

T.C
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

DİYALİZ HASTALARI VE BAKIM VERENLERİNDE STRESLE
BAŞ ETME STRATEJİLERİ, SOSYAL DESTEK VE
MANEVİYAT ALGISININ TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYE
ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

CANAN KÖMÜRCÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE KUZU

ZONGULDAK

2020

T.C
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

DİYALİZ HASTALARI VE BAKIM VERENLERİNDE STRESLE
BAŞ ETME STRATEJİLERİ, SOSYAL DESTEK VE
MANEVİYAT ALGISININ TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYE
ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

CANAN KÖMÜRCÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE KUZU

ZONGULDAK

2020

KABUL VE ONAY

'Diyaliz Hastaları Ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek Ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi' başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr.. Üyesi Tülay KUZLU AYYILDIZ



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU



ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

TARİH: 17.02.2020



Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi konulu çalışmamın tamamlanması sürecinde benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Dr. Ayşe KUZU'ya,

Her daim yanımda, destekçim ve duacım olan babam Ahmet Kömürcü'ye,

Yol Arkadaşım, biriciğim canım annem Handan Kömürcü'ye,

Bu süreçte bana yardımcı olan Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Pursaklar Devlet Hastanesi'nde çalışan sevgili iş arkadaşlarıma,

Tüylü kızım, mavişim, canımın içi kedim Müezza'ya teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Canan Kömürcü, Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2020.

Bu çalışma diyaliz hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve spiritüel iyi oluş düzeylerinin travma sonrası büyümeye etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evren ve örneklemini Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Bilim Dalı'nda tedavi gören 27 hemodiyaliz 17 periton diyalizi hastası (44) ve bu hastalara bakım verenler (44) oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri diyaliz hastaları ve bakım verenleri için geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Manevi İyi Oluş Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler Statistical Package for the Social Sciences 21.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; bağımsız örneklerde t testi; tek yönlü varyans analizi, Tukey testi, Pearson korelasyon ve doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda cinsiyete göre hasta grubunda Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; yaşa göre hasta grubunda Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; medeni duruma göre hasta grubunda Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, bakım verenler grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; çocuk sahibi olma durumuna göre hasta grubunda Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, Travma sonrası büyüme, Stresle baş etme, Sosyal destek, Maneviyat algısı

ABSTRACT

Canan Kömürcü, Dialysis Patients and Caregivers, Determination of the Effects of Coping with Stress, Social Support and Perception Of Spirituality on Post Traumatic Growth, Nursing Department, Mental Health and Psychiatric Nursing Master's Program, Master Thesis, Zonguldak, 2020.

This study was conducted to determine the effects of coping strategies, social support and spiritual well-being levels on dialysis patients and caregivers on posttraumatic growth. The population and sampling of the descriptive study consisted of 27 hemodialysis 17 peritoneal dialysis patients (44) and caregivers (44) treated in Zonguldak Bülent Ecevit University Health Research and Application Center Nephrology Department. The data of the study were used in the Personal Information Form developed for dialysis patients and caregivers, Stress Coping Styles Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Spiritual Well-Being Scale, Post Traumatic Growth Scale. The collected data were evaluated in Statistical Package for the Social Sciences 21.0 program. Descriptive statistics in data analysis; t test in independent samples; one way variance analysis, Tukey test, Pearson correlation and linear regression analysis were used.

As a result of the study, in the patient group according to gender Stress Coping Styles Scale; In the patient group according to age; Post Traumatic Growth Scale, Spiritual Well-Being Scale and Stress Coping Styles Scale in the patient group according to marital status, Spiritual Well-Being Scale, Stress Coping Styles Scale in the caregiver group; According to the status of having children, the difference between the scores of Post Traumatic Growth Scale and Spiritual Well-Being Scale was significant in the patient group ($p < 0.05$).

Keywords: Dialysis, Posttraumatic growth, Coping with stress, Social support, Perception of spirituality

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLO DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	4
2.1.1. Kronik böbrek yetmezliği tanımı ve evreleri	4
2.1.2. Kronik böbrek yetmezliği görülme sıklığı ve etkileyen faktörler.	4
2.1.3. Kronik böbrek yetmezliği tedavisi	5
2.1.3.1. Hemodiyaliz	5
2.1.3.2. Periton diyalizi	6
2.1.3.3. Böbrek nakli	7
2.1.3.4. Fiziksel sorunlar	8
2.1.3.5. Psikososyal sorunlar	8
2.1.3.6. Psikiyatrik sorunlar	9
2.1.3.7. Cinsel sorunlar.....	11
2.1.3.8. Ailelerinin karşılaştıkları sorunlar	11
2.2. Travma Sonrası Büyüme.....	12
2.2.1. Travma kavramı.....	12
2.2.2. Travma sonrası büyüme kavramının ortaya çıkışı.....	13
2.2.3. Travma sonrası büyümenin boyutları	15
2.2.3.1. Kendilik algısındaki değişim.....	15
2.2.3.2. İnsan ilişkilerindeki değişim	16

2.2.3.3.	Yaşam felsefesinde gerçekleşen değişim.....	17
2.2.4.	Travma sonrası büyümeyi etkileyen değişkenler	19
2.3.	Sosyal ve Manevi Destek Algısı.....	19
2.3.1.	Sosyal destek	19
2.3.2.	Sosyal desteğin önemi ve fonksiyonelliği.....	20
2.3.3.	Sosyal desteğin bileşenleri	22
2.3.3.1.	Maddi destek	22
2.3.3.2.	Duygusal destek	22
2.3.3.3.	Zihinsel destek.....	22
2.3.4.	Algılanan sosyal destek.....	23
2.3.5.	Algılanan manevi destek.....	23
2.4.	Hemşirelik ve Travma Sonrası Büyüme	25
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1.	Araştırmanın Türü	27
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	27
3.4.	Veri Toplama Araçları	27
3.5.	Verilerin Toplanması	30
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
4.	BULGULAR.....	31
4.1.	Çalışmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri	31
4.2.	Çalışmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	34
4.3.	Çalışmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	43
5.	TARTIŞMA.....	49
5.1	TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ Ölçek Puanlarının Hastalar ve Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması.....	49

5.2. TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ Ölçek Puanlarının İlişkisinin Tartışılması.....	54
5.2 TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ Ölçek Puanlarının Etkisinin Tartışılması.....	55
6. SONUÇ.....	57
7. KAYNAKLAR.....	60
8. EKLER.....	75
EK- 1: Ölçek Kullanım İzin Yazıları.....	75
EK-2: Hasta İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazısı.....	79
EK-3: Bakım Veren İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazısı.....	84
EK-4: Diyaliz Hastası Kişisel Bilgi Formu.....	87
EK-5: Diyaliz Hastası Bakım Verenleri için Bilgi Formu.....	88
EK-6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	89
EK-7: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	90
EK-8: Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği:.....	91
EK-9: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği.....	93
EK-10: Etik Kurul İzni.....	94
EK-11: Kurum İzin Yazıları.....	96
9. ÖZGEÇMİŞ.....	101

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavileri
SBÇTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SBÇTÖ-BEY	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği-Boyun Eğici Yaklaşım
SBÇTÖ-ÇY	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Çaresiz Yaklaşım
SBÇTÖ-İY	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- İyimser Yaklaşım
SBÇTÖ-KGY	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Kendine Güvenli Yaklaşım
SBÇTÖ-SDB	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Sