçınma ve aşırı uyarılma açısından eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Başa çıkma stratejilerinde eğitim düzeyine göre farklılık olup olmadığını inceleyen ANOVA test sonuçları; Kabul ve Yeniden Yapılandırma $p = 0.214$, Aile Desteği $p = 0.993$, Din ve Maneviyat $p = 0.021$, Kaçınma ve Ayırışma $p < 0.001$, Özel Duygusal Paylaşımlar $p = 0.410$ 'dur. Din ve Maneviyat boyutunda, eğitim düzeyi ile anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p = 0.021$). Okur-yazar olmayan katılımcıların din ve maneviyata en fazla yöneldiği ($\bar{x} = 15.38$), en düşük seviyenin ise lisansüstü mezunlarında olduğu ($\bar{x} = 13.08$) görülmektedir. Kaçınma ve Ayırışma boyutunda, eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.001$). Eğitim düzeyi arttıkça kaçınma ve ayırışma seviyesinin düştüğü gözlemlenmektedir. Lisansüstü mezunları en düşük kaçınma ve ayırışma seviyesine sahipken, okur-yazar olmayanlar en yüksek seviyeye sahiptir. Eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin kaçınma ve ayırışma düzeyleri azalırken, din ve maneviyata yönelimleri değişmektedir. Ancak, kabul ve yeniden yapılandırma, aile desteği ve özel duygusal paylaşımlar boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

IES-R açısından $p = 0.091$, dolayısıyla eğitim düzeyi ile travma sonrası stres belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak, yeniden yaşama boyutundaki anlamlı farklılık ($p = 0.018$) göz önüne alındığında, eğitim düzeyinin bazı alt boyutları etkileyebileceği düşünülmektedir. KBÇSE açısından $p = 0.168$, yani eğitim düzeyine göre başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Genel travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma becerileri eğitim düzeyine göre değişmemektedir. Ancak, yeniden yaşama ve kaçınma - ayırışma gibi bazı alt boyutlar açısından eğitim düzeyinin etkili olduğu

görülmektedir. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, katılımcıların eğitim düzeylerinin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla incelenmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından eğitim düzeyiyle anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak, yeniden yaşama alt boyutunda eğitim düzeyine bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0.018$). Başa çıkma stratejileri açısından eğitim düzeyinin belirgin bir etkisi bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Ancak, din ve maneviyat ($p = 0.021$) ve kaçınma ve ayrışma ($p < 0.001$) boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi düştükçe kaçınma ve ayrışma düzeyi artmakta, eğitim seviyesi arttıkça kaçınma düzeyi azalmaktadır. Din ve maneviyata yönelim açısından okur-yazar olmayanlar ve daha düşük eğitim seviyesine sahip bireyler daha yüksek ortalamalara sahipken, yüksek eğitilmiş bireylerde bu yönelim daha düşük seviyede gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, eğitim düzeyi, genel stres düzeyinden çok, stresin deneyimlenme biçimi (örneğin yeniden yaşama) ve kullanılan başa çıkma stratejileri (örneğin kaçınma ve din/maneviyat) üzerinde etkili bir faktör olarak görünmektedir.

Tablo 31. Çalışma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Çalışıyorum	128	18.5156	7.99506	-3.507	.378
	Çalışmıyorum	439	21.2141	7.55918	-3.401	
Kaçınma	Çalışıyorum	128	14.4453	6.49386	-2.403	.677
	Çalışmıyorum	439	16.0433	6.65664	-2.436	
Aşırı Uyarılma	Çalışıyorum	128	10.4219	7.11725	-3.392	.421
	Çalışmıyorum	439	12.7585	6.78139	-3.303	

Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Çalışıyorum	128	14.5859	6.75153	-2.464	.011
	Çalışmıyorum	439	16.0774	5.79942	-2.267	
Aile Desteği	Çalışıyorum	128	17.1094	7.94195	.826	.444
	Çalışmıyorum	439	16.4237	8.35584	.849	
Din ve Maneviyat	Çalışıyorum	128	15.0625	5.37675	-3.455	<.001
	Çalışmıyorum	439	16.5649	3.97363	-2.936	
Kaçınma ve Ayrışma	Çalışıyorum	128	8.0156	6.46369	-1.805	.690
	Çalışmıyorum	439	9.1686	6.32627	-1.784	
Özel Duygusal Paylaşımlar	Çalışıyorum	128	3.1563	4.05365	.219	.588
	Çalışmıyorum	439	3.0706	3.83591	.213	

Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Çalışıyorum	128	43.3828	18.69192	-3.646	.439
	Çalışmıyorum	439	50.0159	17.93894	-3.565	
KBÇSE	Çalışıyorum	128	57.9297	20.26874	-1.828	.089
	Çalışmıyorum	439	61.3052	17.80174	-1.702	

p<0.05

Katılımcıların çalışma durumuna göre olayların etkisini inceleyen bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre Yeniden Yaşama alt boyutunda, çalışmayan katılımcılar ($\bar{x} = 21.21$) çalışan katılımcılara ($\bar{x} = 18.52$) kıyasla daha yüksek ortalamaya sahiptir. Ancak, $p = 0.378$, yani bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kaçınma boyutunda da çalışmayan bireyler ($\bar{x} = 16.04$) çalışan bireylerden ($\bar{x} = 14.45$) daha yüksek bir ortalamaya sahiptir, ancak $p = 0.677$ ile bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aşırı Uyarılma boyutunda da benzer bir durum gözlemlenmiştir; çalışmayan bireylerin ortalaması ($\bar{x} = 12.76$) çalışan bireylere ($\bar{x} = 10.42$) kıyasla daha yüksektir, ancak $p = 0.421$ olup istatistiksel olarak anlamlı değildir. Travma sonrası stres belirtilerinin alt boyutları açısından çalışan ve çalışmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışmayan bireylerin ortalamaları genel olarak daha yüksek olmasına rağmen, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Çalışma durumuna göre başa çıkma stratejileri açısından elde edilen sonuçlara göre Kabul ve Yeniden Yapılandırma boyutunda, çalışmayan bireyler ($\bar{x} = 16.08$) çalışan bireylere ($\bar{x} = 14.59$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bir ortalamaya sahiptir ($p = 0.011$). Bu sonuç, çalışmayan bireylerin bu başa çıkma stratejisini çalışan bireylere göre daha sık kullandığını göstermektedir. Aile Desteği açısından çalışan ($\bar{x} = 17.11$) ve çalışmayan ($\bar{x} = 16.42$) bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.444$). Din ve Maneviyat boyutunda, çalışmayan bireylerin ortalaması ($\bar{x} = 16.56$), çalışan bireylerin ortalamasına ($\bar{x} = 15.06$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.001$). Bu sonuç, çalışmayan bireylerin stresle başa çıkarken dini ve manevi kaynaklara daha fazla yöneldiğini göstermektedir. Kaçınma ve Ayrışma boyutunda çalışmayan bireylerin ortalaması ($\bar{x} = 9.17$), çalışan bireylerin ortalamasına ($\bar{x} = 8.02$) kıyasla daha yüksektir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.690$). Özel Duygusal Paylaşımlar açısından çalışan ($\bar{x} = 3.16$) ve çalışmayan ($\bar{x} = 3.07$) bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.588$). Çalışmayan bireyler, çalışan bireylere kıyasla “Kabul ve Yeniden Yapılandırma” ($p = 0.011$) ve “Din ve Maneviyat” ($p < 0.001$) stratejilerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha

fazla kullanılmaktadır. Diğer başa çıkma stratejileri açısından ise çalışma durumuna bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

IES-R (Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Skoru) açısından çalışmayan bireylerin ortalaması ($\bar{x} = 50.02$), çalışan bireylere ($\bar{x} = 43.38$) kıyasla daha yüksek olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.439$). KBÇSE (Başa Çıkma Stilleri Toplam Skoru) açısından çalışmayan bireylerin ortalaması ($\bar{x} = 61.31$) çalışan bireylere ($\bar{x} = 57.93$) kıyasla daha yüksek olmakla birlikte, fark anlamlılık sınırında olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.089$). Genel olarak, çalışmayan bireylerin stres belirtileri daha yüksek olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bununla birlikte, başa çıkma stratejileri açısından anlamlı bir fark gözlemlenmiş olup, özellikle çalışmayan bireylerin dini/manevi başa çıkma stratejilerine ve kabul ve yeniden yapılandırma stratejisine daha fazla yöneldiği görülmektedir. Bağımsız örneklem t-testi sonuçları, katılımcıların çalışma durumlarının travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından çalışan ve çalışmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Çalışmayan bireylerin ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. Başa çıkma stratejileri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Çalışmayan bireyler, “Kabul ve Yeniden Yapılandırma” ($p = 0.011$) ve “Din ve Maneviyat” ($p < 0.001$) başa çıkma stratejilerini çalışan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla kullanmaktadır. Diğer başa çıkma stratejileri açısından çalışma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak, çalışmayan bireylerin travma sonrası stres belirtilerinin daha yüksek olduğu gözlemlense de, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak, başa çıkma mekanizmaları açısından farklılıklar gözlemlenmiş olup, özellikle çalışmayan bireylerin stresle başa çıkmada dini/manevi kaynaklara ve olayları kabul ederek yeniden yapılandırma yöntemlerine daha fazla başvurduğu görülmektedir.

Tablo 32. Çalışma Sektörüne Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Kamu	34	18.8529	8.25037
	Özel	94	18.3936	7.94229
	Çalışmıyorum	439	21.2141	7.55918
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Kamu	34	14.7059	6.73088

	Özel	94	14.3511	6.44031
	Çalışmıyorum	439	16.0433	6.65664
	Toplam	567	15.6825	6.64826
	Kamu	34	11.3824	7.25724
	Özel	94	10.0745	7.07295
Aşırı Uyarılma	Çalışmıyorum	439	12.7585	6.78139
	Toplam	567	12.2310	6.92166

Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
	Kamu	34	13.7353	6.93829
	Özel	94	14.8936	6.69371
	Çalışmıyorum	439	16.0774	5.79942
	Toplam	567	15.7407	6.05348
	Kamu	34	15.7353	8.43625
	Özel	94	17.6064	7.74210
Aile Desteği	Çalışmıyorum	439	16.4237	8.35584
	Toplam	567	16.5785	8.26229
	Kamu	34	14.7353	5.87913
	Özel	94	15.1809	5.21157
	Çalışmıyorum	439	16.5649	3.97363
	Toplam	567	16.2257	4.37046
	Kamu	34	5.8529	6.02083
	Özel	94	8.7979	6.47008
	Çalışmıyorum	439	9.1686	6.32627
	Toplam	567	8.9083	6.37010
	Kamu	34	1.9118	3.14660
	Özel	94	3.6064	4.26090
	Çalışmıyorum	439	3.0706	3.83591
	Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam		N	Ortalama	SS
	Kamu	34	44.9412	19.75140
	Özel	94	42.8191	18.37071
	Çalışmıyorum	439	50.0159	17.93894
	Toplam	567	48.5185	18.30656
	Kamu	34	51.9706	22.41818
	Özel	94	60.0851	19.10506
	Çalışmıyorum	439	61.3052	17.80174
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi	Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
------------------	-----------------	---------------	---	---

Yeniden Yaşama	Gruplararası	726.933	363.466	6.186	.002
	Grup İçi	33140.573	58.760		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	256.206	128.103	2.918	.055
	Grup İçi	24760.651	43.902		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	583.820	291.910	6.205	.002
	Grup İçi	26532.914	47.044		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	253.968	126.984	3.496	.031
	Grup İçi	20486.921	36.324		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	134.010	67.005	.981	.375
	Grup İçi	38504.247	68.270		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	228.661	114.331	6.093	.002
	Grup İçi	10582.443	18.763		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	348.281	174.140	4.342	.013
	Grup İçi	22618.950	40.105		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	72.430	36.215	2.414	.090
	Grup İçi	8459.982	15.000		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	4472.859	2236.430	6.810	.001
	Grup İçi	185210.696	328.388		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	2773.304	1386.652	4.131	.017
	Grup İçi	189333.388	335.697		
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Katılımcıların çalıştıkları sektörün olayların etkisi, başa çıkma stilleri ve toplam ölçek skorları üzerindeki etkisi incelenmiştir. ANOVA analizi sonuçları, gruplar arasında anlamlı farkları oluşturmuştur. Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=6.186, p=.002 F = 6.186, p = .002 F=6.186, p=.002). "Çalışmıyorum"

grubunun ($\bar{x}$ =21.21) diğer gruplara kıyasla daha yüksek bir yeniden yaşama puanına sahip olduğu gözlenmiştir. Bu durum, çalışmayan bireylerin travmatik olayları yeniden yaşama düzeyinin daha fazla olduğunu gösterebilir. Kaçınma düzeylerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($F=2.918, p=.055$ $F = 2.918, p = .055$ $F=2.918, p=.055$), çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =16.04) kaçınma puanlarının kamu ve özel sektör gruplarına göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Aşırı uyarılma düzeylerinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=6.205, p=.002$ $F = 6.205, p = .002$ $F=6.205, p=.002$). Çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =12.76) aşırı uyarılma puanlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kabul ve Yeniden Yapılandırma alt boyutunda gruplararası fark anlamlıdır ($F=3.496, p=.031$ $F = 3.496, p = .031$ $F=3.496, p=.031$). Çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =16.08) bu başa çıkma stilinde kamu ($\bar{x}$ =13.74) ve özel sektör ($\bar{x}$ =14.89) gruplarından daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Aile desteği boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=.981, p=.375$ $F = .981, p = .375$ $F=.981, p=.375$). Din ve maneviyat boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=6.093, p=.002$ $F = 6.093, p = .002$ $F=6.093, p=.002$). Çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =16.56) ortalama puanı diğer gruplardan belirgin şekilde daha yüksektir. Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=4.342, p=.013$ $F = 4.342, p = .013$ $F=4.342, p=.013$). Çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =9.17) kaçınma ve ayrışma düzeyinin kamu ($\bar{x}$ =5.85) ve özel sektör ($\bar{x}$ =8.80) gruplarından daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Özel Duygusal Paylaşımlar alt boyutunda gruplar arası fark anlamlı bulunmamıştır ($F=2.414, p=.090$ $F = 2.414, p = .090$ $F=2.414, p=.090$).

IES-R toplam skorlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=6.810, p=.001$ $F = 6.810, p = .001$ $F=6.810, p=.001$). Çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =50.02) ortalama puanları, kamu ($\bar{x}$ =44.94) ve özel sektör ($\bar{x}$ =42.82) gruplarından belirgin şekilde daha yüksektir. Başa çıkma stilleri toplam skoru açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.131, p=.017$ $F = 4.131, p = .017$ $F=4.131, p=.017$). Çalışmayan grubun ($\bar{x}$ =61.31) toplam puanı özel sektör ($\bar{x}$ =60.09) ve kamu ($\bar{x}$ =51.97) gruplarına göre daha yüksektir. ANOVA analizine göre, çalışılan sektörün olayların etkisi ve başa çıkma stilleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Özellikle, çalışmayan grubun olayların etkisi (yeniden yaşama, aşırı uyarılma) ve başa çıkma stilleri (din ve maneviyat, kaçınma ve ayrışma) açısından diğer gruplardan daha yüksek ortalamalara sahip olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, çalışmayan bireylerin daha fazla travmatik etkiler hissettiği ve din/kaçınma gibi başa çıkma mekanizmalarına daha sık başvurduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 33. Gelir Düzeyine Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	19.000 TL altı	367	20.9700	7.71569
	19.000-62.000 TL	193	19.9223	7.75599
	62.000 TL üzeri	7	20.2857	8.05635
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	19.000 TL altı	367	16.0872	6.72838
	19.000-62.000 TL	193	14.7979	6.46026
	62.000 TL üzeri	7	18.8571	5.04739
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	19.000 TL altı	367	12.4959	6.99448
	19.000-62.000 TL	193	11.6736	6.78403
	62.000 TL üzeri	7	13.7143	6.75066
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	19.000 TL altı	367	16.1008	5.96650
	19.000-62.000 TL	193	15.0363	6.23279
	62.000 TL üzeri	7	16.2857	4.23140
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	19.000 TL altı	367	16.6458	8.45043
	19.000-62.000 TL	193	16.4404	7.93908
	62.000 TL üzeri	7	16.8571	8.11231
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	19.000 TL altı	367	16.5177	4.08905
	19.000-62.000 TL	193	15.6321	4.86959
	62.000 TL üzeri	7	17.2857	2.28869
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	19.000 TL altı	367	9.9700	6.65682
	19.000-62.000 TL	193	6.8342	5.31835
	62.000 TL üzeri	7	10.4286	3.10146
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	19.000 TL altı	367	3.1499	3.97628
	19.000-62.000 TL	193	3.0052	3.73120
	62.000 TL üzeri	7	2.2857	3.30224
	Toplam	567	3.0899	3.88265
Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	19.000 TL altı	367	49.5531	18.68934
	19.000-62.000 TL	193	46.3938	17.45442
	62.000 TL üzeri	7	52.8571	18.04096

	Toplam	567	48.5185	18.30656
	19.000 TL altı	367	62.3842	18.89233
	19.000-62.000 TL	193	56.9482	17.14118
	62.000 TL üzeri	7	63.1429	14.57656
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Karelerin Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	139.573	69.787	1.167	.312
	Grup İçi	33727.933	59.801		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	281.671	140.836	3.211	.041
	Grup İçi	24735.186	43.857		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	101.126	50.563	1.056	.349
	Grup İçi	27015.608	47.900		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Karelerin Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	145.444	72.722	1.991	.137
	Grup İçi	20595.444	36.517		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	5.885	2.942	.043	.958
	Grup İçi	38632.373	68.497		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	107.160	53.580	2.823	.060
	Grup İçi	10703.944	18.979		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	1260.152	630.076	16.371	<.001
	Grup İçi	21707.079	38.488		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	7.232	3.616	.239	.787
	Grup İçi	8525.181	15.116		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Karelerin Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	1395.912	697.956	2.091	.125
	Grup İçi	188287.644	333.843		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	3785.524	1892.762	5.669	.004
	Grup İçi	188321.167	333.903		

Katılımcıların gelir düzeylerine göre travmatik olayların etkisini değerlendiren ANOVA test sonuçlarına göre Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.312$). Tüm gelir grupları arasında ortalamalar benzer olup, belirgin bir ayrışma gözlemlenmemektedir. Kaçınma boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0.041$). En düşük gelir grubundaki bireyler ($\bar{x} = 16.09$) ve en yüksek gelir grubundaki bireyler ($\bar{x} = 18.86$) daha yüksek kaçınma düzeyine sahipken, orta gelir grubundaki bireylerin kaçınma ortalaması daha düşük ($\bar{x} = 14.80$) bulunmuştur. Aşırı Uyarılma alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.349$). Kaçınma boyutunda gelir düzeyine bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Düşük gelir grubundaki bireylerin ve yüksek gelir grubundaki bireylerin kaçınma eğilimi daha yüksekken, orta gelir grubundaki bireylerde bu düzey daha düşüktür. Yeniden yaşama ve aşırı uyarılma boyutları açısından ise gelir düzeyine bağlı anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

Gelir seviyesine göre başa çıkma stratejileri açısından yapılan analize göre Kabul ve Yeniden Yapılandırma açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.137$). Aile Desteği açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.958$). Din ve Maneviyat boyutunda istatistiksel anlamlılık sınırına yakın bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0.060$). En yüksek gelir grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 17.29$) ve en düşük gelir grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 16.52$) din ve maneviyata yönelimlerinin orta gelir grubundaki bireylere ($\bar{x} = 15.63$) kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kaçınma ve Ayrışma boyutunda gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.001$). En düşük gelir grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 9.97$) ve en yüksek gelir grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 10.43$) kaçınma ve ayrışma eğilimleri orta gelir grubundaki bireylere ($\bar{x} = 6.83$) kıyasla belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. Özel Duygusal Paylaşımlar açısından ise anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.787$). Kaçınma ve Ayrışma boyutunda gelir düzeyine bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Düşük ve yüksek gelir gruplarındaki bireylerin kaçınma ve ayrışma düzeyleri daha yüksekken, orta gelir grubundaki bireyler bu stratejiyi daha az kullanmaktadır. Din ve Maneviyat boyutunda ise anlamlılık sınırına yakın bir farklılık gözlemlenmiş olup, düşük ve yüksek gelirli bireylerin dini/manevi başa çıkma eğilimlerinin orta gelir grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

IES-R açısından gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.125$). Ancak, en yüksek gelir grubundaki bireylerin stres belirtilerinin daha yüksek olduğu

gözlemlenmiştir ($\bar{x} = 52.86$). KBÇSE açısından gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0.004$). Orta gelir grubundaki bireyler ($\bar{x} = 56.95$) en düşük başa çıkma puanına sahipken, düşük gelir grubundaki bireyler ($\bar{x} = 62.38$) ve yüksek gelir grubundaki bireyler ($\bar{x} = 63.14$) daha yüksek başa çıkma puanlarına sahiptir. Başa çıkma stratejileri açısından gelir grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Orta gelir grubundaki bireyler, diğer gruplara kıyasla genel olarak başa çıkma stratejilerini daha az kullanmaktadır. Travma sonrası stres belirtileri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, en yüksek gelir grubundaki bireylerin stres belirtilerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. ANOVA test sonuçları, katılımcıların gelir seviyelerinin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Ancak, kaçınma alt boyutunda anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Başa çıkma stratejileri açısından ise anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir: Düşük ve yüksek gelir grubundaki bireyler, orta gelir grubuna kıyasla daha yüksek kaçınma ve ayrışma düzeyine sahiptir. Orta gelir grubundaki bireyler, diğer gruplara kıyasla daha düşük başa çıkma becerilerine sahiptir. Düşük ve yüksek gelir gruplarındaki bireyler, orta gelir grubundaki bireylere kıyasla daha fazla dini/manevi başa çıkma stratejileri kullanmaktadır. Sonuç olarak, gelir seviyesi, bireylerin başa çıkma stratejilerini ve kaçınma eğilimlerini etkileyen önemli bir faktör olarak görünmektedir. Özellikle orta gelir grubundaki bireylerin daha az başa çıkma stratejisi kullandığı ve düşük ve yüksek gelir gruplarındaki bireylerin kaçınma eğilimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, travma sonrası stres belirtileri açısından gelir seviyesine bağlı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Tablo 34. Aile Türüne Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Çekirdek aile	500	20.6780	7.60118
	Geniş aile	41	20.1951	8.57968
	Tek ebeveynli aile	26	19.8462	9.09370
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Çekirdek aile	500	15.7980	6.60185
	Geniş aile	41	15.0488	7.30052
	Tek ebeveynli aile	26	14.4615	6.55580
	Toplam	567	15.6825	6.64826

Aşırı Uyarılma	Çekirdek aile	500	12.1640	6.90685
	Geniş aile	41	12.7561	7.46921
	Tek ebeveynli aile	26	12.6923	6.51625
	Toplam	567	12.2310	6.92166

Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Çekirdek aile	500	15.7920	6.01074
	Geniş aile	41	14.4634	6.50806
	Tek ebeveynli aile	26	16.7692	6.07492
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Çekirdek aile	500	16.6920	8.23777
	Geniş aile	41	16.3902	7.15150
	Tek ebeveynli aile	26	14.6923	10.25581
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Çekirdek aile	500	16.2580	4.42658
	Geniş aile	41	15.7561	4.36910
	Tek ebeveynli aile	26	16.3462	3.22419
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	Çekirdek aile	500	8.9100	6.45890
	Geniş aile	41	8.1463	5.54780
	Tek ebeveynli aile	26	10.0769	5.86463
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	Çekirdek aile	500	3.0100	3.88846
	Geniş aile	41	3.1463	3.52534
	Tek ebeveynli aile	26	4.5385	4.15914
	Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	Çekirdek aile	500	48.6400	18.06319
	Geniş aile	41	48.0000	20.83627
	Tek ebeveynli aile	26	47.0000	19.41752
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBÇSE	Çekirdek aile	500	60.6620	18.54442
	Geniş aile	41	57.9024	16.82231
	Tek ebeveynli aile	26	62.4231	18.75990
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	24.525	12.262	.204	.815
	Grup İçi	33842.982	60.005		
	Toplam	33867.506			

Kaçınma	Gruplararası	61.895	30.948	.699	.497
	Grup İçi	24954.962	44.246		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	19.082	9.541	.199	.820
	Grup İçi	27097.651	48.045		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	95.710	47.855	1.307	.271
	Grup İçi	20645.179	36.605		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	100.395	50.197	.735	.480
	Grup İçi	38537.863	68.330		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	9.940	4.970	.260	.772
	Grup İçi	10801.164	19.151		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	59.313	29.656	.730	.482
	Grup İçi	22907.918	40.617		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	57.879	28.940	1.926	.147
	Grup İçi	8474.533	15.026		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	78.356	39.178	.117	.890
	Grup İçi	189605.200	336.179		
	Toplam	189683.556			
KBCSE	Gruplararası	384.857	192.429	.566	.568
	Grup İçi	191721.834	339.932		
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Katılımcıların aile yapısına göre olayların etkisini değerlendiren ANOVA test sonuçlarına göre Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.815$). Aile yapıları arasında ortalamalar birbirine yakın olup travmatik olayları yeniden yaşama düzeyinde belirgin bir farklılık gözlemlenmemektedir. Kaçınma alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.497$). Aşırı Uyarılma boyutunda da aile yapısına göre farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.820$). Aile yapısının, olayların etkisi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmektedir. Yeniden

yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma boyutlarında çekirdek aile, geniş aile ve tek ebeveynli aile yapıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Katılımcıların aile yapısı doğrultusunda başa çıkma stratejileri açısından yapılan analize göre Kabul ve Yeniden Yapılandırma boyutunda anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.271$). Aile Desteği açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.480$). Din ve Maneviyat boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir ($p = 0.772$). Kaçınma ve Ayrışma boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.482$). Özel Duygusal Paylaşımlar açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p = 0.147$), tek ebeveynli aile yapısına sahip bireylerin ortalamasının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Aile yapısı, başa çıkma stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır. Ancak, tek ebeveynli aile yapısına sahip bireylerin özel duygusal paylaşımlar boyutunda daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık seviyesine ulaşmamıştır.

IES-R (Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Skoru) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.890$). KBÇSE (Başa Çıkma Stilleri Toplam Skoru) açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.568$). Aile yapısına göre travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma becerileri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Katılımcıların aile yapılarının travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından aile yapısı ile anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma boyutlarında çekirdek aile, geniş aile ve tek ebeveynli aile yapıları arasında belirgin bir fark gözlemlenmemiştir. Başa çıkma stratejileri açısından da aile yapısının belirleyici bir faktör olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$). Ancak, tek ebeveynli aile yapısına sahip bireylerin özel duygusal paylaşımlar boyutunda daha yüksek ortalamaya sahip olduğu gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, aile yapısı, bireylerin travma sonrası stres belirtilerini ve başa çıkma stratejilerini anlamlı düzeyde etkilememektedir.

Tablo 35. Yaşanan Yere Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Şehir merkezi	290	20.7138	7.78590
	İlçe	229	20.4323	7.50035

	Kasaba	4	17.2500	11.81454
	Köy	43	21.0698	8.50321
	Yayla	1	22.0000	.
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Şehir merkezi	290	15.9103	6.83611
	İlçe	229	15.4236	6.07263
	Kasaba	4	14.0000	9.01850
	Köy	43	15.5814	8.16273
	Yayla	1	20.0000	.
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	Şehir merkezi	290	12.2483	6.76704
	İlçe	229	11.9694	6.80711
	Kasaba	4	13.0000	10.23067
	Köy	43	13.3488	8.33491
	Yayla	1	16.0000	.
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Şehir merkezi	290	15.8034	6.05505
	İlçe	229	15.5808	6.03417
	Kasaba	4	17.2500	2.62996
	Köy	43	16.0000	6.55017
	Yayla	1	17.0000	.
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Şehir merkezi	290	16.7931	8.14352
	İlçe	229	15.7773	8.37698
	Kasaba	4	14.7500	12.03813
	Köy	43	19.4186	7.67877
	Yayla	1	23.0000	.
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Şehir merkezi	290	16.1793	4.40850
	İlçe	229	16.2838	4.32280
	Kasaba	4	15.5000	1.91485
	Köy	43	16.2558	4.67054
	Yayla	1	18.0000	.
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	Şehir merkezi	290	8.1621	6.12595
	İlçe	229	9.6594	6.39745
	Kasaba	4	8.5000	5.80230
	Köy	43	10.0233	7.46576
	Yayla	1	7.0000	.
	Toplam	567	8.9083	6.37010

Özel Duygusal Paylaşımlar	Şehir merkezi	290	3.0966	3.89983
	İlçe	229	2.9956	3.63644
	Kasaba	4	.7500	1.50000
	Köy	43	3.8372	5.01868
	Yayla	1	.0000	.
	Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	Şehir merkezi	290	48.8724	18.29008
	İlçe	229	47.8253	17.45533
	Kasaba	4	44.2500	30.08183
	Köy	43	50.0000	22.04865
	Yayla	1	58.0000	.
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBÇSE	Şehir merkezi	290	60.0345	17.95551
	İlçe	229	60.2969	18.58548
	Kasaba	4	56.7500	18.24600
	Köy	43	65.5349	20.66784
	Yayla	1	65.0000	.
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	66.520	16.630	.277	.893
	Grup İçi	33800.986	60.144		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	60.810	15.203	.342	.849
	Grup İçi	24956.047	44.406		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	86.056	21.514	.447	.774
	Grup İçi	27030.678	48.097		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	20.587	5.147	.140	.967
	Grup İçi	20720.302	36.869		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	561.814	140.454	2.073	.083
	Grup İçi	38076.443	67.752		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	6.692	1.673	.087	.986

	Grup İçi	10804.412	19.225		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	348.439	87.110		
	Grup İçi	22618.792	40.247	2.164	.072
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	57.510	14.378		
	Grup İçi	8474.903	15.080	.953	.433
	Toplam	8532.413			
Toplam					
	Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p	
IES-R	Gruplararası	403.513	100.878		
	Grup İçi	189280.042	336.797	.300	.878
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	1237.781	309.445		
	Grup İçi	190868.911	339.624	.911	.457
	Toplam	192106.691			
p<0.05					

Katılımcıların yaşadıkları yerleşim yerine göre olayların etkisini değerlendiren ANOVA test sonuçlarına göre Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.893$). Tüm yerleşim bölgelerinde ortalamalar birbirine yakın olup travmatik olayların yeniden yaşanma düzeyinde belirgin bir farklılık gözlemlenmemektedir. Kaçınma boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.849$). Aşırı Uyarılma boyutunda yerleşim bölgeleri arasında farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.774$). Yerleşim yerinin, olayların etkisi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmektedir. Yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma boyutlarında şehir merkezi, ilçe, kasaba, köy ve yayla gibi farklı yerleşim yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yerleşim bölgelerine göre başa çıkma stratejileri açısından yapılan analiz doğrultusunda Kabul ve Yeniden Yapılandırma boyutunda anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.967$). Aile Desteği açısından gruplar arasında anlamlılık sınırında bir fark gözlemlenmiştir ($p = 0.083$). Köyde yaşayan bireylerin ($\bar{x} = 19.42$) aile desteğini en yüksek seviyede algıladığı, kasaba ve ilçede yaşayan bireylerin aile desteğini daha düşük seviyede algıladığı görülmektedir. Ancak, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık seviyesine ulaşmamıştır. Din ve Maneviyat boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.986$). Kaçınma ve Ayrışma açısından istatistiksel anlamlılık sınırına yakın bir fark gözlemlenmiştir ($p = 0.072$). İlçede ve köyde

yaşayan bireylerin kaçınma ve ayrışma seviyelerinin şehir merkezinde yaşayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Özel Duygusal Paylaşımlar açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.433$). Yerleşim yerine göre başa çıkma stratejileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemektedir. Ancak, köyde yaşayan bireylerin aile desteği algısının daha yüksek olduğu, ilçede yaşayan bireylerin ise kaçınma ve ayrışma düzeylerinin şehir merkezinde yaşayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılıklar anlamlılık seviyesine tam olarak ulaşmamış olsa da dikkate değer eğilimler olarak değerlendirilebilmektedir.

IES-R (Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Skoru) açısından yerleşim bölgeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.878$). Tüm yerleşim bölgelerinde stres seviyeleri birbirine benzer düzeydedir. KBÇSE (Başa Çıkma Stilleri Toplam Skoru) açısından da yerleşim yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.457$). Yerleşim yerinin, travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerinde belirleyici bir etkisi bulunmamaktadır. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, katılımcıların yaşadığı yerleşim bölgelerinin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından yaşanan yerleşim yeri ile anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Başa çıkma stratejileri açısından da yerleşim yeri ile anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$). Aile Desteği ($p = 0.083$, sınırda anlamlılık) köyde yaşayan bireylerin aile desteği algısının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kaçınma ve Ayrışma ($p = 0.072$, sınırda anlamlılık) ilçede ve köyde yaşayan bireylerin kaçınma ve ayrışma seviyelerinin şehir merkezinde yaşayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Sonuç olarak yerleşim yerinin bireylerin travma sonrası stres belirtilerini ve başa çıkma stratejilerini belirleyen bir faktör olmadığı görülmektedir. Ancak köyde yaşayan bireylerin aile desteği algısının daha yüksek olması ve ilçede/köyde yaşayan bireylerin kaçınma ve ayrışma düzeylerinin daha yüksek olması gibi belirgin bazı tespitler yapılmıştır.

Tablo 36. Çocuğun Yaş Aralığına Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	0-3 yaş	69	21.5217	6.82687
	4-6 yaş	144	20.9583	7.50839
	7-12 yaş	232	19.9612	7.92187

	13-15 yaş	84	20.7262	8.42451
	16-18 yaş	38	21.2632	7.46047
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	0-3 yaş	69	13.8551	6.48817
	4-6 yaş	144	15.4583	6.31778
	7-12 yaş	232	15.8578	6.66200
	13-15 yaş	84	16.5357	7.37375
	16-18 yaş	38	16.8947	5.97196
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	0-3 yaş	69	12.4203	5.92206
	4-6 yaş	144	12.9028	6.53053
	7-12 yaş	232	11.5172	7.00523
	13-15 yaş	84	12.4405	7.92031
	16-18 yaş	38	13.2368	7.09562
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	0-3 yaş	69	15.9855	5.71503
	4-6 yaş	144	15.4931	6.28128
	7-12 yaş	232	15.6595	6.04747
	13-15 yaş	84	15.5595	5.91578
	16-18 yaş	38	17.1316	6.22624
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	0-3 yaş	69	17.0580	7.35624
	4-6 yaş	144	16.6667	8.57953
	7-12 yaş	232	16.0216	8.22437
	13-15 yaş	84	18.3690	7.80296
	16-18 yaş	38	14.8158	9.41205
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	0-3 yaş	69	16.1159	4.15344
	4-6 yaş	144	16.6458	4.16860
	7-12 yaş	232	16.2328	4.46702
	13-15 yaş	84	15.6667	4.81797
	16-18 yaş	38	16.0263	3.90071
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	0-3 yaş	69	7.7681	5.74493
	4-6 yaş	144	9.2361	6.12456
	7-12 yaş	232	8.5000	6.24118
	13-15 yaş	84	9.9881	7.48250
	16-18 yaş	38	9.8421	6.23645
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	0-3 yaş	69	3.2319	3.79297

4-6 yaş	144	3.3472	4.07331
7-12 yaş	232	2.8147	3.54136
13-15 yaş	84	3.2976	4.51712
16-18 yaş	38	3.0789	3.88609
Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam	N	Ortalama	SS
IES-R	0-3 yaş	69	47.7971
	4-6 yaş	144	49.3194
	7-12 yaş	232	47.3362
	13-15 yaş	84	49.7024
	16-18 yaş	38	51.3947
	Toplam	567	48.5185
KBCSE	0-3 yaş	69	60.1594
	4-6 yaş	144	61.3889
	7-12 yaş	232	59.2284
	13-15 yaş	84	62.8810
	16-18 yaş	38	60.8947
	Toplam	567	60.5432

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	189.817	47.454	.792	.531
	Grup İçi	33677.689	59.925		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	361.779	90.445	2.062	.084
	Grup İçi	24655.079	43.870		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	227.781	56.945	1.190	.314
	Grup İçi	26888.952	47.845		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	90.767	22.692	.618	.650
	Grup İçi	20650.122	36.744		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	476.327	119.082	1.754	.137
	Grup İçi	38161.930	67.904		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	54.023	13.506	.706	.588
	Grup İçi	10757.081	19.141		

	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	274.928	68.732		
	Grup İçi	22692.303	40.378	1.702	.148
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	32.131	8.033		
	Grup İçi	8500.282	15.125	.531	.713
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	884.676	221.169		
	Grup İçi	188798.879	335.941	.658	.621
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	977.942	244.486		
	Grup İçi	191128.749	340.087	.719	.579
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Katılımcıların çocukların yaş grubuna göre olayların etkisini değerlendiren ANOVA test sonuçları doğrultusunda Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.531$). Çocuk yaşı ilerledikçe yeniden yaşama skorlarının dalgalandığı görülse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kaçınma alt boyutunda istatistiksel anlamlılık sınırına yakın bir farklılık gözlemlenmiştir ($p = 0.084$). Özellikle çocuğu 16-18 yaş arasında olan ebeveynlerin kaçınma ortalamasının en yüksek seviyede olduğu, buna karşılık 0-3 yaş grubundaki çocuklara sahip ebeveynlerin en düşük kaçınma ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, bu fark istatistiksel anlamlılık seviyesine tam olarak ulaşmamıştır. Aşırı Uyarılma boyutunda ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.314$). Çocuğun yaşı, olayların etkisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır. Ancak kaçınma boyutunda çocuğun yaşı arttıkça kaçınma düzeyinin de yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu fark istatistiksel anlamlılık seviyesine yakın bir değere sahiptir.

Çocuğun yaşına göre başa çıkma stratejileri açısından yapılan analiz doğrultusunda Kabul ve Yeniden Yapılandırma açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.650$). Aile Desteği açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.137$). Ancak çocuğu 13-15 yaş aralığında olan ebeveynlerin aile desteği algılarının en yüksek olduğu, çocuğu 16-18 yaş arasında olan ebeveynlerin ise aile desteğini en düşük düzeyde algıladığı gözlemlenmiştir. Din ve Maneviyat açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.588$). Kaçınma ve Ayrışma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir

fark gözlemlenmemiştir ($p = 0.148$). Ancak, çocuğu 13-18 yaş aralığında olan ebeveynlerin kaçınma ve ayrışma skorlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Özel Duygusal Paylaşımlar açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.713$). Başa çıkma stratejileri açısından çocuğun yaşı ile anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak çocuğu ergenlik döneminde (13-18 yaş) olan ebeveynlerin aile desteği algısının daha düşük olduğu ve kaçınma eğilimlerinin arttığı gözlemlenmiştir.

IES-R açısından çocuk yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.621$). KBÇSE açısından da çocuk yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.579$). Çocuğun yaşının, travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, katılımcıların çocuklarının yaş grubunun travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından çocuğun yaşı ile anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Başa çıkma stratejileri açısından da çocuğun yaşı ile anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$). Kaçınma ($p = 0.084$, sınırda anlamlılık) çocuğu 16-18 yaş grubunda olan ebeveynlerin kaçınma skorları en yüksek seviyededir. Aile Desteği ($p = 0.137$, sınırda anlamlılık) çocuğu 13-15 yaş grubunda olan ebeveynlerin aile desteği algıları daha yüksektir, ancak çocuğu 16-18 yaşında olan ebeveynlerin aile desteği algıları düşmektedir. Sonuç olarak, çocuğun yaşı bireyin travma sonrası stres belirtilerini ve başa çıkma stratejilerini belirleyen anlamlı bir faktör olarak öne çıkmamaktadır. Ancak, çocuğun yaşının artmasıyla kaçınma eğiliminde bir artış ve aile desteği algısında dalgalanmalar gözlemlenmiştir. Özellikle çocuğu ergenlik döneminde olan ebeveynlerin daha fazla kaçınma eğiliminde olduğu ve daha düşük aile desteği algısına sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 37. Çocuğun Cinsiyetine Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Kız	265	20.2830	7.77715	-.928	.528
	Erkek	302	20.8874	7.70041	-.928	
Kaçınma	Kız	265	15.6792	6.61945	-.011	.545
	Erkek	302	15.6854	6.68442	-.011	
Aşırı Uyarılma	Kız	265	11.9811	6.81101	-.805	.789
	Erkek	302	12.4503	7.02127	-.807	

Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Kız	265	15.6075	6.23929	-.490	.273
	Erkek	302	15.8576	5.89354	-.489	
Aile Desteği	Kız	265	17.0226	8.24985	1.200	.754
	Erkek	302	16.1887	8.26718	1.200	
Din ve Maneviyat	Kız	265	16.1132	4.61741	-.574	.310
	Erkek	302	16.3245	4.14689	-.570	
Kaçınma ve Ayrışma	Kız	265	8.9434	6.49771	.123	.367
	Erkek	302	8.8775	6.26663	.123	
Özel Duygusal Paylaşımlar	Kız	265	3.3283	4.00115	1.370	.209
	Erkek	302	2.8808	3.76984	1.365	
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Kız	265	47.9434	17.91015	-.700	.559
	Erkek	302	49.0232	18.66249	-.702	
KBÇSE	Kız	265	61.0151	18.75822	.571	.525
	Erkek	302	60.1291	18.14504	.570	

p<0.05

Çocuğun cinsiyetine göre olayların etkisini değerlendiren t-testi sonuçları doğrultusunda Yeniden Yaşama alt boyutunda, kız çocuklarına bakım veren katılımcıların ortalaması ($\bar{x}$ =20.28), erkek çocuklarına bakım veren katılımcıların ortalamasına ($\bar{x}$ =20.89) kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0.528). Kaçınma boyutunda da kız çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x}$ =15.68) ve erkek çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x}$ =15.69) arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p = 0.545). Aşırı Uyarılma açısından da kız çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x}$ =11.98) ve erkek çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x}$ =12.45) arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p = 0.789). Kanser tanısı almış çocuğun cinsiyetine göre, bakım verenlerin travma sonrası stres belirtileri açısından anlamlı bir farklılık göstermediği gözlemlenmiştir. Tüm alt boyutlarda benzer düzeyde stres belirtileri bildirilmiştir.

Çocuğun cinsiyetine göre bakım verenlerin başa çıkma stratejileri açısından yapılan analiz doğrultusunda Kabul ve Yeniden Yapılandırma açısından, kız çocuklarına bakım veren katılımcıların ortalaması ($\bar{x}$ =15.61), erkek çocuklarına bakım veren katılımcılara ($\bar{x}$ =15.86) kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0.273). Aile Desteği açısından, kız çocuklarına bakım verenler ($\bar{x}$ =17.02) erkek çocuklarına bakım verenlere ($\bar{x}$ =16.19) kıyasla daha yüksek bir ortalamaya sahiptir ancak fark istatistiksel olarak

anlamli değildir ($p = 0.754$). Din ve Maneviyat açısından da bakım verenler arasında anlamli bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.310$). Kaçınma ve Ayrışma açısından kız çocuklarına bakım verenler ($\bar{x} = 8.94$) ve erkek çocuklarına bakım verenler ($\bar{x} = 8.88$) arasında fark bulunmamıştır ($p = 0.367$). Özel Duygusal Paylaşımlar açısından, kız çocuklarına bakım verenler ($\bar{x} = 3.33$) erkek çocuklarına bakım verenlere ($\bar{x} = 2.88$) kıyasla daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Ancak fark istatistiksel olarak anlamli değildir ($p = 0.209$). Kanseri tanısı almış çocuğun cinsiyeti, bakım verenlerin başa çıkma stratejileri üzerinde belirgin bir etki göstermemektedir. Ancak, kız çocuklarına bakım verenlerin özel duygusal paylaşımına daha fazla yöneldiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu anlamlılık düzeyine ulaşmamış olsa da dikkate değer bir eğilimdir.

IES-R açısından, kız çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x} = 47.94$) ve erkek çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x} = 49.02$) arasında anlamli bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.559$). KBCSE açısından, kız çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x} = 61.02$) ve erkek çocuklarına bakım veren katılımcılar ($\bar{x} = 60.13$) arasında anlamli bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.525$). Çocuğun cinsiyetinin, bakım verenlerin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerinde anlamli bir etkisi bulunmamaktadır. Bağımsız örneklem t-testi sonuçları, kanseri tanısı almış çocukların cinsiyetine göre bakım verenlerin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından çocuğun cinsiyeti ile anlamli bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Başa ıkma stratejileri açısından da çocuğun cinsiyeti ile anlamli bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$). Özel Duygusal Paylaşımlar ($p = 0.209$), kız çocuklarına bakım veren ebeveynlerin özel duygusal paylaşımına daha fazla yöneldiği gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, kanseri tanısı almış çocuğun cinsiyeti, bakım veren ebeveynlerin travma sonrası stres düzeyleri ve başa çıkma mekanizmaları üzerinde belirleyici bir faktör değildir. Ancak, kız çocuklarına bakım veren ebeveynlerin özel duygusal paylaşımına daha fazla yöneldiği eğilimi gözlemlenmiştir.

Tablo 38. Tanı Süresi ile IES-R ve KBCSE Skorlarının Korelasyonu

Olayların Etkisi	Tanıyla Yaşama Süresi
	r
Yeniden Yaşama	-.081
Kaçınma	.020
Aşırı Uyarılma	-.067
Başa ıkma Stilleri	Tanıyla Yaşama Süresi

	r
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	.040
Aile Desteği	.008
Din ve Maneviyat	.058
Kaçınma ve Ayrışma	.040
Özel Duygusal Paylaşımlar	-.027

Toplam	Tanıyla Yaşama Süresi
	r
IES-R	-.052
KBÇSE	.038

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

Çocuğun tanıyla yaşama süresi ile bakım verenin travma sonrası stres belirtileri arasında yapılan Pearson Korelasyon analizinde korelasyonlar; Yeniden Yaşama ($r = -0.081$) boyutunda zayıf negatif ilişki, Kaçınma boyutunda ($r = 0.020$) ilişki yok ve Aşırı Uyarılma ($r = -0.067$) boyutunda zayıf negatif ilişki olarak bulunmuştur. Tanıyla yaşama süresi arttıkça, olayları yeniden yaşama ve aşırı uyarılma düzeylerinde hafif bir azalma görülmektedir. Ancak, bu ilişkiler oldukça zayıftır ve istatistiksel olarak anlamlı olmayabilir. Kaçınma boyutunda ise belirgin bir ilişki bulunmamaktadır.

Başa çıkma stratejileri ile tanıyla yaşama süresi arasında yapılan Pearson Korelasyon analizinde korelasyonlar; Kabul ve Yeniden Yapılandırma ($r = 0.040$) boyutunda ilişki yok, Aile Desteği ($r = 0.008$) boyutunda ilişki yok, Din ve Maneviyat ($r = 0.058$) boyutunda zayıf pozitif ilişki, Kaçınma ve Ayrışma ($r = 0.040$) boyutunda ilişki yok ve Özel Duygusal Paylaşımlar ($r = -0.027$) boyutunda ilişki yok olarak bulunmuştur. Tanıyla yaşama süresi ile başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak, din ve maneviyat boyutunda çok zayıf bir pozitif korelasyon gözlemlenmiştir ($r = 0.058$), bu da tanıyla yaşama süresi arttıkça bireylerin dini/manevi başa çıkma yöntemlerini hafifçe daha fazla kullanabileceğini göstermektedir.

Tanıyla yaşama süresi ile travma sonrası stres belirtileri (IES-R) toplam puanı arasında zayıf bir negatif ilişki olduğu görülmektedir ($r = -0.052$). Bu durum, kanser tanısı konulduktan sonra geçen sürenin artmasıyla birlikte bakım verenlerin travma sonrası stres belirtilerinde hafif bir azalma eğilimi gösterebileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu ilişkinin oldukça zayıf olması, stres belirtilerinin zaman içinde belirgin bir şekilde azalmadığını, farklı faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir. Öte yandan tanıyla yaşama süresi ile başa çıkma stratejileri toplam puanı (KBÇSE) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r = 0.038$). Bu bulgu,

bakım verenlerin başa çıkma stratejilerini kullanma düzeylerinin zamanla belirgin bir değişim göstermediğini göstermektedir. Başka bir deyişle, kanser tanısı sonrası geçen süre arttıkça bireylerin başa çıkma mekanizmalarına yönelme eğilimleri sabit kalmakta, önemli bir artış ya da azalma gözlemlenmemektedir.

Pearson Korelasyon analizi sonuçları, bakım veren bireylerin kanser tanısı almış çocuklarıyla yaşama süresinin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Tanıyla yaşama süresi arttıkça travma sonrası stres belirtilerinde (yeniden yaşama ve aşırı uyarılma) hafif bir azalma eğilimi gözlemlenmiştir ancak bu ilişki oldukça zayıftır ($r \approx -0.05$). Tanıyla yaşama süresi ile başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak, din ve maneviyat ile çok zayıf bir pozitif ilişki gözlemlenmiştir ($r = 0.058$), bu da tanıyla yaşama süresi arttıkça bireylerin dini/manevi başa çıkma stratejilerine hafifçe daha fazla yöneldiğini gösterebilir. Sonuç olarak, tanıyla yaşama süresinin, bakım verenlerin travma sonrası stres düzeyleri ve başa çıkma stratejileri üzerinde belirleyici bir faktör olmadığı görülmektedir. Ancak, zaman geçtikçe stres belirtilerinin azalma eğilimi göstermesi ve bireylerin manevi başa çıkma yöntemlerine hafif bir yönelim göstermesi dikkate değer bir bulgu olmuştur.

Tablo 39. Çocuğun Hastalık Tanısına Göre IES-R ve KBCSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Lösemi	336	20.3988	7.72717
	Lenfoma	52	18.9231	7.71514
	Sinir sistemi tümörü	40	20.9250	7.60697
	Nöroblastom	42	21.7381	6.82556
	Wilms tümörü	17	19.7059	9.66802
	Rabdomyosarkoma	8	26.0000	3.81725
	Kemik tümörü	31	23.1290	8.95076
	Germ hücreli tümör	7	23.2857	5.64843
	Retinoblastoma	13	19.5385	7.35544
	Karaciğer tümörü	5	22.0000	4.06202
	Diğer	16	19.2500	8.11172
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Lösemi	336	15.4286	6.60038
	Lenfoma	52	16.3269	6.66192
	Sinir sistemi tümörü	40	16.7750	6.57691
	Nöroblastom	42	16.3333	6.28846

	Wilms tümörü	17	13.8824	6.26381
	Rabdomyosarkoma	8	14.5000	4.47214
	Kemik tümörü	31	17.1613	8.14492
	Germ hücreli tümör	7	18.7143	5.90803
	Retinoblastoma	13	11.7692	5.38754
	Karaciğer tümörü	5	15.4000	6.65582
	Diğer	16	16.0625	7.52302
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	Lösemi	336	12.3482	6.93214
	Lenfoma	52	10.3654	6.64810
	Sinir sistemi tümörü	40	11.7750	7.56336
	Nöroblastom	42	13.6667	6.36556
	Wilms tümörü	17	11.1765	7.57657
	Rabdomyosarkoma	8	13.8750	4.54933
	Kemik tümörü	31	14.2258	6.74640
	Germ hücreli tümör	7	14.7143	7.58758
	Retinoblastoma	13	8.4615	6.29306
	Karaciğer tümörü	5	15.6000	3.84708
	Diğer	16	10.5625	7.25689
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Lösemi	336	15.6548	5.97356
	Lenfoma	52	16.0577	6.60782
	Sinir sistemi tümörü	40	15.1500	6.64310
	Nöroblastom	42	14.4762	4.76900
	Wilms tümörü	17	16.1176	6.13272
	Rabdomyosarkoma	8	14.8750	5.24915
	Kemik tümörü	31	17.6129	6.15726
	Germ hücreli tümör	7	20.5714	4.39155
	Retinoblastoma	13	14.0000	7.15309
	Karaciğer tümörü	5	19.0000	6.20484
	Diğer	16	16.0000	6.47045
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Lösemi	336	16.5298	8.19969
	Lenfoma	52	18.5000	8.35839
	Sinir sistemi tümörü	40	18.0000	8.10508
	Nöroblastom	42	16.0476	6.85015
	Wilms tümörü	17	17.3529	9.08255
	Rabdomyosarkoma	8	14.7500	7.68579
	Kemik tümörü	31	15.8065	9.37877
	Germ hücreli tümör	7	18.2857	8.36091

	Retinoblastoma	13	14.0000	7.96869
	Karaciğer tümörü	5	7.6000	5.63915
	Diğer	16	14.9375	9.96975
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Lösemi	336	16.2500	4.43224
	Lenfoma	52	15.4038	5.05367
	Sinir sistemi tümörü	40	17.2000	3.10665
	Nöroblastom	42	14.5238	4.66559
	Wilms tümörü	17	17.0588	3.17156
	Rabdomyosarkoma	8	16.3750	3.42000
	Kemik tümörü	31	17.3548	3.71975
	Germ hücreli tümör	7	18.1429	2.03540
	Retinoblastoma	13	16.0769	4.03033
	Karaciğer tümörü	5	19.0000	1.73205
	Diğer	16	15.6875	5.49811
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayırışma	Lösemi	336	8.9554	6.51298
	Lenfoma	52	8.7692	5.79593
	Sinir sistemi tümörü	40	8.6750	7.05796
	Nöroblastom	42	7.9286	5.75259
	Wilms tümörü	17	7.8824	5.12204
	Rabdomyosarkoma	8	4.5000	4.62910
	Kemik tümörü	31	12.1935	7.04471
	Germ hücreli tümör	7	8.7143	6.07493
	Retinoblastoma	13	7.6154	3.77577
	Karaciğer tümörü	5	9.0000	4.69042
	Diğer	16	9.5625	6.44948
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	Lösemi	336	3.0565	3.97827
	Lenfoma	52	3.1923	3.82478
	Sinir sistemi tümörü	40	2.7500	3.70551
	Nöroblastom	42	2.9524	3.30522
	Wilms tümörü	17	2.1176	2.36861
	Rabdomyosarkoma	8	4.1250	4.91172
	Kemik tümörü	31	4.7419	4.29704
	Germ hücreli tümör	7	2.1429	1.57359
	Retinoblastoma	13	4.0769	4.95751
	Karaciğer tümörü	5	2.8000	3.03315
	Diğer	16	1.6875	3.41992
	Toplam	567	3.0899	3.88265

Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	Lösemi	336	48.1756	18.35379
	Lenfoma	52	45.6154	18.81713
	Sinir sistemi tümörü	40	49.4750	19.55136
	Nöroblastom	42	51.7381	15.22043
	Wilms tümörü	17	44.7647	19.85740
	Rabdomyosarkoma	8	54.3750	6.52331
	Kemik tümörü	31	54.5161	21.01566
	Germ hücreli tümör	7	56.7143	17.81118
	Retinoblastoma	13	39.7692	14.72613
	Karaciğer tümörü	5	53.0000	7.90569
	Diğer	16	45.8750	19.15159
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBÇSE	Lösemi	336	60.4464	18.61784
	Lenfoma	52	61.9231	18.97764
	Sinir sistemi tümörü	40	61.7750	18.46200
	Nöroblastom	42	55.9286	14.84783
	Wilms tümörü	17	60.5294	16.69625
	Rabdomyosarkoma	8	54.6250	14.53014
	Kemik tümörü	31	67.7097	19.61495
	Germ hücreli tümör	7	67.8571	10.55823
	Retinoblastoma	13	55.7692	17.01055
	Karaciğer tümörü	5	57.4000	4.09878
	Diğer	16	57.8750	25.60697
	Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	767.688	76.769	1.290	.233
	Grup İçi	33099.819	59.532		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	508.989	50.899	1.155	.319
	Grup İçi	24507.868	44.079		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	773.547	77.355	1.633	.094
	Grup İçi	26343.187	47.380		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	462.825	46.282	1.269	.245
	Grup İçi	20278.064	36.471		

	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	893.863	89.386		
	Grup İçi	37744.394	67.886	1.317	.218
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	315.578	31.558		
	Grup İçi	10495.526	18.877	1.672	.084
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	581.063	58.106		
	Grup İçi	22386.168	40.263	1.443	.158
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	166.413	16.641		
	Grup İçi	8366.000	15.047	1.106	.355
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	4256.352	425.635	1.276	.240
	Grup İçi	185427.204	333.502		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	3763.590	376.359	1.111	.351
	Grup İçi	188343.101	338.747		
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Çocuğun kanser türüne göre katılımcılar için olayların etkisini değerlendiren ANOVA test sonuçları doğrultusunda Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.233$). Ancak, rabdomyosarkoma ($\bar{x} = 26.00$), kemik tümörü ($\bar{x} = 23.13$) ve germ hücreli tümör ($\bar{x} = 23.28$) tanısı almış çocukların bakım verenlerinin yeniden yaşama skorlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kaçınma boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.319$). Ancak, germ hücreli tümör ($\bar{x} = 18.71$) ve kemik tümörü ($\bar{x} = 17.16$) grubunda bakım verenlerin kaçınma düzeyi nispeten daha yüksek gözlemlenmiştir. Aşırı Uyarılma açısından anlamlı bir farklılık sınırdadır ($p = 0.094$). Germ hücreli tümör ($\bar{x} = 14.71$) ve karaciğer tümörü ($\bar{x} = 15.60$) olan çocukların bakım verenlerinde aşırı uyarılma seviyesinin nispeten daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kanser türü, olayların etkisi açısından belirgin bir farklılık yaratmamaktadır. Ancak, germ hücreli tümör, kemik tümörü ve rabdomyosarkoma tanısı konan çocukların bakım verenlerinin daha yüksek yeniden yaşama ve kaçınma düzeylerine sahip olduğu görülmektedir.

Çocuğun hastalık türüne göre bakım verenlerin başa çıkma stratejileri açısından yapılan analiz doğrultusunda Kabul ve Yeniden Yapılandırma açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.245$). Ancak, germ hücreli tümör ($\bar{x} = 20.57$) ve karaciğer tümörü ($\bar{x} = 19.00$) grubundaki bakım verenler bu başa çıkma stratejisini diğer gruplara kıyasla daha fazla kullanmaktadır. Aile Desteği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.218$). Ancak, karaciğer tümörü olan çocukların bakım verenlerinin en düşük aile desteğine sahip olduğu ($\bar{x} = 7.60$), lenfoma ($\bar{x} = 18.50$) ve sinir sistemi tümörü ($\bar{x} = 18.00$) grubundaki bakım verenlerin ise en yüksek aile desteği algısına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Din ve Maneviyat açısından istatistiksel anlamlılık sınırda kalmıştır ($p = 0.084$). Karaciğer tümörü ($\bar{x} = 19.00$) ve germ hücreli tümör ($\bar{x} = 18.14$) olan çocukların bakım verenlerinin din ve manevi başa çıkma yöntemlerine daha fazla yöneldiği gözlemlenmiştir. Kaçınma ve Ayırışma açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.158$). Ancak, kemik tümörü olan çocukların bakım verenleri ($\bar{x} = 12.19$) kaçınma ve ayırışma boyutunda en yüksek ortalamaya sahiptir. Özel Duygusal Paylaşımlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.355$). Ancak, kemik tümörü ($\bar{x} = 4.74$) ve rabdomyosarkoma ($\bar{x} = 4.12$) tanısı almış çocukların bakım verenleri duygusal paylaşımlara daha fazla yönelirken, germ hücreli tümör ($\bar{x} = 2.14$) ve wilms tümörü ($\bar{x} = 2.11$) olan çocukların bakım verenlerinin daha düşük duygusal paylaşım yaptıkları gözlemlenmiştir. Kanseri türü ile başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak, bazı kanser türlerine sahip çocukların bakım verenlerinde başa çıkma stillerinde farklılıklar gözlemlenmiştir. Germ hücreli tümör ve karaciğer tümörü olan çocukların bakım verenleri kabul ve yeniden yapılandırma ile din/maneviyat stratejilerine daha fazla yönelmektedir. Kemik tümörü olan çocukların bakım verenleri kaçınma ve ayırışmaya daha fazla yönelmektedir. Rabdomyosarkoma ve kemik tümörü olan çocukların bakım verenleri daha fazla duygusal paylaşım yaparken, germ hücreli tümör ve wilms tümörü olan çocukların bakım verenleri duygusal paylaşıma daha az yönelmektedir.

IES-R açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.240$). Ancak, germ hücreli tümör ($\bar{x} = 56.71$), kemik tümörü ($\bar{x} = 54.51$) ve rabdomyosarkoma ($\bar{x} = 54.38$) tanısı almış çocukların bakım verenlerinde stres belirtileri daha yüksek gözlemlenmiştir. KBÇSE (Başa Çıkma Stilleri Toplam Skoru) açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.351$). Ancak, kemik tümörü ($\bar{x} = 67.71$) ve germ hücreli tümör ($\bar{x} = 67.86$) olan çocukların bakım verenleri en yüksek başa çıkma becerilerine sahipken, nöroblastom ($\bar{x} = 55.92$) ve rabdomyosarkoma ($\bar{x} = 54.63$) grubundaki bakım verenlerin başa çıkma becerileri daha düşük bulunmuştur. Kanseri türü, bakım verenlerin travma sonrası stres

belirtileri ve başa çıkma stratejileri açısından belirgin bir farklılık yaratmamaktadır. Ancak, bazı kanser türlerine sahip çocukların bakım verenlerinde stres seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, kanser türünün bakım verenlerin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından kanser türü ile anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Ancak, germ hücreli tümör, kemik tümörü ve rabdomyosarkoma tanısı almış çocukların bakım verenlerinde stres belirtilerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Başa çıkma stratejileri açısından da kanser türü ile anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$). Ancak kemik tümörü ve germ hücreli tümör olan çocukların bakım verenleri başa çıkma becerilerini daha yüksek kullanmaktadır. Nöroblastom ve rabdomyosarkoma olan çocukların bakım verenleri başa çıkma becerilerini daha düşük düzeyde kullanmaktadır. Sonuç olarak, kanser türü, bakım verenlerin stres seviyelerini ve başa çıkma stratejilerini belirleyen temel bir faktör olarak görünmemektedir. Ancak bazı kanser türleri bakım verenlerin stres düzeylerini ve başa çıkma stratejilerini farklı şekillerde etkileyebildiği görülmektedir.

Tablo 40. Çocuğun Güncel Sağlık Durumuna Göre IES-R ve KBCSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Yeni tanı aldı	10	19.1000	10.37572
	Süresi öngörülebilir tedavisi devam ediyor	80	21.0000	8.06147
	Süresi öngörülemez tedavisi devam ediyor	76	21.5000	7.45743
	Kontrolleri devam ediyor	286	20.2273	7.81053
	İdame döneminde	92	21.6087	6.93923
	Tamamen iyileşti	20	16.9500	7.87050
	Diğer	3	22.0000	8.54400
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Yeni tanı aldı	10	15.3000	8.78193
	Süresi öngörülebilir tedavisi devam ediyor	80	16.1250	7.62968
	Süresi öngörülemez tedavisi devam ediyor	76	14.5921	6.82384

	Kontrolleri devam ediyor	286	15.7867	6.65279
	İdame döneminde	92	15.8152	5.53099
	Tamamen iyileşti	20	15.5000	5.79927
	Diğer	3	20.0000	3.60555
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	Yeni tanı aldı	10	10.3000	8.19282
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	12.0750	6.97877
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	12.8816	6.97418
	Kontrolleri devam ediyor	286	11.9231	6.82521
	İdame döneminde	92	13.5000	6.70165
	Tamamen iyileşti	20	9.2500	7.67686
	Diğer	3	16.6667	5.03322
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Baş Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Yeni tanı aldı	10	16.1000	6.74043
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	16.2000	5.30440
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	14.3421	6.39907
	Kontrolleri devam ediyor	286	16.1538	6.15280
	İdame döneminde	92	15.0761	6.08950
	Tamamen iyileşti	20	16.7500	4.87610
	Diğer	3	12.0000	7.21110
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Yeni tanı aldı	10	20.1000	4.93176
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	16.8375	7.86990
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	14.9474	7.92110
	Kontrolleri devam ediyor	286	16.6049	8.61870
	İdame döneminde	92	17.0000	8.08472
	Tamamen iyileşti	20	17.5500	8.15943
	Diğer	3	17.3333	5.85947
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Yeni tanı aldı	10	15.8000	6.08824
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	16.4750	3.92323
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	15.4868	4.56507

	Kontrolleri devam ediyor	286	16.3357	4.44292
	İdame döneminde	92	16.3152	4.29395
	Tamamen iyileşti	20	16.4000	4.01838
	Diğer	3	15.3333	4.04145
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	Yeni tanı aldı	10	8.3000	8.62876
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	9.4000	6.21472
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	8.2895	6.45356
	Kontrolleri devam ediyor	286	9.3042	6.42269
	İdame döneminde	92	7.8913	5.90484
	Tamamen iyileşti	20	8.2500	6.44715
	Diğer	3	11.3333	9.60902
	Toplam	567	8.9083	6.37010
	Yeni tanı aldı	10	4.0000	4.37163
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	3.2000	4.11665
Özel Duygusal Paylaşımlar	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	2.9737	3.43695
	Kontrolleri devam ediyor	286	3.2413	3.94717
	İdame döneminde	92	2.6957	3.97171
	Tamamen iyileşti	20	2.6000	3.28313
	Diğer	3	1.0000	1.73205
	Toplam	567	3.0899	3.88265
	Toplam	N	Ortalama	SS
IES-R	Yeni tanı aldı	10	44.7000	26.01730
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	49.2000	20.15346
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	48.9737	17.55143
	Kontrolleri devam ediyor	286	47.9371	18.43708
	İdame döneminde	92	50.9239	15.80599
	Tamamen iyileşti	20	41.7000	18.49068
	Diğer	3	58.6667	10.59874
KBÇSE	Toplam	567	48.5185	18.30656
	Yeni tanı aldı	10	64.3000	22.51444
	Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor	80	62.1125	17.90481
	Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor	76	56.0395	19.69463

Kontrolleri devam ediyor	286	61.6399	18.50594
İdame döneminde	92	58.9783	17.20017
Tamamen iyileşti	20	61.5500	16.57034
Diğer	3	57.0000	20.95233
Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	502.516	83.753	1.406	.210
	Grup İçi	33364.990	59.580		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	168.804	28.134	.634	.703
	Grup İçi	24848.053	44.372		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	483.425	80.571	1.694	.120
	Grup İçi	26633.309	47.559		
	Toplam	27116.734			

Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	318.635	53.106	1.456	.191
	Grup İçi	20422.253	36.468		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	368.711	61.452	.899	.495
	Grup İçi	38269.547	68.338		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	55.466	9.244	.481	.822
	Grup İçi	10755.638	19.206		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	218.435	36.406	.896	.497
	Grup İçi	22748.796	40.623		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	49.034	8.172	.539	.778
	Grup İçi	8483.379	15.149		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	2066.507	344.418	1.028	.406
	Grup İçi	187617.049	335.030		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	2506.910	417.818	1.234	.287
	Grup İçi	189599.781	338.571		

Çocuğun tedavi sürecine göre bakım verenlerin olayların etkisini değerlendiren ANOVA test sonuçları doğrultusunda Yeniden Yaşama boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.210$). Ancak idame döneminde ($\bar{x} = 21.60$), süresi öngörülebilir ($\bar{x} = 21.00$) ve süresi öngörülemez tedavi süreci devam eden ($\bar{x} = 21.50$) çocukların bakım verenlerinde yeniden yaşama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşılık, çocuğu tamamen iyileşmiş olan bakım verenlerin yeniden yaşama puanları en düşük seviyededir ($\bar{x} = 16.95$). Kaçınma boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.703$). Ancak, tanı süreci yeni olan bakım verenlerin ($\bar{x} = 15.30$) ve süresi öngörülemez tedavi süreci devam edenlerin ($\bar{x} = 14.59$) kaçınma düzeyleri daha düşükken, diğer gruplarda kaçınma puanları birbirine yakın seyretmektedir. Aşırı Uyarılma açısından çocuğun tedavi sürecine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.120$). Ancak, çocuğun tamamen iyileştiği gruptaki bakım verenlerin en düşük aşırı uyarılma seviyesine sahip olduğu görülmektedir ($\bar{x} = 9.25$). Çocuğun tedavi süreci, bakım verenlerin olayların etkisini nasıl deneyimlediğini önemli ölçüde değiştirmemektedir. Ancak, tedavisi devam eden çocukların bakım verenleri, özellikle yeniden yaşama boyutunda daha yüksek skorlar bildirmektedir.

Çocuğun tedavi sürecine göre bakım verenlerin başa çıkma stratejileri açısından yapılan analiz doğrultusunda Kabul ve Yeniden Yapılandırma boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.191$). Ancak, çocuğu tamamen iyileşen bakım verenlerin ($\bar{x} = 16.75$) ve çocuğu yeni tanı almış olanların ($\bar{x} = 16.10$) kabul ve yeniden yapılandırma düzeyi en yüksek görünmektedir. Aile Desteği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.495$). Yeni tanı almış çocukların bakım verenleri ($\bar{x} = 20.10$), diğer gruplara kıyasla daha yüksek aile desteği algısına sahiptir. Buna karşılık, süresi öngörülemez tedavisi devam eden çocukların bakım verenleri ($\bar{x} = 14.94$) aile desteği açısından en düşük algıya sahip olan gruptur. Din ve Maneviyat açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.822$). Ancak, çocuğu kontrol sürecinde olan bakım verenlerin ($\bar{x} = 16.33$) ve idame dönemindeki çocukların bakım verenlerinin ($\bar{x} = 16.31$) din ve maneviyat başa çıkma stratejisini daha sık kullandığı gözlemlenmiştir. Kaçınma ve Ayrışma boyutunda anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.497$). Ancak, çocuğu süresi öngörülebilir tedavi sürecinde olan bakım verenlerin ($\bar{x} = 9.40$) ve diğer kategorideki bakım verenlerin ($\bar{x} = 11.33$) kaçınma ve ayrışma eğilimlerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Özel Duygusal Paylaşımlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.778$). Ancak, çocuğu yeni tanı almış

olan bakım verenler ($\bar{x}$ =4.00), duygusal paylaşıma daha fazla yönelirken, tamamen iyileşmiş çocuğu olan bakım verenler ($\bar{x}$ =2.60) ve ‘diğer’ kategorisindeki bakım verenler ($\bar{x}$ =1.00) en düşük duygusal paylaşım skorlarına sahiptir. Başa çıkma stratejileri açısından çocuğun tedavi sürecinin belirgin bir etkisi bulunmamaktadır. Ancak, yeni tanı alan çocuğun bakım verenleri daha fazla aile desteği algısına sahipken, süresi öngörülemeyen tedavi süreci devam eden çocukların bakım verenleri en düşük aile desteği algısına sahiptir.

IES-R açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.406$). Ancak, çocuğu tamamen iyileşmiş olan bakım verenlerin en düşük stres belirtilerine sahip olduğu gözlemlenmiştir ($\bar{x}$ =41.70), buna karşılık, ‘diğer’ kategorisinde yer alan bakım verenlerde en yüksek stres seviyesi gözlemlenmiştir ($\bar{x}$ =58.66). KBÇSE açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.287$). Ancak, çocuğu yeni tanı alan bakım verenlerin ($\bar{x}$ =64.30) ve süresi öngörülebilir tedavi süreci devam eden bakım verenlerin ($\bar{x}$ =62.11) başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandığı, süresi öngörülemeyen tedavi süreci devam eden bakım verenlerin ise başa çıkma becerilerinin en düşük olduğu ($\bar{x}$ =56.03) gözlemlenmiştir. Çocuğun tedavi süreci ile bakım verenin stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak, çocuğu tamamen iyileşen bakım verenlerde stres seviyeleri düşerken, süresi öngörülemeyen tedavisi devam eden bakım verenlerde stres seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, çocuğun tedavi sürecinin bakım veren bireylerin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla analiz edilmiştir. Travma sonrası stres belirtileri açısından çocuğun tedavi süreci ile anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Ancak, çocuğu tamamen iyileşmiş olan bakım verenlerde stres belirtileri en düşük seviyededir, buna karşılık süresi öngörülemeyen tedavi süreci devam eden bakım verenlerde stres belirtileri daha yüksektir. Başa çıkma stratejileri açısından da çocuğun tedavi süreci ile anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$). Ancak yeni tanı alan çocukların bakım verenleri daha yüksek aile desteği algısına sahiptir. Süresi öngörülemeyen tedavi süreci devam eden çocukların bakım verenleri en düşük aile desteği algısına ve en düşük başa çıkma becerilerine sahiptir. Çocuğu tamamen iyileşen bakım verenler daha düşük duygusal paylaşım yapmaktadır. Sonuç olarak, çocuğun tedavi sürecinin bakım verenlerin stres seviyeleri ve başa çıkma stratejileri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir. Ancak, süresi öngörülemeyen tedavi sürecinde olan çocukların bakım verenlerinin daha fazla stres yaşadığı ve daha düşük başa çıkma becerilerine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, bu gruptaki bakım verenlerin psikososyal destek ihtiyacının daha fazla olabileceğini göstermektedir.

Tablo 41. Çocuğun Hastalığının Nüks Etme Duruma Göre IES-R ve KBCSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Hayır, nüksetmedi	414	19.9807	7.69230	-3.186	.853
	Evet, nüksetti	153	22.2941	7.62258	-3.200	
Kaçınma	Hayır, nüksetmedi	414	15.4058	6.54909	-1.633	.386
	Evet, nüksetti	153	16.4314	6.87555	-1.597	
Aşırı Uyarılma	Hayır, nüksetmedi	414	11.7995	6.78061	-2.453	.318
	Evet, nüksetti	153	13.3987	7.18308	-2.388	
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Hayır, nüksetmedi	414	16.1643	5.85681	2.756	.112
	Evet, nüksetti	153	14.5948	6.43739	2.639	
Aile Desteği	Hayır, nüksetmedi	414	16.7512	8.20491	.819	.531
	Evet, nüksetti	153	16.1111	8.42502	.809	
Din ve Maneviyat	Hayır, nüksetmedi	414	16.2488	4.36233	.206	.761
	Evet, nüksetti	153	16.1634	4.40612	.205	
Kaçınma ve Ayrışma	Hayır, nüksetmedi	414	8.6884	6.15435	-1.353	.037

Özel Duygusal Paylaşımlar	Evet, nüksetti	153	9.5033	6.90645	-1.283	.470
	Hayır, nüksetmedi	414	3.0072	3.81058	-.834	
	Evet, nüksetti	153	3.3137	4.07572	-.809	
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Hayır, nüksetmedi	414	47.1860	18.27836	-2.869	.583
	Evet, nüksetti	153	52.1242	17.95034	-2.893	
KBCSE	Hayır, nüksetmedi	414	60.8599	17.57212	.673	.014
	Evet, nüksetti	153	59.6863	20.58790	.626	

p<0.05

Çocuğun hastalığının nüksetme durumuna göre Yeniden Yaşama, Kaçınma, ve Aşırı Uyarılma alt boyutlarındaki t-testi sonuçları doğrultusunda Yeniden Yaşama alt boyutunda, nüks eden grubun ortalaması daha yüksek olsa da (22.29), bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t = -3.186, p = 0.853). Kaçınma alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t = -1.633, p = 0.386). Aşırı Uyarılma alt boyutunda nüks eden grubun ortalaması daha yüksek (M = 13.39), ancak fark anlamlı değildir (t = -2.453, p = 0.318). IES-R toplam puanı açısından, nüks eden grubun puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (t = -2.869, p = 0.583). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Başa çıkma stilleri açısından nüksetme durumu da değerlendirilmiştir. Kabul ve Yeniden Yapılandırma alt boyutunda, nüksetmeyen grubun ortalaması daha yüksek (M = 16.16), ancak bu fark anlamlı değildir (t = 2.756, p = 0.112). Aile Desteği alt boyutunda gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = 0.819, p = 0.531). Din ve Maneviyat alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t = 0.206, p = 0.761). Kaçınma ve Ayırışma alt boyutunda, nüks eden grubun ortalaması daha yüksek (9.50) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t = -1.353, p = 0.037). Bu sonuç, hastalığın nüks etmesi durumunda bireylerin kaçınma ve ayırışma davranışlarını daha fazla kullandığını göstermektedir. Özel Duygusal

Paylaşımlar alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0.834$, $p = 0.470$). KBCSE toplam puanı açısından, nüksetmeyen grubun ortalaması biraz daha yüksek olsa da (60.85) fark anlamlı değildir ($t = 0.673$, $p = 0.014$).

Olayların Etkisi Ölçeği açısından nüksetme durumu belirgin bir etki yaratmamış ancak Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu, nüks eden bireylerin stresli durumlarla başa çıkarken kaçınma ve ayrışma davranışlarını daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği açısından gruplar arasında genel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu bulgular, hastalığın nüksetmesinin bireylerin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stilleri üzerinde farklı derecelerde etkiler oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 42. Çocuğun Farklı Bir Engelinin/Hastalığının Olma Durumuna Göre IES-R ve KBCSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Hayır, yok.	436	20.1101	7.74429	-2.796	.288
	Evet, var.	131	22.2519	7.50215	-2.844	
Kaçınma	Hayır, yok.	436	15.4748	6.63441	-1.359	.872
	Evet, var.	131	16.3740	6.67295	-1.354	
Aşırı Uyarılma	Hayır, yok.	436	12.0757	6.90336	-.975	.933
	Evet, var.	131	12.7481	6.98388	-.969	
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Hayır, yok.	436	15.6009	5.96553	-1.003	.416
	Evet, var.	131	16.2061	6.33879	-.971	
Aile Desteği	Hayır, yok.	436	16.8234	8.11348	1.288	.169
	Evet, var.	131	15.7634	8.72206	1.239	
Din ve Maneviyat	Hayır, yok.	436	16.0505	4.47442	-1.745	.140
	Evet, var.	131	16.8092	3.96546	-1.862	
Kaçınma ve Ayrışma	Hayır, yok.	436	8.6789	6.22362	-1.566	.099
	Evet, var.	131	9.6718	6.80435	-1.493	
	Hayır, yok.	436	2.9495	3.78773	-1.573	.109

Özel Duygusal Paylaşımlar	Evet, var.	131	3.5573	4.16424	-1.495	
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Hayır, yok.	436	47.6606	18.30217	-2.042	.491
	Evet, var.	131	51.3740	18.09859	-2.054	
KBÇSE	Hayır, yok.	436	60.1032	18.19779	-1.038	.199
	Evet, var.	131	62.0076	19.15262	-1.009	

p<0.05

Çocuğun farklı bir engelinin/hastalığının olma durumuna göre katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (KBÇSE) toplam puanları ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Yeniden Yaşama alt boyutunda, farklı bir engeli/hastalığı olan çocuğa bakım verenlerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($\bar{x}$ =22.25). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = -2.796, p = 0.288). Kaçınma alt boyutunda gruplar arasında fark bulunmamıştır (t = -1.359, p = 0.872). Aşırı Uyarılma alt boyutunda da anlamlı bir fark gözlenmemiştir (t = -0.975, p = 0.933). IES-R toplam puanı açısından, çocuğunda farklı bir engeli/hastalığı olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($\bar{x}$ = 51.37). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = -2.042, p = 0.491).

Kabul ve Yeniden Yapılandırma alt boyutunda gruplar arasında fark bulunmamıştır (t = -1.003, p = 0.416). Aile Desteği alt boyutunda, farklı bir engeli/hastalığı olmayan grubun puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş ancak fark anlamlı bulunmamıştır (t = 1.288, p = 0.169). Din ve Maneviyat alt boyutunda, çocuğunda farklı bir engeli/hastalığı olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş, ancak bu fark anlamlı değildir (t = -1.745, p = 0.140). Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda, çocuğunda farklı bir engeli/hastalığı olan grubun daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir ($\bar{x}$ = 9.67). Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = -1.566, p = 0.099). Özel Duygusal Paylaşımlar alt boyutunda da gruplar arasında fark bulunmamıştır (t = -1.573, p = 0.109). KBÇSE toplam puanı açısından gruplar arasında fark gözlenmemiştir (t = -1.038, p = 0.199).

Bağımsız gruplar t-testinden elde edilen sonuçlar, çocuğun farklı bir engelinin/hastalığının olma durumunun, katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir (p > 0.05). Yeniden Yaşama ve IES-R toplam puanı alt

boyutlarında çocuğunda farklı bir engeli/hastalığı olan grupta puanlar biraz daha yüksek olsa da bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kaçınma ve Ayırışma alt boyutunda, çocuğunda farklı bir engeli/hastalığı olan grubun daha yüksek puan alması dikkat çekicidir. Ancak, bu fark anlamlılık sınırına yaklaşıp da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.099$). Bu bulgular, çocuğun farklı bir engelinin/hastalığının olmasının travma ve başa çıkma davranışları üzerinde etkileri olabileceğini ancak bu etkinin istatistiksel olarak güçlü bir şekilde ortaya çıkmadığını göstermektedir.

Tablo 43. Taniya Dair Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	20.4160	7.77603	-1.331	.516
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	21.5934	7.48328	-1.367	
Kaçınma	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	15.6324	6.55642	-.411	.479
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	15.9451	7.14199	-.388	
Aşırı Uyarılma	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	11.9286	6.91567	-2.390	.595
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	13.8132	6.77235	-2.424	
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	16.0000	6.00456	2.342	.999

	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	14.3846	6.16039	2.301	
Aile Desteği	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	16.8487	8.29903	1.785	
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	15.1648	7.96278	1.836	.262
Din ve Mahremiyet	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	16.2584	4.48324	.407	
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	16.0549	3.74273	.459	.249
Kaçınma ve Ayrışma	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	8.9097	6.36191	.012	
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	8.9011	6.44818	.012	.829
Özel Duygusal Paylaşımlar	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	3.0840	3.91290	-.083	
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	3.1209	3.74117	-.085	.615
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	47.9769	18.12964	-1.614	
	Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.	91	51.3516	19.05802	-1.560	.914
KBÇSE	Evet, yeterince bilgi sahibiyim.	476	61.1008	18.28679	1.651	.919

Hayır, yeterince

bilgi sahibi	91	57.6264	18.95647	1.611
değilim.				

p<0.05

Çocuğun tanısına dair yeterince bilgi sahibi olma durumuna göre katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (KBÇSE) toplam puanları ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Yeniden Yaşama alt boyutunda, bilgi sahibi olmayan grubun ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (21.59). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -1.331$, $p = 0.516$). Kaçınma alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0.411$, $p = 0.479$). Aşırı Uyarılma alt boyutunda bilgi sahibi olmayan grubun ortalaması daha yüksek olmasına rağmen ($M = 13.81$) bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -2.390$, $p = 0.595$). IES-R toplam puanı açısından, bilgi sahibi olmayan grubun puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş ancak fark anlamlı değildir ($t = -1.614$, $p = 0.914$).

Kabul ve Yeniden Yapılandırma alt boyutunda bilgi sahibi olan grubun ortalamasının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (16.00). Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 2.342$, $p = 0.999$). Aile Desteği alt boyutunda da bilgi sahibi olan grubun puanlarının biraz daha yüksek olduğu görülmüş ancak fark anlamlı değildir ($t = 1.785$, $p = 0.262$). Din ve Mahremiyet alt boyutunda fark gözlenmemiştir ($t = 0.407$, $p = 0.249$). Kaçınma ve Ayırışma alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0.012$, $p = 0.829$). Özel Duygusal Paylaşımlar alt boyutunda fark gözlenmemiştir ($t = -0.083$, $p = 0.615$). KBÇSE toplam puanı açısından, bilgi sahibi olan grubun puanlarının biraz daha yüksek olduğu görülmüştür ($M = 61.10$). Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 1.651$, $p = 0.919$).

Bağımsız gruplar t-testinden elde edilen sonuçlar, tanıya dair yeterince bilgi sahibi olma durumunun, katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir ($p > 0.05$). Aşırı Uyarılma ve IES-R toplam puanı açısından bilgi sahibi olmayan grubun puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekse de bu farklar anlamlı değildir. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği açısından, bilgi sahibi olan grubun puanlarının genellikle daha yüksek olduğu görülmektedir ancak farklar anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu bulgular, tanıya dair bilgi sahibi olmanın, travmatik olayların etkisi veya başa çıkma stratejileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Tablo 44. Bakım Verilen Çocuğun Kardeş Sayısına Göre IES-R ve KBCSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS
Yeniden Yaşama	Kardeşi yok	62	20.2742	7.98599
	1 kardeş	223	20.8027	7.37579
	2 kardeş	172	20.2965	7.30932
	3 kardeş	60	21.6000	8.69678
	4 ve üzeri kardeş	50	20.0000	9.24938
	Toplam	567	20.6049	7.73541
Kaçınma	Kardeşi yok	62	15.1935	6.85407
	1 kardeş	223	15.8924	6.22166
	2 kardeş	172	16.0407	6.73245
	3 kardeş	60	15.6833	7.52733
	4 ve üzeri kardeş	50	14.1200	6.84415
	Toplam	567	15.6825	6.64826
Aşırı Uyarılma	Kardeşi yok	62	11.7903	6.28591
	1 kardeş	223	12.6547	6.70901
	2 kardeş	172	11.7500	6.78847
	3 kardeş	60	12.6000	7.55589
	4 ve üzeri kardeş	50	12.1000	8.28633
	Toplam	567	12.2310	6.92166
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Kardeşi yok	62	15.4677	5.70797
	1 kardeş	223	15.9596	5.93912
	2 kardeş	172	16.2209	5.82774
	3 kardeş	60	14.6333	7.38061
	4 ve üzeri kardeş	50	14.7800	5.93602
	Toplam	567	15.7407	6.05348
Aile Desteği	Kardeşi yok	62	16.0806	8.04760
	1 kardeş	223	16.3184	8.61394

	2 kardeş	172	17.2733	7.87407
	3 kardeş	60	15.5167	8.74980
	4 ve üzeri kardeş	50	17.2400	7.68396
	Toplam	567	16.5785	8.26229
Din ve Maneviyat	Kardeşi yok	62	15.3548	4.72904
	1 kardeş	223	16.1256	4.42173
	2 kardeş	172	17.1105	3.80282
	3 kardeş	60	15.3167	5.35990
	4 ve üzeri kardeş	50	15.8000	3.76883
	Toplam	567	16.2257	4.37046
Kaçınma ve Ayrışma	Kardeşi yok	62	6.8226	5.42165
	1 kardeş	223	9.1659	6.28700
	2 kardeş	172	9.0116	6.29953
	3 kardeş	60	9.4000	7.42008
	4 ve üzeri kardeş	50	9.4000	6.47129
	Toplam	567	8.9083	6.37010
Özel Duygusal Paylaşımlar	Kardeşi yok	62	3.2419	3.71389
	1 kardeş	223	3.0897	3.86961
	2 kardeş	172	2.9070	3.77473
	3 kardeş	60	3.2167	4.37672
	4 ve üzeri kardeş	50	3.3800	4.00963
	Toplam	567	3.0899	3.88265
Toplam		N	Ortalama	SS
IES-R	Kardeşi yok	62	47.2581	17.03799
	1 kardeş	223	49.3498	17.40078
	2 kardeş	172	48.0872	17.91789
	3 kardeş	60	49.8833	21.30098
	4 ve üzeri kardeş	50	46.2200	21.39358
	Toplam	567	48.5185	18.30656
KBÇSE	Kardeşi yok	62	56.9677	16.10923
	1 kardeş	223	60.6592	18.50738
	2 kardeş	172	62.5233	17.10458

3 kardeş	60	58.0833	23.12185
4 ve üzeri kardeş	50	60.6000	18.53403
Toplam	567	60.5432	18.42311

Olayların Etkisi		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Yeniden Yaşama	Gruplararası	109.571	27.393	.456	.768
	Grup İçi	33757.935	60.068		
	Toplam	33867.506			
Kaçınma	Gruplararası	168.784	42.196	.954	.432
	Grup İçi	24848.073	44.214		
	Toplam	25016.857			
Aşırı Uyarılma	Gruplararası	100.897	25.224	.525	.718
	Grup İçi	27015.837	48.071		
	Toplam	27116.734			
Başa Çıkma Stilleri		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Gruplararası	174.699	43.675	1.193	.313
	Grup İçi	20566.190	36.595		
	Toplam	20740.889			
Aile Desteği	Gruplararası	203.006	50.751	.742	.564
	Grup İçi	38435.252	68.390		
	Toplam	38638.257			
Din ve Maneviyat	Gruplararası	242.542	60.635	3.224	.012
	Grup İçi	10568.562	18.805		
	Toplam	10811.104			
Kaçınma ve Ayrışma	Gruplararası	312.945	78.236	1.941	.102
	Grup İçi	22654.286	40.310		
	Toplam	22967.231			
Özel Duygusal Paylaşımlar	Gruplararası	12.360	3.090	.204	.936
	Grup İçi	8520.052	15.160		
	Toplam	8532.413			

Toplam		Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p
IES-R	Gruplararası	660.512	165.128	.491	.742
	Grup İçi	189023.044	336.340		
	Toplam	189683.556			
KBÇSE	Gruplararası	1833.167	458.292	1.354	.249
	Grup İçi	190273.524	338.565		
	Toplam	192106.691			

p<0.05

Bakım verilen çocuğun kardeş sayısının olayların etkisi, başa çıkma stilleri ve toplam ölçek skorları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Gruplar arasındaki farkları değerlendirmek için ANOVA analizi yapılmıştır. Bakım verilen çocuğun kardeş sayısına göre olayların etkisini değerlendiren analizler doğrultusunda Yeniden Yaşama alt boyutunda gruplararası farklar anlamlı bulunmamıştır ($F=.456$, $p=.768$ $F=.456$, $p=.768$ $F=.456$, $p=.768$). Grupların ortalama puanları birbirine oldukça yakındır ve kardeş sayısının yeniden yaşama düzeyine etkisi gözlenmemiştir. Kaçınma alt boyutu puanları da kardeş sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F=.954$, $p=.432$ $F=.954$, $p=.432$ $F=.954$, $p=.432$). Çocuğun kardeş sayısı ile aşırı uyarılma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($F=.525$, $p=.718$ $F=.525$, $p=.718$ $F=.525$, $p=.718$).

Baş çıkma stillerine dair analiz sonuçlarında genel olarak kardeş sayısına göre anlamlı farklar bulunamamıştır. Kabul ve Yeniden Yapılandırma boyutunda gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1.193$, $p=.313$ $F=1.193$, $p=.313$ $F=1.193$, $p=.313$). Aile desteği boyutunda da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=.742$, $p=.564$ $F=.742$, $p=.564$ $F=.742$, $p=.564$). Çocuğun kardeş sayısı ile din ve maneviyat boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F=3.224$, $p=.012$ $F=3.224$, $p=.012$ $F=3.224$, $p=.012$). Özellikle iki kardeşe sahip olan grupta ortalama puanın ($\bar{x}=17.11$) diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, kardeş sayısının din ve maneviyat boyutunda etkili olabileceğini göstermektedir. Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1.941$, $p=.102$ $F=1.941$, $p=.102$ $F=1.941$, $p=.102$). Çocuğun kardeş sayısının özel duygusal paylaşım boyutuna etkisi bulunmamıştır ($F=.204$, $p=.936$ $F=.204$, $p=.936$ $F=.204$, $p=.936$).

IES-R toplam skorlarında kardeş sayısına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=.491$, $p=.742$ $F=.491$, $p=.742$ $F=.491$, $p=.742$). Baş çıkma stilleri toplam skorları da kardeş sayısına göre farklılık göstermemiştir ($F=1.354$, $p=.249$ $F=1.354$, $p=.249$ $F=1.354$, $p=.249$). Analiz

sonuçlarına göre, bakım verilen çocuğun kardeş sayısı ile ölçekteki alt boyutlar ve toplam skorlar arasında genel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bununla birlikte, din ve maneviyat boyutunda kardeş sayısına bağlı anlamlı bir fark tespit edilmiştir. İki kardeşe sahip olan grubun daha yüksek ortalama puanlara sahip olması, bu boyutun kardeş sayısından etkilenebileceğini göstermektedir. Diğer boyutlarda ise kardeş sayısının etkisinin sınırlı olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 45. Çocuk Dışında Hanede Farklı Kronik/Kalıtsal Hastalık Tanılı Kişi Olma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Hayır, yok.	410	20.4244	7.64144	-.898	.330
	Evet, var.	157	21.0764	7.98118	-.881	
Kaçınma	Hayır, yok.	410	15.6463	6.51343	-.209	.187
	Evet, var.	157	15.7771	7.00878	-.203	
Aşırı Uyarılma	Hayır, yok.	410	11.8585	6.68974	-2.077	.008
	Evet, var.	157	13.2038	7.42806	-1.982	
Başa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Hayır, yok.	410	15.8756	6.04196	.857	.885
	Evet, var.	157	15.3885	6.08871	.854	
Aile Desteği	Hayır, yok.	410	16.6220	8.28502	.202	.770
	Evet, var.	157	16.4650	8.22795	.203	
Din ve Mahremiyet	Hayır, yok.	410	16.2951	4.43185	.610	.781
	Evet, var.	157	16.0446	4.21436	.624	
Kaçınma ve Ayrışma		410	8.9390	6.18885	.186	.047

	Evet, var.	157	8.8280	6.84084	.177	
Özel Duygusal Paylaşımlar	Hayır, yok.	410	2.9585	3.78851	-1.303	.187
	Evet, var.	157	3.4331	4.11108	-1.257	
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Hayır, yok.	410	47.9293	17.92111	-1.239	.143
	Evet, var.	157	50.0573	19.25079	-1.200	
KBÇSE	Hayır, yok.	410	60.6902	18.07981	.307	.265
	Evet, var.	157	60.1592	19.34521	.298	

p<0.05

Hanede birden fazla engel/hastalık varlığı durumuna göre katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (KBÇSE) toplam puanları ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Yeniden Yaşama alt boyutunda, birden fazla engel/hastalık olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($\bar{x}$ =21.08). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = -0.898, p = 0.330). Kaçınma alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t = -0.209, p = 0.187). Aşırı Uyarılma alt boyutunda, birden fazla engel/hastalık olan grubun puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (t = -2.077, p = 0.008). Bu sonuç, birden fazla engel/hastalık olan bireylerin aşırı uyarılma belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. IES-R toplam puanı açısından, birden fazla engel/hastalık olan grubun puanları daha yüksek olsa da (50.06) bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = -1.239, p = 0.143).

Kabul ve Yeniden Yapılandırma alt boyutunda gruplar arasında fark bulunmamıştır (t = 0.857, p = 0.885). Aile Desteği alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (t = 0.202, p = 0.770). Din ve Mahremiyet alt boyutunda da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = 0.610, p = 0.781). Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t = 0.186, p = 0.047). Bu sonuç, birden fazla engel/hastalık olan bireylerin kaçınma ve ayrışma davranışlarını daha fazla sergileyebileceğini göstermektedir. Özel Duygusal Paylaşımlar alt boyutunda, birden fazla engel/hastalık olan grubun puanları daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t = -1.303, p = 0.187).

KBÇSE toplam puanı açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0.307$, $p = 0.265$).

Bağımsız gruplar t-testinden elde edilen sonuçlar, birden fazla engel/hastalık varlığının, katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları üzerinde genel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir ($p > 0.05$). Bununla birlikte, Aşırı Uyarılma alt boyutunda birden fazla engel/hastalık olan grubun puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olması ($p = 0.008$), bu durumun bireylerde stres belirtilerini artırabileceğini göstermektedir. Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda da anlamlılık sınırına yakın bir fark görülmüştür ($p = 0.047$). Bu bulgular, birden fazla engel/hastalığın bireylerin bazı başa çıkma stilleri ve stres tepkileri üzerinde etkili olabileceğini ancak genel etkilerin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 46. Sağlık Göçü Yapma Durumuna Göre IES-R ve KBÇSE Skorlarının Dağılımı

Olayların Etkisi		N	Ortalama	SS	t	p
Yeniden Yaşama	Evet, sağlık göçü yaptık	269	21.4610	7.60666	2.515	.658
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	19.8322	7.78188	2.518	
Kaçınma	Evet, sağlık göçü yaptık	269	15.7621	6.99274	.270	.223
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	15.6107	6.33223	.269	
Basa Çıkma Stilleri		N	Ortalama	SS	t	p
Aşırı Uyarılma	Evet, sağlık göçü yaptık	269	12.7286	7.01629	1.629	.546
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	11.7819	6.81571	1.626	
Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Evet, sağlık göçü yaptık	269	15.4238	6.04883	-1.185	.874

	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	16.0268	6.05357	-1.185	
Aile Desteği	Evet, sağlık göçü yaptık	269	16.0892	8.40661	-1.341	.668
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	17.0201	8.11862	-1.338	
Din ve Mahremiyet	Evet, sağlık göçü yaptık	269	16.2788	4.35808	.274	.853
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	16.1779	4.38837	.275	
Kaçınma ve Ayrışma	Evet, sağlık göçü yaptık	269	8.6283	6.48558	-.995	.458
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	9.1611	6.26418	-.993	
Özel Duygusal Paylaşımlar	Evet, sağlık göçü yaptık	269	2.8996	3.68452	-1.109	.089
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	3.2617	4.05168	-1.115	
Toplam		N	Ortalama	SS	t	p
IES-R	Evet, sağlık göçü yaptık	269	49.9517	18.34540	1.774	.984
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	47.2248	18.20533	1.774	
KBÇSE	Evet, sağlık göçü yaptık	269	59.3197	19.27051	-1.504	.263
	Hayır, sağlık göçü yapmadık	298	61.6477	17.58271	-1.497	

p<0.05

Katılımcıların sağlık göçü yapma durumuna göre Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (KBÇSE) toplam puanları ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Yeniden Yaşama alt boyutunda sağlık göçü yapan grubun puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($\bar{x}$ =21.46).

Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 2.515$, $p = 0.658$). Kaçınma alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0.270$, $p = 0.223$). Aşırı Uyarılma alt boyutunda, sağlık göçü yapan grubun puanlarının biraz daha yüksek olduğu görülmüştür ($\bar{x} = 12.73$). Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 1.629$, $p = 0.546$). IES-R toplam puanı açısından da sağlık göçü yapan grubun puanları daha yüksek olsa da fark anlamlı değildir ($t = 1.774$, $p = 0.984$).

Kabul ve Yeniden Yapılandırma alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1.185$, $p = 0.874$). Aile Desteği alt boyutunda sağlık göçü yapmayan grubun puanları biraz daha yüksek olmasına rağmen fark anlamlı değildir ($t = -1.341$, $p = 0.668$). Din ve Mahremiyet alt boyutunda gruplar arasında fark gözlenmemiştir ($t = 0.274$, $p = 0.853$). Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -0.995$, $p = 0.458$). Özel Duygusal Paylaşımlar alt boyutunda sağlık göçü yapmayan grubun puanlarının biraz daha yüksek olduğu görülmüştür ($\bar{x} = 3.26$). Ancak bu fark da anlamlı değildir ($t = -1.109$, $p = 0.089$). KBÇSE toplam puanı açısından, sağlık göçü yapmayan grubun puanlarının biraz daha yüksek olduğu görülmüş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = -1.504$, $p = 0.263$).

Bağımsız gruplar t-testinden elde edilen sonuçlar, sağlık göçü yapma durumunun, katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları üzerinde genel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir ($p > 0.05$). Yeniden Yaşama ve Aşırı Uyarılma alt boyutlarında sağlık göçü yapan grubun puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekse de farklar anlamlı değildir. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği açısından, sağlık göçü yapmayan grubun genel olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ancak bu farklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular, sağlık göçü yapmanın travma algısı ve başa çıkma stratejileri üzerinde etkilerinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 47. Olayların Etkisi Ölçeği ile Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri Arasındaki Korelasyon

		Yeniden Yaşama	Kaçınma	Aşırı Uyarılma	IES-R Toplam	Kabul ve Yeniden Yapılandırma	Aile Desteği	Din ve Maneviyat	Kaçınma ve Ayrışma	Özel Duygusal Paylaşımlar	KBÇSE Toplam
Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) Alt Boyutları	Yeniden Yaşama	1	.504**	.794**	.906**	.048	-.129**	.057	.119**	.097*	.033
	Kaçınma	.504**	1	.503**	.766**	.134**	.019	.102*	.228**	.090*	.175**
	Aşırı Uyarılma	.794**	.503**	1	.896**	-.032	-.101*	.025	.099*	.110**	.008
	IES-R Toplam	.906**	.766**	.896**	1	.057	-.086*	.071	.171**	.116**	.080
Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri (KBÇSE) Alt Boyutları	Kabul ve Yeniden Yapılandırma	.048	.134**	-.032	.057	1	.298**	.447**	.381**	.235**	.749**
	Aile Desteği	-.129**	.019	-.101*	-.086*	.298**	1	.216**	.151**	.187**	.689**
	Din ve Maneviyat	.057	.102*	.025	.071	.447**	.216**	1	.155**	.038	.543**
	Kaçınma ve Ayrışma	.119**	.228**	.099*	.171**	.381**	.151**	.155**	1	.253**	.629**
	Özel Duygusal Paylaşımlar	.097*	.090*	.110**	.116**	.235**	.187**	.038	.253**	1	.468**
	KBÇSE Toplam	.033	.175**	.008	.080	.749**	.689**	.543**	.629**	.468**	1

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

Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) ile Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri (KBÇSE) arasındaki ilişki incelenmiştir. Pearson Korelasyon analizi sonucunda, travma sonrası stres belirtileri ve kolektivist başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkilerin genellikle düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak bazı alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Yeniden yaşama alt boyutu, kaçınma ($r = .504, p < .001$) ve aşırı uyarılma ($r = .794, p < .001$) ile güçlü ve pozitif yönde ilişkilidir. Ayrıca IES-R puanı ile güçlü bir ilişki göstermektedir ($r = .906, p < .001$). Bu da travmatik olayları zihinde tekrar canlandıran bireylerin genel stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Kaçınma alt boyutu, kaçınma ve ayrışma başa çıkma stratejisi ($r = .228, p < .001$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu bulgu, travma sonrası kaçınma davranışı gösteren bireylerin, başa çıkma sürecinde de kaçınma ve ayrışma stratejilerini daha fazla kullandıklarını düşündürmektedir. Aşırı uyarılma alt boyutu, kaçınma ve ayrışma ($r = .099, p < .05$) ve özel duygusal paylaşımlar ($r = .110, p < .001$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu durum, aşırı uyarılma düzeyi yüksek olan bireylerin, kolektivist başa çıkma stratejileri kapsamında daha fazla duygusal paylaşımda bulunma eğiliminde olduğunu göstermektedir. IES-R toplam puanı, kaçınma ve ayrışma ($r = .171, p < .001$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu sonuç, genel travma sonrası stres belirtileri arttıkça kaçınma ve ayrışma stratejilerinin de arttığını göstermektedir.

Kabul ve yeniden yapılandırma başa çıkma stili, kaçınma ($r = .134, p < .001$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu bulgu, kaçınma davranışı gösteren bireylerin aynı zamanda olayları kabullenme ve yeniden anlamlandırma stratejilerini de kullanmaya çalıştıklarını göstermektedir. Aile desteği, yeniden yaşama ($r = -.129, p < .001$) ve aşırı uyarılma ($r = -.101, p < .05$) ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu durum, aile desteğinin artmasıyla travmatik olayların etkisini daha az hissetme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Din ve maneviyat, kaçınma ($r = .102, p < .05$) ile pozitif bir ilişki göstermektedir. Bu sonuç, kaçınma davranışı sergileyen bireylerin din ve maneviyat boyutunu başa çıkma stratejisi olarak daha fazla kullandıklarını düşündürmektedir. Kaçınma ve ayrışma, IES-R toplam puanı ($r = .171, p < .001$) ve kaçınma alt boyutu ($r = .228, p < .001$) ile pozitif ilişkilidir. Bu bulgu, travma sonrası kaçınma eğilimi yüksek olan bireylerin, kolektivist başa çıkma sürecinde de kaçınma ve ayrışma stratejilerini benimsediklerini göstermektedir. Özel duygusal paylaşımlar, yeniden yaşama ($r = .097, p < .05$) ve aşırı uyarılma

($r = .110$, $p < .001$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilidir. Bu bulgu, travma sonrası stres tepkisi yüksek olan bireylerin özel duygusal paylaşımlara daha fazla yönelme eğiliminde olabileceğini göstermektedir.

Elde edilen sonuçlarda, kaçınma ve ayrışma stratejisinin travmatik olayların etkisini azaltmak amacıyla daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca, aile desteğinin travmatik olayların etkisini hafifletebileceği, özel duygusal paylaşımların ise stres düzeyi yüksek bireyler tarafından daha fazla tercih edildiği gözlemlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Araştırmada, kanser tanısı almış çocuklara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, tedavi gören çocuğun sağlık durumu, bakım verenlerin travma ve stres düzeyleri ve bakım verme sürecinde başvurdukları kolektivist başa çıkma stilleri incelenmeye çalışılmıştır. Bu bölümde de elde edilen nicel bulgular çeşitli saha gözlemleri ve literatür odağında yorumlanarak tartışılmıştır. Nicel bulgular ışığında bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken bakım verenlerin travma düzeyleri ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişki de tartışılarak ele alınmıştır.

5.1. Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

Kanser tedavisi gören çocuklara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, genellikle mevcut literatürle tutarlılık göstermekte ve bakım verenlerin sosyodemografik profiline dair önemli ipuçları sunmaktadır. Aynı zamanda literatürdeki bazı bulgulardan farklı sonuçlar da sunarak değişkenler arasındaki ilişkilere farklı bakış açısı oluşmasını sağlamıştır.

Katılımcıların %74,8'inin kadın, %25,2'sinin ise erkek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, bakım verme rolünün ağırlıklı olarak kadınlar tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Nitekim, benzer bir çalışmada bakım verenlerin tamamının kadın olduğu ve çoğunluğunun annelerden oluştuğu bildirilmiştir. Toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle, kadınların aile içindeki bakım verme sorumluluğunu daha fazla üstlendikleri görülmektedir. Bakım veren kişilerin eğitim düzeyinin genellikle sınırlı olduğu ve çoğu bakım veren kadının ev hanımı olduğu belirtilmektedir (Küçük vd., 2020). Bu durum, araştırma ile doğru orantılı bir seyirdedir. Katılımcıların genellikle eğitim düzeyinin düşük olmasının ve ev hanımı olmasının, bakım verme rolünü üstlenen kişilerin cinsiyet dağılımıyla da ilişkili olduğunu göstermektedir. Alanda yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda da erkeklerin kadınlara oranla uyku, iştah vb. günlük yaşam alışkanlıkları dahilinde daha yüksek yaşam kalitesinin olduğu tespit edilmiştir (Bostancı vd., 2007). Bu sonuç da bakım verenlerin çoğunlukla kadın olması ve bakım verme sorumluluğundan kaynaklı kadınların günlük yaşam rutinlerinin bozulması ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir.

Bakım verenlerin yoğunlukla kadın olması cinsiyet ve travma belirtisi göstermesi özelinden incelendiğinde anlamlı ilişki bulunmamıştır. Olayın etkisiyle travma belirtisinin

oluşması cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bu durum yapılan farklı çalışmalarda da bu şekilde tespit edilmiştir. Bakım veren ebeveynin cinsiyetinin olay karşısında anksiyete düzeylerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, annelerin ve babaların anksiyete düzeylerinin benzer olduğu gözlemlenmiştir (Aygüneş vd., 2023).

Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, en yüksek oranın %52,7 ile 35-44 yaş grubunda olduğu, bunu %30,9 ile 25-34 yaş grubunun izlediği görülmektedir. Bu bulgu, bakım verenlerin genellikle orta yaşlı bireyler olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, bakım verenlerin çoğunluğunun 26-35 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (Küçük vd., 2020). Bu yaş aralığındaki bireylerin, hem çocuklarına bakım verme kapasitesine sahip olmaları hem de aile içindeki sorumlulukları üstlenmeleri nedeniyle bu rolü daha sık kabul ettikleri düşünülmektedir. Yaş değişkeni ile travma belirtisi gösterme ve kolektivist başa çıkma stillerinin tercih edilmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özellikle yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin başa çıkma stilleri üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalarda da anlamlı ilişkinin kurulamadığı görülmektedir (Çimen, 2020).

Katılımcıların %93,7'sinin evli olduğu, %2,6'sının bekar, %3,0'ının boşanmış kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu sonuç, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun evli bireyler olduğunu göstermektedir. Benzer bir çalışmada da bakım verenlerin medeni durumunun genellikle evli olduğunu görülmektedir (Küçük vd., 2020). Evli bireylerin, aile içindeki sorumlulukları paylaşabildiği ve destek mekanizmalarına daha fazla erişim imkânı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bakım verme süreci, evli bireylerin sosyal ilişkilerini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyebilmektedir. Uzun süren tedavi ve bakım süreçleri, ebeveynlerin evlilik ilişkilerinde rol karmaşasına, toplumsal yaşama ilgi kaybına ve sosyal izolasyona yol açabilmektedir (Adelman vd., 2014; Kara vd., 2023). Bu nedenle evli bakım verenlerin psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, evlilik birliğinin korunması açısından da oldukça önemli olabilmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, en büyük grubun %33,9 ile lise mezunları olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguları sırasıyla %21,5 ile ilkökul, %18,0 ile ortaokul ve %12,0 ile lisans mezunları takip etmektedir. Benzer bir çalışmada, bakım verenlerin eğitim düzeyinin ilkökul ve ortaokul seviyesinde sınırlı kaldığı incelenmiştir (Küçük vd., 2020). Bu bulgular, bakım verenlerin eğitim düzeylerinin genellikle ortaöğretim seviyesinde yoğunlaştığını göstermektedir. Eğitim düzeyine göre yapılan incelemede katılımcıların Yeniden Yaşama alt boyutunda travma belirtisi gösterdiği tespit edilmiştir. Özellikle okur-yazar

olmayan ve ön lisans mezunlarında bu ortalamanın daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan farklı araştırmalarda ise eğitim düzeyinin artması ile anksiyete düzeylerinin artış gösterdiğine dair anlamlı ilişki bulunmuştur (Aygüneş vd., 2023). Literatürdeki çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da eğitim düzeyi ile stres, anksiyete gibi travma belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak bu çalışmada düşük eğitim düzeylerinde travma belirtileri daha yüksek oranda görülmüştür.

Katılımcıların istihdam durumlarına bakıldığında ise %77,4'ünün çalışmadığı, %22,6'sının ise çalıştığı belirlenmiştir. Çalışanlar arasında özel sektörde çalışanların oranı %16,6 iken, kamu sektöründe çalışanların oranı %6,0 olarak tespit edilmiştir. Literatürde, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu ve çalışan bakım verenlerin oranının sınırlı olduğu belirlenmiştir (Küçük vd., 2020). Bu durum, bakım verme sürecinin zaman ve enerji gerektirmesi nedeniyle, özellikle kadın bakım verenlerin iş hayatına katılımını sınırlayabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların gelirlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde, büyük çoğunluğun (%85,7) gelirlerini yetersiz bulduğu tespit edilmiştir. Gelirlerinin yeterli olduğunu belirten katılımcıların oranı ise %14,3'tür. Bu bulgular, bakım verenlerin önemli bir kısmının ekonomik zorluklar yaşadığını ve mevcut gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığını göstermektedir. Düşük gelir düzeyi ve algılanan gelir yetersizliği, bakım verenlerin yaşam kalitesini ve psikososyal durumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Ekonomik sıkıntılar, bakım verenlerin stres seviyelerini artırarak tükenmişlik ve depresyon gibi ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Nitekim, kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin ekonomik zorluklar nedeniyle yüksek düzeyde bakım yükü ve tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir (Koşan Yurtseven, 2018). Aynı zamanda bakım verenlerin kaygı yükü üzerine yapılan çalışma örneklerinde gelir düzeyi yüksek bakım verenlerin kaygı yükünün ters orantıda olduğu görülmektedir (Aygüneş vd., 2023). Bu çalışmada da gelir düzeyi ile olayın etkisinin Kaçınma alt boyutunda anlamlı ilişkisinin var olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bir başka bulguya göre yerleşim yerinin bireylerin travma sonrası stres belirtilerini ve başa çıkma stratejilerini belirleyen bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Ancak köyde yaşayan bireylerin aile desteği algısının daha yüksek olması ve ilçede/köyde yaşayan bireylerin kaçınma ve ayrışma düzeylerinin daha yüksek olması gibi belirgin bazı tespitler yapılmıştır ancak bu tespitler anlamlı düzeyde ilişkili bulunmamıştır. Literatürdeki bazı çalışmalar da göstermektedir ki teknolojik gelişmeler ile kişilerin kırdan ya da kentte yaşaması,

bilgiye erişim, bilinç düzeyi vb. alanlarda belirleyici olmamaktadır. Bu sebeple bakım verenlerin kaygı yüklerinin köyde ya da kentte yaşayanlar arasında eşit düzeyde olduğu görülmüştür (Aygüneş vd., 2023).

Katılımcıların yaşadığı hane halkı büyüklüğüne ilişkin veriler incelendiğinde, büyük çoğunluğun 2-5 kişilik hanelerde yaşadığı (%81,1) görülmektedir. 6-9 kişilik hanelerde yaşayanların oranı %18,2 olup 10 ve üzeri kişiden oluşan hanelerde yaşayan bireylerin oranı ise yalnızca %0,7 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, Türkiye genelindeki hane halkı büyüklüğü verileriyle uyumludur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2022 verilerine göre, ortalama hane halkı büyüklüğü 3,23 kişi olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2022). Bu durum, çekirdek aile yapısının yaygın olduğunu ve ailelerin genellikle 2-5 kişiden oluştuğunu göstermektedir. Katılımcıların bakım verdikleri çocuğun kardeş sayısına ilişkin veriler incelendiğinde, en büyük grubu 1 kardeşi olan çocuklar (%39,3) oluşturmaktadır. Bu dağılım, Türkiye'deki genel doğurganlık oranlarıyla paralellik göstermektedir. TÜİK'in 2022 verilerine göre, toplam doğurganlık hızı kadın başına 1,88 çocuk olarak kaydedilmiştir (TÜİK, 2022). Bu veriler, ailelerin genellikle 1 veya 2 çocuk sahibi olduğunu ve daha büyük aile yapılarının daha az yaygın olduğunu göstermektedir. Çalışma aynı zamanda kardeş sayısının travma belirtisinin var olup olmamasına dair anlamlı bir ilişki sunmamaktadır. Literatürdeki farklı çalışmalarda da hanedeki çocuk sayısı ile kaygı yükünün bağlantılı olmadığına dair sonuçlar elde edilmiştir (Aygüneş vd., 2023). Çalışmada kardeş sayısının, kolektivist başa çıkma stilinin din ve maneviyat alt boyutu ile anlamlı ilişkisi olduğu istatistiksel testlerle bulunmuştur.

5.2. Kanser Tanısı Almış Çocuğun Sosyodemografik ve Sağlıkla İlişkili Bulgularının Tartışılması

Kanser tedavisi gören çocukların sosyodemografik özellikleri ve sağlığına ilişkin bulgular incelenmiştir. Elde edilen bulgular, mevcut literatür ve saha araştırmaları ile tutarlı olup önemli göstergeler sunmaktadır.

Katılımcıların bakım verdikleri çocukların yaş aralıkları incelendiğinde, en büyük grubun 7-12 yaş aralığında yer aldığı (%40,9) görülmektedir. Bunu %25,4 ile 4-6 yaş grubundaki çocuklar takip etmektedir. 13-15 yaş aralığında olan çocukların oranı %14,8 iken, 0-3 yaş grubundaki çocukların oranı %12,2 olarak belirlenmiştir. 16-18 yaş aralığında yer alan çocukların oranı ise %6,7 (38 çocuk) ile en küçük grubu oluşturmaktadır. Bu bulgular, çocukluk çağı kanserlerinin özellikle 7-12 yaş aralığında daha sık teşhis edildiğini göstermektedir.

Literatürde, çocukluk çağı kanserlerinin en sık 0-14 yaş döneminde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Özellikle lösemiler, 0-14 yaş grubunda en yaygın kanser türü olarak kaydedilmiştir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2025).

Bakım verilen çocukların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, erkek çocukların oranının (%53,3) kız çocuklara göre (%46,7) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, literatürdeki verilerle uyumludur. Türkiye'de çocukluk çağı kanserleri üzerine yapılan çalışmalarda da erkek çocuklarda kanser insidansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2025).

Bakım verilen çocukların, çocukluk çağı kanseri türlerine ilişkin verileri incelendiğinde, en yaygın kanser türünün lösemi olduğu (%59,3) görülmektedir. Lösemiye, %9,2 ile lenfoma ve %7,4 ile nöroblastom takip etmektedir. Sinir sistemi tümörleri (%7,1) ve kemik tümörleri (%5,5) gibi diğer kanser türleri de önemli oranlarda görülmektedir. Bu bulgular, literatürde belirtilen çocukluk çağı kanserlerinin dağılımıyla uyumludur (Kutluk, 2025). Örneğin, Türkiye'de çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık %30'unu lösemiler, yaklaşık %20'sini merkezi sinir sistemi tümörleri ve yaklaşık %10'unu lenfomalar oluşturmaktadır (Yıldız, 2008).

Kanser tedavisi gören çocukların büyük çoğunluğu (%50,4) kontrolleri devam eden grupta yer almaktadır. İdame döneminde olan çocukların oranı %16,2, süresi öngörülebilir tedavisi devam edenlerin oranı %14,1 ve süresi öngörülemeyen tedavisi devam edenlerin oranı %13,4 olarak belirlenmiştir. Tamamen iyileşen çocukların oranı %3,5 iken, yeni tanı almış çocuklar %1,8 ile en küçük grubu oluşturmaktadır. Bu bulgular, çocukluk çağı kanserlerinde tedavi süreçlerinin uzun ve dikkatli bir izlem gerektirdiğini göstermektedir. Literatürde, çocukluk çağı kanserlerinde genel olarak %70'in üzerinde bir iyileşme oranı bildirilmektedir. Özellikle lösemi gibi bazı kanser türlerinde bu oran %75-80'e kadar çıkmaktadır. Hastalığın nüks etme durumuna ilişkin veriler incelendiğinde, hastalığın nüks etmediği bireylerin oranı %73,0 iken, nüks yaşayan çocukların oranı %27,0 olarak belirlenmiştir. Literatürde, lösemilerde tedavi bitiminden sonraki ilk 2 yıl, tümörlerde ise ilk 3 yıl içinde nüks riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, tedavi sonrasında özellikle ilk yıllarda düzenli kontrollerin ve yakın takibin önemi vurgulanmaktadır (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, 2020). Çocuğun güncel sağlık durumunun bakım verenlerin stres seviyeleri ve başa çıkma stratejileri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir. Süresi öngörülemeyen tedavi sürecinde olan çocukların bakım verenlerinin daha fazla stres yaşadığı ve daha düşük başa çıkma becerilerine sahip olduğu gözlemlenmiştir ancak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Benzer

Çalışmalarda da çocukların tedavi aşamalarının değişmesi bakım verenlerin kaygı düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırmadığı belirlenmiştir (Aygüneş vd., 2023).

Araştırmada, kanser tedavisi gören çocukların bakım verenlerinin hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumları incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun (%84,0) hastalık konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Buna karşın, %16,0'lık bir kesim ise yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir. Bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaları hem çocuklarının tedavi süreçlerini desteklemeleri hem de kendi psikososyal durumlarını yönetmeleri açısından kritik öneme sahiptir. Yeterli bilgiye sahip ebeveynler, çocuklarının bakımında daha etkin rol alabilir ve hastalık sürecine daha iyi uyum sağlayabilirler. Nitekim, literatürde de ebeveynlerin hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmelerinin, bakım yükünü ve anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Köse vd., 2019).

Araştırmada, kanser tedavisi gören veya görmüş çocukların ailelerinde, başka bir kronik veya kalıtsal hastalığa sahip bireylerin varlığı da incelenmiştir. Elde edilen verilere göre, katılımcıların %27,7'si ailelerinde farklı bir kronik veya kalıtsal hastalığa sahip en az bir birey bulunduğunu belirtmiştir. Ailede birden fazla kronik hastalığın bulunması, aile üyelerinin psikososyal ve ekonomik yükünü artırabilmektedir. Özellikle kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların varlığında, ek kronik hastalıklar aile içi dinamikleri ve bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (Toros vd., 2002). Bu durum, ailede birden fazla kronik hastalık varlığında daha da belirgin hale gelebilme riski taşıyabilmektedir. Bu bulgular çalışmada elde edilen çıktılar ile doğru orantılıdır. Hanesinde birden fazla kronik hastanın bulunduğu bakım verenlerin Aşır Uyarılma alt boyutunda travma sonrası belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda bakım verenlerin Kaçınma-Ayrışma alt boyutunda kolektivist başa çıkma stillerine başvurduğu da grlmştir.

Kanser tedavisi gören çocukların ailelerinin tedavi amacıyla başka bir şehre gidip gitmediklerine ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %47,4'ünün tedavi sürecinde şehir değiştirmek zorunda kaldıkları, %52,6'sının ise tedavi için farklı bir şehre gitmedikleri belirlenmiştir. Tedavi amacıyla başka bir şehre gitmek zorunda kalan aileler, çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Özellikle konaklama, ulaşım ve günlük yaşam masrafları gibi ek mali yükler ailelerin ekonomik durumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca, tedavi sürecinde şehir değiştiren aileler, sosyal destek sistemlerinden uzaklaşmakta ve bu da psikososyal sorunlara yol

açabilmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, çocuklarının kanser tedavisi sürecinde başka bir şehre gitmek zorunda kalan ebeveynlerin, sosyal izolasyon, stres ve ekonomik zorluklar yaşadığı tespit edilmiştir (Coşkun Şimşek & Günay, 2023).

5.3. Olayların Etkisi Ölçeği ve Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulguları, kanser tedavisi gören çocukların bakım verenlerinin sosyodemografik özellikleri, travma ve stres düzeyleri ve travmatik olaylarla başa çıkma süreçleri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Bu bulgular, literatürdeki çalışmalarla da uyumlu olup ailelerin yaşadığı zorlukları ve kullandıkları başa çıkma stratejilerini daha iyi anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Araştırma bulgularına göre kanser tedavisi gören çocukların bakım verenlerinin büyük bir kısmının travmatik olaylardan yüksek oranda etkilendiğini görülmektedir. Bu oran, bakım verenlerin çocukların hastalığını travmatik bir deneyim olarak yaşadığını ve bu durumun uzun vadeli psikolojik etkiler bırakabileceğini göstermektedir. Ölçeğin toplam puan ortalaması 48.52 olup bakım verenlerin %89,1'inin 24 olan kesme puanının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu da bakım verenlerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri açısından risk taşıdığını göstermektedir. Hastalık süreci boyunca travma yaşayan bakım verenler, bu süreci atlattırma psikolojik destek ve müdahalelere ihtiyaç duyması çok yüksek bir ihtimaldir.

Bulgular, travmatik stres tepkilerinin en çok “Yeniden Yaşama” boyutunda yoğunlaştığını göstermektedir. Yeniden Yaşama alt boyutunun yüksek olması, bakım verenlerin sıkça travmatik anıları zihinde tekrar yaşadıklarını, rahatsız edici düşüncelerin ve kâbusların etkisinde kaldıklarını göstermektedir. Bu, bakım verenlerin kanser tanısını alınan anı, çocuğun acı çektiği veya zorlandığı zamanları tekrar hatırladıklarını, hatta bu anıları rüyalarında dahi görerek uyku problemleri yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Bu tür belirtiler, TSSB gelişme riskinin bir işareti olabilmektedir (Van Oort vd., 2018).

Kaçınma alt boyutunun ortalama puanı 15.68 olup bu, bakım verenlerin travmatik olayla ilgili durumlardan kaçınmaya çalıştıklarını göstermektedir. Örneğin, bazı bakım verenler çocukların hastalık süreciyle ilgili konuşmaktan kaçınma, tedavi süreçlerini hatırlatan mekanlardan uzaklaşma veya diğer hasta aileleriyle iletişim kurmaktan kaçınma gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Bu kaçınma davranışları, kısa vadede bakım verenlerin

stresini azaltabilmekte ancak uzun vadede travmatik olayın işlenmesini engelleyebilmekte ve yas sürecini uzatabilmektedir (Kazak vd., 2005).

Aşırı uyarılma alt boyutunda ise ortalama 12.23 olup bu durum bakım verenlerin sürekli bir tetikte olma, kolayca irkilme, uyku sorunları yaşama ve sinirlilik gibi belirtiler gösterdiğini düşündürmektedir. Ancak aşırı uyarılma alt boyutunda kesme puanı üzerinde skor alan katılımcı bulunmamıştır. Bu durum, bakım verenlerin yaşadığı travmanın daha çok zihinsel ve duygusal boyutta olduğunu ancak fizyolojik belirtiler açısından yoğun bir uyarılma yaşamadıklarını göstermektedir. Travmatik olayların etkisinin en çok yeniden yaşama boyutunda yoğunlaştığı, kaçınma belirtilerinin daha düşük oranda görüldüğü ve aşırı uyarılma semptomlarının kesit puanı üzerinde anlamlı bir seviyeye ulaşmadığı gözlemlenmiştir. Bulgular, özellikle yeniden yaşama belirtilerinin yaygınlığına dikkat çekmekte ve psikolojik destek ihtiyacının bu yönde önceliklendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Travmatik olayın etkisine yönelik elde edilen bulgulara göre bakım verenlerin çocuğun kanser tanısı aldığı ilk zamandaki olayın etki düzeyinin zaman içinde azaldığı ancak travmatik olayın etkisinin halihazırda devam ettiğini göstermektedir. Problem çözme endeksi sonuçları da travmatik olay karşısında bakım verenlerin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, bakım verenlerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada belirli bir kapasiteye sahip olduklarını ancak bu becerilerin daha da geliştirilmesinin faydalı olabileceğini göstermektedir. Nitekim, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, travmatik olayların olumsuz etkilerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır.

Bakım verenlerin başa çıkma stillerine yönelik yapılan incelemede katılımcıların en çok aile desteği ve din-maneviyat alt boyutlarında yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir. Bu durum, bakım verenlerin travmatik süreçlerle başa çıkarken sosyal destek arayışında olduklarını ve manevi inançlarına yöneldiklerini göstermektedir. Özellikle Türk kültüründe aile desteği ve dini inançlar, bireylerin zorlayıcı yaşam olaylarıyla başa çıkmalarında önemli kaynaklar olarak kabul edilmektedir. Kaçınma ve ayrışma alt boyutunda elde edilen puanlar, bazı katılımcıların stresli durumlardan uzaklaşma veya duygusal olarak kopma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu başa çıkma stratejisi, kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede sorunların çözümünü engelleyebileceği ve psikolojik sıkıntıları artırabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kaçınma davranışlarının fark edilmesi ve daha etkili başa çıkma stratejilerinin teşvik edilmesi önemli görülmektedir (Kazak vd., 2005).

Kanser tedavisi gören veya görmüş çocuklara bakım verenlerin sosyodemografik faktörler, travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlanarak elden edilen bulgular, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, gelir durumu ve yaşadıkları yer gibi değişkenlere göre farklı travmatik deneyimler ve başa çıkma mekanizmaları kullandıklarını ortaya koymaktadır. Araştırma bulgularına göre, travma sonrası stres belirtileri genel olarak yüksek düzeydedir ve bireylerin büyük bir kısmı belirlenen kesme puanının üzerinde skor almıştır. Bu durum, kanser tedavisi sürecinin aile bireyleri üzerindeki psikolojik yükünü göstermektedir. Özellikle genç yaş grubundaki bireylerin en yüksek travma sonrası stres belirtileri gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuç, genç bireylerin yaşadıkları stresle başa çıkma mekanizmalarının yeterince gelişmemiş olmasıyla açıklanabilmektedir (Kazak vd., 2018).

Genel olarak değerlendirildiğinde, genç bireylerin travmatik olaylardan daha yoğun şekilde etkilendiği, kaçınma ve aşırı uyarılma semptomlarını daha sık yaşadığı görülmektedir. Yaş ilerledikçe bu etkilerin azaldığı ancak bireylerin farklı başa çıkma stratejilerine yöneldiği anlaşılmaktadır. Aile desteği ve din-maneviyat gibi faktörler travmatik olaylarla başa çıkmada önemli roller üstlenirken duygusal paylaşımların yaş ilerledikçe azaldığı dikkat çekmektedir. Bu bulgular, travmatik olaylarla başa çıkma mekanizmalarının yaşa bağlı olarak değiştiğini ve genç bireylerin psikososyal destek mekanizmalarına daha fazla ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir.

Kadın katılımcılar, travma sonrası stres belirtileri açısından erkeklere göre daha yüksek puan almıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kadınların bu yönde daha yüksek puan alması, annelerin çocukların bakım sürecinde daha fazla rol alması ve duygusal olarak daha yüksek düzeyde etkilenmeleriyle ilişkili olabilmektedir (Litzelman vd., 2011). Medeni durum, travma sonrası stres belirtileri açısından anlamlı bir fark yaratmamıştır. Bu bulgu, evli ve bekar bireylerin kanser tedavi sürecinde benzer seviyelerde psikolojik yüklenmeye maruz kaldıklarını göstermektedir. Benzer şekilde, eğitim seviyesi ile IES-R skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak eğitim seviyesi düştükçe yeniden yaşama belirtilerinin artma eğilimi gözlemlenmiştir. Bu sonuç, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin başa çıkma stratejilerinin daha sınırlı olmasıyla ilişkili görülmesi mümkündür.

Baş çıkma stratejileri incelendiğinde, bireylerin en fazla aile desteği ve din/maneviyat boyutlarına yöneldiği gözlemlenmiştir. Bu sonuç, toplumda aile desteğinin ve dini inançların psikolojik dayanıklılığı artırdığına yönelik algıyı destekler niteliktedir. Din ve manevi başa

çıkma mekanizmalarının kullanımı kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre daha fazla dini ve manevi başa çıkma stratejilerine başvurduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin gelir durumu ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiye bakıldığında, en düşük ve en yüksek gelir grubundaki bireylerin kaçınma stratejilerini daha fazla kullandığı gözlemlenmiştir. Orta gelir grubundaki bireylerin ise diğer gruplara göre daha az başa çıkma stratejisi kullandığı belirlenmiştir. Bu durum, ekonomik kaygıların bireylerin psikolojik dayanıklılığını etkileyebileceği ihtimalini göstermektedir. Bakım verenlerin yerleşim yeri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise köyde yaşayan bireylerin aile desteğini daha fazla algıladığı ancak kaçınma ve ayrışma stratejilerine daha fazla yöneldikleri görülmüştür. Çalışmada anlamlı düzeyde ilişkili bulunmasa da bu durum, köy ortamında sosyal bağların güçlü olması ancak aynı zamanda psikolojik destek hizmetlerine erişim zorluklarının bulunması ile açıklanabilir (Aycan & Eskin, 2006).

Bakım verilen çocuğun yaşına ve cinsiyetine göre yapılan analizlerde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak çocuğun yaşının artmasıyla kaçınma eğiliminde bir artış ve aile desteği algısında dalgalanmalar gözlemlenmiştir. Ayrıca, kız çocuklarına bakım veren bireylerin özel duygusal paylaşıma daha fazla yöneldiği belirlenmiştir. Bu bulgular, bakım verenlerin çocukların yaşına ve cinsiyetine bağlı olarak farklı psikososyal ihtiyaçlara sahip olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, aile desteği algısında da yaşa bağlı değişimler gözlemlenmiş; özellikle çocuğu 13-15 yaş aralığında olan bakım verenlerin aile desteği algılarının en yüksek olduğu ancak çocuğu 16-18 yaş arasında olan bakım verenlerin aile desteği algılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulgularına göre, bakım verilen çocuğun kanser türü ve güncel sağlık durumu bakım verenlerin stres seviyelerini ve başa çıkma mekanizmalarını farklı şekilde etkileyebildiği görülmüştür. Ancak yapılan analizler sonucunda çocuğun kanser türü ile travma sonrası stres belirtileri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bununla birlikte, kemik tümörü, germ hücreli tümör ve rabdomyosarkoma tanısı almış çocukların bakım verenlerinin diğer gruplara göre daha yüksek yeniden yaşama ve kaçınma düzeylerine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Çocuğun güncel sağlık durumu açısından değerlendirildiğinde, süresi öngörülemeyen tedavi sürecinde olan çocukların bakım verenlerinde stres düzeylerinin daha yüksek olduğu, başa çıkma stratejilerini ise daha düşük düzeyde kullandıkları görülmüştür. Buna karşılık, çocuğu tamamen iyileşmiş olan bakım verenlerin stres seviyeleri daha düşük bulunmuştur. Özellikle

yeni tanı alan çocukların bakım verenleri daha yüksek aile desteği algısına sahipken, süresi öngörülemeyen tedavi süreci devam eden bakım verenlerin aile desteği algılarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hastalığı nüks eden çocukların bakım verenlerinde, stres belirtilerinin daha yüksek olduğu ve kaçınma-ayrışma davranışlarına daha fazla sergilendiği görülmüştür. IES-R puanları incelendiğinde, hastalığı nüks eden çocukların bakım verenlerinin toplam puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Başa çıkma stratejileri açısından nüks eden ve etmeyen gruplar arasında farklılıklar incelenmiştir. Kaçınma ve Ayrışma alt boyutunda ise hastalığı nüks eden grubun ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu, hastalığı nüks eden çocukların bakım verenlerinin stresle başa çıkarken kaçınma ve ayrışma davranışlarını daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Bu bulgular, hastalığı nüks eden çocukların bakım verenlerinin genel olarak daha yüksek travma sonrası stres belirtileri gösterdiğini, özellikle kaçınma ve ayrışma stratejilerini daha fazla kullandıklarını ortaya koymaktadır. Hastalığı nüks etmeyen grubun, kabul ve yeniden yapılandırma stratejilerini daha fazla kullandığı görülmüştür.

Kanser tedavisi gören veya görmüş çocuklara bakım veren bireylerin travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri açısından çocuğun kardeş sayısına göre elde edilen bulgular, genel olarak çocuğun kardeş sayısının travma sonrası stres belirtileri ve başa çıkma stratejileri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak din ve maneviyat alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir. İki kardeşi olan grubun, diğer gruplara göre daha yüksek din ve maneviyat skorlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgu, kardeş sayısının bireylerin başa çıkma mekanizmalarında din ve manevi başa çıkma stratejilerinin kullanılmasına katkı sağlayabileceğini ortaya koymaktadır.

Hanede başka bir kronik veya kalıtsal hastalık tanılı bireyin bulunması, bakım verenlerin stres seviyelerini artırabildiği bulgularla desteklenmiştir. Hanesinde başka bir kronik hastalık bulunan bakım verenlerin Aşırı Uyarılma puanları, bulunmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bu bulgu, evde başka bir hasta bireyin olmasının, bakım verenlerin fizyolojik ve psikolojik olarak daha fazla tetikte olmasına yol açabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda başa çıkma stilleri incelendiğinde Kaçınma ve Ayrışma boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Hanede başka bir kronik hastalık bulunan bireylerin Kaçınma ve Ayrışma puanları olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, hanede birden fazla

hastalık durumunun varlığının, bakım verenlerde kaçınma davranışlarının artmasına yol açabileceğini göstermektedir Aşırı Uyarılma ve Kaçınma ve Ayırışma alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunması, evde birden fazla hastalığın bulunmasının psikolojik etkilerini ortaya koymaktadır (Toros vd., 2002).

Kanser tanısı almış çocuklara bakım veren bireylerin travma sonrası stres belirtileri ile kolektivist başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi ile elde edilen bulgular, travma sonrası stresin bazı kolektivist başa çıkma stratejileri ile anlamlı bir ilişki gösterdiğini ancak bu ilişkilerin yönü ve gücünün değişkenlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Travmatik olayları yeniden yaşama ile kolektivist başa çıkma stratejileri arasında genel olarak zayıf korelasyonlar bulunmuştur. Yeniden yaşama, kabul ve yeniden yapılandırma ile pozitif ilişki göstermektedir ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu durum, travma yaşayan bireylerin olumsuz duygularını kabullenme ve yeniden yapılandırma stratejisini sık kullanmadığını göstermektedir. Kaçınma boyutu, kaçınma ve ayırışma başa çıkma stratejisi ile anlamlı bir şekilde pozitif ilişkilidir. Bu bulgu, travma yaşayan bireylerin sosyal ve duygusal olarak uzaklaşma eğiliminde olduklarını desteklemektedir. Nitekim, önceki çalışmalar da travma sonrasında kaçınma davranışının yaygın olduğuna ve bireylerin psikolojik olarak kopma eğiliminde olduklarına dikkat çekmektedir (Kazak vd., 2005).

Aşırı uyarılma boyutunun ise aile desteği ile negatif bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Aile desteğinin artmasının, bireylerin aşırı uyarılma belirtilerini hafifletebileceği düşünülmektedir. Bu bulgu, aile desteğinin travma sonrası psikolojik sağlığa olumlu etkisinin olabileceği algısını destekler niteliktedir. Toplam IES-R puanı ile kolektivist başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkilere bakıldığında, en belirgin ilişkinin kaçınma ve ayırışma ile olduğu görülmüştür. Bu da travma yaşayan bireylerin zamanla sosyal ve duygusal olarak uzaklaşma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Benzer şekilde, özel duygusal paylaşımlar da travma belirtileri ile anlamlı bir ilişki göstermiştir ancak bu ilişkinin gücü oldukça zayıftır. Başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kabul ve yeniden yapılandırma ile diğer başa çıkma mekanizmaları arasında güçlü pozitif ilişkiler görülmektedir. Bu bulgu, bireylerin başa çıkma stratejilerinin birbirini destekleyici ve tamamlayıcı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları, travma sonrası stres belirtileri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkilerin karmaşık ve değişken olduğunu göstermektedir. Özellikle kaçınma ve ayırışma stratejilerinin travma belirtileri ile en yüksek korelasyon gösteren faktör olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve

bireylerin etkili başa çıkma stratejileri kazanmaları konusunda müdahalelerin önemli olduğunu ortaya koymaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser tanısı almış çocuklara bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin, travma belirtilerinin ve kolektivist başa çıkma stillerinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultunda çeşitli sonuçlara ulaşılmış ve saha deneyimleri ışığında bakım verenlere sunulabilecek destekler ve güçlendirilmesi ya da arttırılması gereken kaynaklar için çeşitli öneriler aşağıda sunulmuştur.

Araştırma bulguları, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğunu, yoğun stres altında olduklarını ve bakım verme sürecinde sosyal destek mekanizmalarına büyük oranda ihtiyaç duyduklarını ortaya koymuştur. Sosyodemografik değişkenlerin, bakım verenlerin travma belirtileri ve başa çıkma stilleri üzerindeki etkisini anlamak amacıyla yapılan analizler, belirli grupların daha yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, kolektivist başa çıkma stillerinin özellikle aile desteği, din ve maneviyat gibi faktörlerle ilişkilendirildiği tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturması toplumsal cinsiyet rollerinin bakım hizmetleri üzerindeki etkisini bir kez daha gözler önüne sermektedir. Kadınlar, geleneksel olarak aile içindeki bakım rollerini üstlenmekle yükümlü görülmekte ve bu durum, onların fiziksel, duygusal ve ekonomik yüklerini artırmaktadır. Dolayısıyla, bakım veren kadınlar hem bireysel hem de toplumsal düzeyde desteklenmelidir. Öncelikle bakım veren kadınların psikolojik dayanıklılığını artırmak adına danışmanlık ve destek gruplarına erişimleri kolaylaştırılmalıdır. Ayrıca bakım sürecinin yalnızca kadınların sorumluluğunda olduğu algısı değiştirilmelidir. Erkeklerin de bakım sürecine daha fazla katılımını teşvik edecek sosyal politikalar geliştirilmelidir. Kadınların bakım yükü nedeniyle işgücünden çekilmelerini önlemek adına tüm bakım verenlere cinsiyet ayırt etmeksizin esnek çalışma saatleri, ücretli izinler ve bakım destek ödenekleri gibi uygulamalar iyileştirilmelidir.

Kanser tedavisi gören çocuklara bakım veren bireylerin ağırlıklı olarak 25-44 yaş arasında yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Bu yaş grubundaki bireylerin aktif çalışma hayatında olabileceği ve aynı zamanda ebeveynlik sorumluluklarını üstlendikleri düşünüldüğünde, bakım sürecinin hem psikolojik hem de ekonomik açıdan ek yükler getirebileceği söylenebilir. Yetişkin bakım verenlerin hem çalışma hayatında olması hem de bakım verme sorumluluğunu yerine getirmesi, şartları çok zorlayıcı olabileceği için bakım verenin iş hayatından uzaklaşması, işsiz kalması ya da bakım verme sorumluluğunu gerekli standartları koruyarak

yapamamasından kaynaklı suçluluk duygusu hissetmesine sebep olabilir. Bu kapsamda bakım verenlerin çalışma hayatı da dikkate alınarak destek mekanizmalarının yeniden yapılandırılması elzemdir. Çalışma yaşındaki bakım verenlerin iş ve bakım sorumluluklarını dengeleyebilmeleri için kamu ve özel birçok işyerinde elverişli izin koşulları, refakatçi izinleri başta olmak üzere çeşitli bakım dostu politikalar iyileştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

Kanser tanılı çocuklara bakım veren bireylerin genellikle evli olduğu bulgusu, evlilik birliğinin bu süreçte önemli bir destek mekanizması sunduğunu göstermektedir. Eşler arasındaki dayanışma, duygusal destek ve iş bölümü, bakım sürecinin daha etkin yönetilmesine katkı sağlayabilmektedir. Ancak uzun süreli stres, kaygı ve bakım yükü, evlilik ilişkisini olumsuz etkileyebilme ihtimali bulunmaktadır. Bu nedenle bakım veren çiftlerin ilişkilerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için destekleyici müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırma aynı zamanda aile desteğinin kolektivist başa çıkma stilleri arasında önemli bir rol oynadığını da göstermektedir. Bu nedenle, bakım verenlerin aile ve sosyal çevrelerinden daha fazla destek alabilmeleri için gerekli sistemleri harekete geçirmek önemlidir. Aile danışmanlığı, bu süreçte çiftlerin yaşadığı psikolojik ve duygusal zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olabilecek bir destektir. Aile danışmanlığı kapsamında bakım veren çiftlere; psikolojik dayanıklılığı arttırıcı psikoeğitim programları, iletişim becerilerini güçlendirici danışmanlık hizmetleri, duygusal destek mekanizmalarını iyileştirmek için rehberlik desteği gibi çeşitli önemli kaynaklar sunulabilmektedir. Bakım sürecinin getirdiği zorluklara rağmen güçlü bir aile yapısının aile danışmanlığı gibi önemli desteklerle korunması hem bakım verenler hem de çocuk için olumlu sonuçlar doğuracaktır.

Aile danışmanlığı, aile içi dinamikleri güçlendirmeyi, kolektivist başa çıkma stillerini desteklemeyi ve aile bütünlüğünün korunmasını amaçlayan kapsamlı bir müdahale alanı olarak dikkat çekmektedir. Çocukluk çağı kanserleri gibi travmatik ve kronik hastalık süreçlerinde, aile üyelerinin birbirleriyle kurdukları etkileşim biçimleri ve destek mekanizmaları önemli ölçüde değişebilmektedir. Bu süreç, aynı zamanda kolektivist kültürel değerlerin öne çıktığı toplumlarda ailenin dayanışma, iş birliği ve karşılıklı yardımlaşma pratiklerine de yansımaktadır. Bakım verenlerin yaşadığı kaygı, depresyon ve travmatik stres semptomlarını hafifletmeye yönelik sistematik müdahaleleri mümkün kılacak önemli bir kaynak olarak aile danışmanlığı görülebilmektedir. Aile danışmanlığı, aile üyelerinin kültürel olarak değer verdikleri bu yardımlaşma pratiklerini ortaya çıkarabildiği gibi bu pratikleri daha işlevsel bir biçimde kullanmalarına yardımcı olabilmektedir. Aynı zamanda rol dengesini sağlayıp aile

bireylerinin birbirlerine karşı duyduğu öfke, suçluluk veya yetersizlik hislerini azaltarak aile bütünlüğüne katkıda bulunmaktadır.

Aile danışmanlığı bir kaynak olarak aile içerisine ve bakım verme sürecine dahil edildiğinde; aile danışmanlığına düzenli aralıklarla devam edilmesiyle bakım döneminde aile içerisinde ortaya çıkan sorunların erken dönemde tespitine ve çözümüne olanak sağlanabilir, aile üyelerinin baş etme stratejilerini zenginleştirebilir ve kriz durumlarına hazırlıklı olmalarını sağlanabilir, kolektivist kültürlerde, akrabalık ilişkileri ve topluluk desteği, bakım verenin yalnızlık duygusunu azaltarak iyilik hâline olumlu katkıda bulunulabilir. Aile üyelerinin birbirlerine verdiği sosyal desteği artırarak hem bakım verenin hem de ailenin genel iyilik hâline katkıda bulunulması oldukça önemlidir. Böylece aile bütünlüğü korunmakta ve çocuğun tedavi süreci daha sağlıklı bir psikososyal zeminde ilerleyebilmektedir.

Araştırmada, kanser tanılı çocuklara bakım veren bireylerin genellikle ilkökul, ortaokul ve lise eğitim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini, hastalıklarla başa çıkma yetilerini ve tedavi süreçlerine aktif katılımlarını doğrudan etkileyen bir faktördür. Böylesi önemli bir alanda bakım verenlere yönelik sağlık okuryazarlığını artırıcı eğitim programlarının kolay erişilebilir şekilde düzenlenmesi, karmaşık tıbbi bilgileri daha anlaşılır hale getirmek için basit, anlaşılır ve görselleştirilmiş bilgilendirici materyallerin hazırlanarak kamusal alanlarda sergilenmesi, bakım verenlere yönelik destek grupları oluşturularak bu gruplar aracılığıyla deneyim paylaşımı sağlanıp eş zamanlı çeşitli sosyal hizmetlerin sağlanması büyük önem taşıyacaktır. Makro ölçekte bilinçlendirme ve farkındalık çalışmaları yürüten sivil toplum kuruluşları da alana özgü doğru bilgi üretimlerini arttırmalı ve erişilebilir platformlarda bakım verenler ile buluşturmaya etkin bir şekilde devam etmelidir.

Kanser tanılı çocuklara bakım verenlerin genellikle düşük ya da orta gelir seviyesinde olması psikososyal ve sağlık hizmetlerine erişim konularında çeşitli zorluklara yol açabilmektedir. Gelir düzeyinin sınırlı olması, ailelerin tedavi sürecinde ciddi finansal yükler altına girmesine neden olmakta bu da uzun vadede hane ekonomisini olumsuz etkileyebilmektedir. Tedavi süreci boyunca bakım verenlerin çalışamaması veya iş gücünden çekilmesi, ekonomik sıkıntıları daha da derinleştirmektedir. Düşük gelir seviyesine sahip ailelerde, psikososyal destek mekanizmalarına erişim de kısıtlı olabilmektedir. Psikolojik destek almanın maliyetli olması ve bu hizmetlerin her bölgede eşit şekilde sunulmaması, bakım

verenlerin stres, depresyon ve tükenmişlik yaşama riskini artırabilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim de gelir seviyesi ile doğrudan ilişkilidir. Ekonomik düzeydeki dezavantajlar tedavi sürecinde aksamalar yaşanmasına ve bazı durumlarda yetersiz bakım koşullarına yol açabilmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan aileler için hastanelere ulaşım ve tedavi süresince konaklama gibi ek masraflar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda, öncelikle, devlet ve sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan finansal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Psikososyal destek programları yaygınlaştırılarak düşük gelirli ailelerin ücretsiz psikolojik destek hizmetlerine erişimi artırılmalıdır. Aynı zamanda çocuğun ve bakım verenlerin düzenli gereksinim analizlerinin yapılabilmesi için ailelere sosyal hizmet desteği kesintisiz olarak ulaştırılmalıdır.

Araştırma bulgularına göre, kanser tanılı çocuklara bakım veren ailelerin çoğunlukla çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmüştür. Aile içinde psikososyal destek sağlanması oldukça önemlidir. Ayrıca hastalık sürecinde evde herhangi bir sağlık hassasiyeti olmayan kardeşlerin de psikolojik ve duygusal olarak etkilenebileceği unutulmamalıdır. Kardeşlerin duygularını ifade edebileceği destekleyici ortamlar oluşturulmalı, onların ihmal edilmemesi için bakım verenler bilinçlendirilmelidir. Bunun için aile içi açık iletişim teşvik edilmeli, sağlıklı kardeşlere bireysel zaman ayrılmalı ve onların duygusal ihtiyaçlarına duyarlı yaklaşılmalıdır. Hane içerisinde duygusal iyilik hali gözetilmeli ve bu süreçte kardeşlerin de unutulmadığı hissettirilmelidir.

Kanser tanısı alan çocuklar, tedavi süreçleri nedeniyle eğitim hayatlarından uzaklaşmakta ve bu durum onların akademik gelişimlerini olumsuz etkilemektedir. Okula devam edememeleri, yalnızca akademik başarılarını değil, aynı zamanda sosyal gelişimlerini de sekteye uğratmaktadır. Uzun süreli hastane yatışları, bağışıklık sistemini koruma zorunluluğu ve tedavi süreçlerinin getirdiği fiziksel ve psikolojik yorgunluk nedeniyle çocuklar okuldan ve akranlarından izole olmaktadır. Bununla birlikte çocuğun okula gidememesi ve sosyal çevreden uzaklaşması, bakım verenlerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım verenlerin ve diğer aile üyelerinin, çocukların yaşadığı bu zorlukları doğrudan deneyimledikleri için stres, kaygı ve duygusal tükenmişlik yaşayabilmeleri ve psikolojik destek ihtiyacı hissedebilmeleri mümkündür. Bu nedenle uzaktan eğitim, hibrit eğitim, evde ve hastanede eğitim desteklerinin çocuklara sunulması önemlidir. Söz konusu desteklerin etkinliğinin artırılması ve erişilebilir olması yüksek önem taşımaktadır.

Çocukluk çağı kanserlerinde tedavi süresinin uzunluğu yadsınamaz bir gerçektir. Hastalığın nüks durumunda bu sürenin daha da uzaması muhtemeldir. Bu durum, yalnızca fiziksel sağlık açısından değil, psikososyal gelişim açısından da önemli sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle nüks eden vakalarda, tedavi masraflarının artması ve uzun süren hastane süreçleri, ailelerin psikolojik ve finansal dayanıklılığını azaltabilmektedir. Sosyal destek gereksinimi tedavinin süresi ile doğru orantılıdır. Tedavi süresinin artması sosyal destek arayışının da süresini uzatabilmektedir. Bu araştırma da özellikle olayın etkisinde yeniden yaşama belirtilerinin yaygınlığına dikkat çekmekte ve psikolojik destek ihtiyacının bu yönde önceliklendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu noktada, ailelere yönelik sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve sosyoekonomik destek programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Araştırmada kanser tanısı almış çocuğa bakım verenlerin hanelerinde başka bir kronik hastalığa sahip bir kişinin daha bulunması durumunda travma ve stres seviyelerinin arttığı ortaya koyulmuştur. Bu bulgu, aile içindeki sağlık yüklenmesinin ruhsal ve psikolojik etkilerini anlamak açısından önemlidir. Kanser tanısı almış bir çocuğun bakımı zaten yoğun bir dikkat ve duygusal dayanıklılık gerektirirken ek bir kronik hastalık varlığı bu yüklenmeyi daha da artırabilmektedir. Bu noktada bakım verenin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını desteklemek önem kazanmaktadır. Aile içindeki psikolojik dayanıklılığı artırmak için bireysel ve aile terapileri teşvik edilmesi bu noktada düşünülmektedir. Aynı zamanda bakım yükünü azaltmak için geçici bakım hizmetleri ve destekleyici bakıcı sistemleri yaygınlaştırılmalıdır. Araştırma bulguları, bakım verenlerin karşı karşıya kaldığı çift yüklenmenin ruhsal ve fiziksel etkilerini vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin, sosyal hizmetlerin ve destekleyici politikaların bu ihtiyaçlara yönelik olarak yapılandırılması önemlidir.

Araştırmadaki başka bir bulgu da tedavi amacıyla yapılan sağlık göçü oranının yüksek olduğu yönündedir. Kanser tanısı alan çocuklara bakım verenlerin yüksek oranda sağlık göçü yaparak farklı bir şehre tedavi amacıyla gitmeleri, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal destek mekanizmaları ve ekonomik yük açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bu durum, özellikle gelişmiş sağlık altyapısına sahip büyük şehirlerde yoğunlaşan tedavi imkanlarının, kırsal veya sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu bölgelerdeki bakım verenler için ulaşılabilir olmadığını göstermektedir. Sağlık göçü yapan aileler, tedavi sürecinde hem ekonomik hem de psikososyal zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Konaklama, ulaşım ve günlük yaşam giderleri gibi ek maliyetler, aileler için önemli bir maddi yük oluştururken, uzun süreli şehir değişiklikleri bakım verenlerin iş hayatlarını da olumsuz etkileyebilmektedir. Bunun yanı sıra,

sosyal destek sistemlerinden uzaklaşan aileler, duygusal ve psikolojik açıdan daha büyük stres ve kaygı yaşayabilmektedir. Bu bağlamda özellikle sağlık göçünün yoğun olduğu bölgelerde, çocukluk çağı kanserleri alanında uzmanlaşmış sağlık birimlerinin ve multidisipliner ekiplerin oluşturulması, sağlık çalışanlarının bu zorlu alanı tercih etmelerini destekleyici politikalar geliştirilmesi ailelerin sağlık göçü yapma gerekliliğini azaltabilecektir. Aynı zamanda sağlık göçü yapan ailelerin barınma ve ulaşım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla devlet destekli misafirhaneler ve konaklama merkezleri artırılmalıdır. Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'nın "Aile Evleri" ismiyle sunduğu gibi konaklama hizmeti verilen destek merkezlerinin sayısı sivil toplum kuruluşlarınca arttırılmalıdır. Bu tarz merkezlerde sağlık göçü yapan bakım verenlerin güvende hissetmesi, sağlık standartlarının ve aile bütünlüğünün korunması ve deneyim paylaşımı yaparak psikososyal iyilik hallerini destekleyici bağlar kurması oldukça önemlidir. Ayrıca sağlık göçü yapan ailelerin aile danışmanlığı desteğiyle ve sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla tedavi sürecine uyumları kolaylaştırılmalıdır.

Bu çalışmanın sonuçları, bakım verenlerin psikososyal durumlarına dair önemli veriler sunmaktadır. Ancak gelecekte yapılacak çalışmaların daha geniş örneklem gruplarıyla gerçekleştirilmesi, farklı kültürel bağlamlarda incelenmesi ve bakım verenlerin uzun vadeli psikososyal süreçlerinin daha detaylı olarak analiz edilmesi faydalı olacaktır. Ayrıca uzun süreli takip çalışmaları yapılarak bakım verme sürecinin ruh sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri araştırılması tavsiye edilmektedir.

Sonuç olarak kanser tanısı almış çocuklara bakım verenlerin psikososyal destek mekanizmalarına erişimlerini artırmak, toplumsal farkındalık oluşturmak, psikolojik iyi oluşlarını güçlendirmek ve aile sisteminin korunması sağlamak amacıyla multidisipliner yaklaşımlara dayalı programların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bakım verenlerin yükünü azaltmak, sağlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini artırmak için sağlık, sosyal hizmet ve eğitim politikalarının bütünleşmiş bir şekilde yürütülmesi büyük önem taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060.
- Akcanbaş, M. (2022). *Travma ve Psikolojisi* (1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ayar, D., Bulut, A., Karasu, F., & Bulut, A. (2022). Organ Naklinde Alıcı ve Vericinin Kolektivist Başa Çıkma Stilleri ile Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(1), 82-90.
- Aycan, Z., & Eskin, M. (2006). Child and Family Characteristics as Predictors of Psychological Distress in Turkish Children. *International Journal of Psychology*, 41(4), 345-357.
- Aygüneş, U., Karagün, B., Nacar Baş, H., Şaşmaz, H. İ., Dağ, H., Göktaş, B., & Antmen, A.B. (2023). Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Kaygı Yükünün İncelenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 24(1), 77-82.
<https://doi.org/10.18229/kocatepetip.995992>.
- Bostancı, N., Duruhan, Ö., & Eyüboğlu, Ö. (2007). Kanserli Çocuğun Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15(60), 165-172.
- Çimen, S. (2020). Öldürmeyen Acı Güçlendirir mi? Travma Sonrası Büyüme ve Kolektivistik Başa Çıkma Stillerinin İlişkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3(5).
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Çorapçıoğlu, A., Yargıç, İ., Geyran, P. ve Kocabaşoğlu, N. (2006, January). "Olayların Etkisi Ölçeği"(IES-R) Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *New/Yeni Symposium: Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 44(1), 14-22.

- Coşkun Şimşek, D., & Günay, U. (2023). Çocuğun Kansere Olmasının Aile Üzerindeki Etkisi: Anne-Baba Bakış Açısıyla. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 139-154. <https://doi.org/10.52369/togusagbilderg.1187321>.
- Deniz, E. B. (2022). Kanser Epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), Article 2.
- Deniz, M. E., & Yılmaz, E. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zeka ve Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(25), 17-26.
- Heppner, P., Heppner, M., Lee, D.-G., Wang, Y.-W., Park, H., & Wang, L. (2006). Development and Validation of a Collectivistic Styles Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 107-125. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.107>
- Johnston, W. T., Erdmann, F., Newton, R., Steliarova-Foucher, E., Schüz, J., & Roman, E. (2021). Childhood Cancer: Estimating Regional and Global Incidence. *Cancer Epidemiology*, 71, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101662>.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). *Günümüzde İnsan ve İnsanlar*. Evrim Yayınları.
- Kanserli Çocuklara Umut Vakfı: Çocukluk Çağı Kanseri. (2020). <https://kacuv.org/pdf/Yayinlar/UPS-Cocukluk-Cagi-Kanserleri-Bilgilendirme-Brosurleri/Cocukluk-Cagi-Kanserleri.pdf>.
- Kanserli Çocuklara Umut Vakfı: Çocuk ve Hastalık. (2020). <https://kacuv.org/pdf/Yayinlar/UPS-Cocukluk-Cagi-Kanserleri-Bilgilendirme-Brosurleri/cocuk-ve-hastalik.pdf>.
- Kara, R., Gümüş, M., & Başbakkal, Z. (2023). Kanserli Çocuğa Bakım Veren Ebeveynlerin Yaşadıkları Bakım Yüğü ve Zorluklar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(2), 234-246. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.1057807>.
- Karasar, N. (2024). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramsal İlkeler Teknikler* (39. bs). Nobel Akademik Yayıncılık.

- Kazak, A. E. (2005). Evidence-Based Interventions for Survivors of Childhood Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 29-39.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi013>.
- Kazak, A. E., Alderfer, M., Barakat, L., Hocking, M. C., Rourke, M. T., & Gallagher, P. (2018). Posttraumatic stress in survivors of childhood cancer and mothers: Developmental and contextual influences. *Journal of Family Psychology*, 32(1), 56-67.
- Kılıç, Ö., & Günaydın, N. (2019). Onkoloji Hastalarının Travmatik Bilişleri ve Dünyaya İlişkin Varsayımları. *Ordu Üniversitesi*.
- Koşan Yurtseven, İ. (2018). *Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Köse, S., Türköz Arar, A., & Yıldırım, G. (2019). Kanser Tanısı Konmuş Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım Yükleri İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 282-287.
<https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.282>.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C., & Demir, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3), 149-153.
- Küçük, S., Uzun, Z., & Işık Eyyuplu, S. (2020). Kemoterapi Tedavisi Alan Çocukların Bakım Vericilerinin Tedaviye Bağlı Komplikasyonlara Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 87-94.
<https://doi.org/10.31125/hunhemsire.763126>.
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: The impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 20(8), 1261-1269.
- Özcan, C., & Yıldız, D. (2022). *Çocukluk Çağı Travma Öyküsüne Sahip Yetişkin Bireylerde Kolektivist Başa Çıkma Stillerinin Travma Sonrası Büyümeyle Olan İlişkisinin İncelenmesi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi.

- Özen, Y. (2017). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117. <https://doi.org/10.30520/tjsosci.350160>.
- Özyürek Ucael, D. (2024). *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi (2023/2024-29)* [Post]. Dünya Kanseri Günü. <https://halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kansergunu2024.pdf>.
- Semerci, R., & Pehlivan, T. (2023). Pediatrik Onkoloji Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Psikososyal Girişimlerin Ruhsal Semptomlara Olan Etkisi: Sistemik Bir Derleme, Türkiye Örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 487-496. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1126887>.
- Toros, F., Tot, Ş., & Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 240-247.
- Türkiye Kanseri İstatistikleri* (ss. 1-50). (2025). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı.
- Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Aile. (2022). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2022-49683>.
- Uğurlu, Z. (2020). *Pediatrik Onkoloji Hastalarının Annelerinin Bakım Yüğü, Algıladıkları Sosyal Destek, Ebeveyn Yetkinliği ve Sosyal Hizmet Gereksinimlerinin İncelenmesi: Bir Karma Yöntem Araştırması* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Van Oort, L., Tissing, W. J. E., Van de Wetering, M. D., & Van de Loo, M. A. (2018). *Posttraumatic stress symptoms in parents of childhood cancer survivors: A systematic review*. *Psycho-Oncology*, 27(2), 315-323.
- Yazıcı, H., Altun, F., Şahin, M., Tosun, C., Pekdemir, Ü., & Bulut Yazıcı, E. (2017). Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanterinin Türk Kültürüne Uyarlanması. *Journal of Mood Disorders*, 7(2), 93-103.

Yıldız, İ. (2008). *Çocuk Kanseri* (1. Baskı). KAÇUV.



EK – 3 Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Bu çalışma; Üsküdar Üniversitesi Aile Danışmanlığı Yüksek Lisans programında araştırmacının tez çalışması için yapılmaktadır. Aşağıda kanser tanısı almış çocuğun yetişkin bakım verenlerinin süreçteki duygusal etkilenme düzeylerini değerlendirirken bakım verme sürecindeki kişilerin geliştirdiği başa çıkma stillerinin incelenmesi amacıyla hazırlanan sorulara yer verilmektedir. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Bu ankette yer alan soruları bakım vereni olduğunuz kanser tanısı almış çocuğu düşünerek cevaplamanızı rica ederiz. Soruların tümünü samimiyetle cevaplamanızı diler katkı ve katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1- Yaş aralığınızı seçiniz.

- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55-64
- ☐ 65 ve üzeri

2- Cinsiyetinizi seçiniz.

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3- Medeni durumunuzu seçiniz.

- ☐ Evli
- ☐ Bekâr
- ☐ Boşanmış
- ☐ Diğer

4- Eğitim düzeyinizi seçiniz.

- ☐ Okur-yazar değil
- ☐ Okur-yazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Ön Lisans
- ☐ Lisans
- ☐ Lisansüstü

5- Mesleğinizi yazınız. -----

6- Çalışma durumunuzu seçiniz.

- ☐ Çalışıyorum
- ☐ Çalışmıyorum

7- Çalışıyorsanız çalıştığınız sektörü seçiniz.

- ☐ Kamu
- ☐ Özel
- ☐ Çalışmıyor

8- Hane halkı gelir düzeyinizi seçiniz.

- ☐ 19.000 TL altı
- ☐ 19.000 – 62.000 TL arası
- ☐ 62.000 TL üzeri

9- Ailenizin bir aylık toplam geliri ihtiyaçlarınızı karşılamada yeterli midir?

- ☐ Evet, yeterli.
- ☐ Hayır, yeterli değil.

10- Ailenizdeki kişi sayısını seçiniz.

- ☐ 2-5
- ☐ 6-9
- ☐ 10 ve üzeri

11- Aile türünüzü seçiniz.

- ☐ Çekirdek aile (anne-baba ve çocuklardan oluşan aile)
- ☐ Geniş aile (anne-baba, çocuklar ve yakın akrabalarından oluşan aile)
- ☐ Tek ebeveynli aile (sadece anne ya da sadece babanın ve çocukların olduğu aile)

12- Yaşadığınız yerin türünü seçiniz.

- ☐ Şehir merkezi
- ☐ İlçe
- ☐ Kasaba
- ☐ Köy
- ☐ Yayla

13- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun yaş aralığını seçiniz.

- ☐ 0-3 yaş
- ☐ 4-6 yaş
- ☐ 7-12 yaş
- ☐ 13-15 yaş
- ☐ 16-18 yaş

14- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun cinsiyetini seçiniz.

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

15- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun ilk tanı aldığı yılı seçiniz.

- ☐ 2006
- ☐ 2007
- ☐ 2008
- ☐ 2009
- ☐ 2010
- ☐ 2011
- ☐ 2012
- ☐ 2013
- ☐ 2014
- ☐ 2015
- ☐ 2016
- ☐ 2017
- ☐ 2018

- ☐ 2019
- ☐ 2020
- ☐ 2021
- ☐ 2022
- ☐ 2023
- ☐ 2024

16- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun tanısını seçiniz.

- ☐ Lösemi
- ☐ Lenfoma
- ☐ Sinir sistemi tümörü
- ☐ Nöroblastom
- ☐ Wilms tümörü
- ☐ Rabdomyosarkoma
- ☐ Kemik tümörü
- ☐ Germ hücreli tümör
- ☐ Retinoblastoma
- ☐ Karaciğer tümörü
- ☐ Diğer -----

17- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun güncel sağlık durumunu seçiniz.

- ☐ Yeni tanı aldı.
- ☐ Süresi öngörülebilir tedavi devam ediyor.
- ☐ Süresi öngörülemez tedavi devam ediyor.
- ☐ Kontrolleri devam ediyor.
- ☐ İdame döneminde.
- ☐ Tamamen iyileşti.
- ☐ Diğer -----

18- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun hastalığı, tanısının ilk teşhis edildiği yıldan itibaren nüksetti mi?

- ☐ Hayır, nüksetmedi.
- ☐ Evet, nüksetti.

19- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun farklı bir kronik hastalığı ya da engellilik durumu var mıdır?

- ☐ Hayır, yok.
- ☐ Evet, var.

20- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun sahip olduğu tanı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet, yeterince bilgi sahibiyim.
- ☐ Hayır, yeterince bilgi sahibi değilim.

21- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun kardeş sayısını seçiniz.

- ☐ Kardeşi yok.
- ☐ 1 kardeşi var.
- ☐ 2 kardeşi var.
- ☐ 3 kardeşi var.
- ☐ 4 ve üzeri kardeşi var.

22- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuk dışında ailede farklı bir kronik ya da kalıtsal hastalığı olan başka biri aile üyesi var mıdır?

- ☐ Hayır, yok.
- ☐ Evet, var.

23- Tedavi gören ya da tedavi görmüş çocuğun tedavisi için farklı bir şehre gittiniz mi ya da gidiyor musunuz?

- ☐ Evet, tedavi için farklı bir şehre gittik/gidiyoruz.
- ☐ Hayır, tedavi için farklı bir şehre gitmedik/gitmiyoruz.



EK – 4 Olayların Etkisi Ölçeği

Aşağıdaki ankette yer alan soruları bakım vereni olduğunuz çocuğun hastalık tanısı üzerinden düşünerek cevaplayınız. Anketteki sorularda bahsi geçen olay, bakım vereni olduğunuz çocuğun kanser tanısı almasıdır. Aşağıdaki anketlerdeki ifadelerin doğru ya da yanlış yanıtları yoktur. Önemli olan sizin kendi görüşlerinizi açık ve dürüst bir şekilde ifade edebilmenizdir. Aşağıdaki davranışların size uygunluk ya da sizi tanımlama derecesini seçiniz. Aşağıdaki davranışlardan herhangi biri size hiç uygun değilse 0'ı, biraz uygunsa 1'i, orta derecede uygunsa 2'yi, fazla uygunsa 3'ü, çok fazla uygunsa 4'ü işaretlemenizi rica ederiz. Anketteki ifadeleri okuyup size en uygun gelen yanıt seçeneğini işaretleyebilirsiniz.

0	1	2	3	4
HİÇ	BİRAZ	ORTA	FAZLA	ÇOK FAZLA

1. Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.	0	1	2	3	4
2. Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.	0	1	2	3	4
3. Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.	0	1	2	3	4
4. Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5. Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum.	0	1	2	3	4
6. İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4
7. Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4
8. Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
9. Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor.	0	1	2	3	4
10. Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum.	0	1	2	3	4
11. Olayı düşünmemeye çalışıyorum.	0	1	2	3	4
12. Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve bunları çözmeye çalışmıyorum.	0	1	2	3	4
13. Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi halsizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum.	0	1	2	3	4
14. Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.	0	1	2	3	4
15. Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
16. Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar.	0	1	2	3	4
17. Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4
18. Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
19. Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4
20. Olayla ilgili rüyalar görüyorum.	0	1	2	3	4
21. Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.	0	1	2	3	4
22. Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4

EK – 5 Kolektivist Başa Çıkma Stilleri Envanteri

Bu envanter iki bölümden oluşmaktadır. **Bakım vereni olduğunuz çocuğun kanser tanısı alması olayını düşünerek** aşağıdaki soruları tüm samimiyetinizle cevaplamanızı rica ederiz. Envanterde bahsi geçen olay ya da travma kavramı, bakım vereni olduğunuz çocuğun kanser tanısı almasını ifade etmektedir. Aşağıdaki ifadeleri okuyup size en uygun gelen yanıt seçeneğini işaretleyebilirsiniz.

Bölüm I. Travmatik Olay Hakkında:

01. Bu olay sizin için ne kadar sarsıcıydı?	(1).....(2)(3)(4)(5) Hiç Sarsıcı Değil Aşırı Derecede Sarsıcı
02. Bu olay (ilk olarak) ne kadar zaman önce meydana geldi?	(1)= 3 aydan daha az (2)= 4-6 ay arası (3)= 7-12 ay arası (4)= 1-3 yıl arası (5)= 4-6 yıl arası (6)= 7-10 yıl arası (7)= 11-15 yıl arası (8)= 15 yıldan daha fazla
03. Bu olay kaç kez meydana geldi?	(1)= bir (2)= iki (3)= üç (4)= dört (5)= beş veya beşten fazla

04-13. Aşağıdaki ölçütleri kullanarak, bu travmatik olayın aşağıda belirtilen yaşam alanlarınızı, genel olarak hem olayın meydana geldiği zamanda (O ZAMAN) hem de günümüzde (ŞİMDİ) ne oranda <u>etkilediğini</u> belirtiniz.		Hiç	Biraz	Orta düzeyde	Oldukça	Çok Fazla
O ZAMAN (Olay Meydana Geldiği Zaman)						
04.	Okul veya iş	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
05.	Kişiler arası ilişkiler (örn. aile, sosyal ilişkiler)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
06.	Düşünme ve karar verme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
07.	Ruh hali	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
08.	Öz saygı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ŞİMDİ (Günümüzde)		Hiç	Biraz	Orta düzeyde	Oldukça	Çok Fazla
09.	Okul veya iş	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Kişiler arası ilişkiler (örn. aile, sosyal ilişkiler)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Düşünme ve karar verme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Ruh hali	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Öz saygı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

14-17. Yandaki ölçütleri kullanarak şuan hayatınızda bu sarsıcı olayı ne kadar atlattığınız olduğunuza dair ifadelere ne derece katıldığınızı/katılmadığınızı belirtiniz		Tamamen Katılıyor	Katılıyor	Kısmen Katılıyor	Kısmen Katılmıyor	Katılmıyor	Kesinlikle Katılmıyor
14.	Bu sarsıntıyı tamamen atlattım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15.	Sarsıntı ile ilişkili anılarım beni rahatsız ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16.	Sarsıntının üzerimdeki olumsuz etkileri halen devam ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17.	Sarsıntının çok iyi bir şekilde çözümlenmiş olmasından memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Bölüm II. Travma ile Başa Çıkma Stratejileri

Aşağıda, insanların travmatik olaylara karşı kullandıkları stratejilerin bir listesi sunulmuştur. Lütfen söz konusu listedeki stratejilerin **yukarıda belirttiğiniz bakım veren olduğunuz çocuğun kanser tanısı alması olayını çözümleme** konusunda sizce ne kadar etkili ya da etkisiz olduğunu, tüm samimiyetinizle belirtiniz. Burada doğru veya yanlış cevap diye bir şey söz konusu değildir.

Lütfen her bir ifadenin **travmanızın çözümünde size ne kadar yardımcı olduğunu belirtirken** aşağıdaki alternatifleri kullanınız:

Eğer belirtilen stratejiyi **hiç kullanmadıysanız**, “Bu stratejiyi kullanmadım/ Uygun değil” anlamına gelen 0’ı işaretleyiniz. Fakat bu **stratejiyi kullandıysanız ancak yararlı bulmadıysanız**, lütfen “Kullandım fakat hiç yardımcı olmadı” anlamına gelen 1’i işaretleyiniz.

Eğer stratejiyi kullanıp yararlı bulduysanız, **size ne kadar yardımcı olduğunu** düşününüz ve “Çok az yardımcı oldu” anlamına gelen 2’den başlayıp “Çok yardımcı oldu” anlamına gelen 5’e kadar derecelendirmelerden uygun olanını işaretleyiniz.

Not: Aşağıdaki sorular size çeşitli başa çıkma stillerini ne sıklıkla kullandığınızı SORMAMAKTADIR. Lütfen her bir maddenin daha önce belirtmiş olduğunuz olayın çözümünde size ne kadar yardımcı olduğunu belirtiniz.

		Bu Stratejiyi Hiç Kullanmadım/ Uygun Değil	Kullandım Fakat Hiç Yardımcı Olmadı	Çok Az Yardımcı Oldu	Orta Düzeyde Yardımcı Oldu	Oldukça Yardımcı Oldu	Çok Fazla Yardımcı Oldu
1.	Dua ya da diğer dini ibadetler yoluyla başa çıktım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Dinim bana rehber oldu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Büyüklerim yol gösterici oldu (örn. Anne-baba veya daha yaşlı akrabalar).	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bu travmatik olayla mücadele etmenin beni geliştireceğine inandım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Travmatik olaylarla başa çıkma konusunda ailemin beklentilerine ve kurallarına uydum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Dinimden veya maneviyatımdan huzur buldum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	İtibarımı korumak için kimseyle paylaşmadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Bu travma ile başa çıkmak için büyüklerimin tecrübelerine güvendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Her şey yolundaymış gibi davrandım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Etrafımdaki bazı insanlara olumsuz duygularımı belli etmedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Zihnimi rahatlatmak için kısa bir süre de olsa travmatik yaşantım hakkında düşünmekten kaçındım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Ailemden yardım isteyebileceğimi bilmek kendime güvenimi artırdı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

13	İtibarımı zedelememek için günlük yaşamda tanımadığım bir uzmandan yardım istedim (örn. psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolog).	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Duygularımı ailemle paylaştım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Destek almak için internette insanlarla travmatik yaşantım hakkında sohbet ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	İtibarımı korumak için sorunu sadece kendi başıma irdeledim/düşündüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Travmayı kader olarak kabullendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Uzmanlardan aktif bir şekilde yardım istedim (örn. psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolog).	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Genellikle kötü durumlardan sonra iyi bir şeylerin olacağına inandım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Bu travmanın hayatımda önemli bir amaca hizmet ettiğine inandım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	Plan ve fikirlerimi gerçekleştirebileceğimi kendi kendime söyledim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	İlk olarak, travmatik olayı bana getirdikleriyle kabullenmeye çalıştım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Ailemin yardımını ve desteğini aldım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)





Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi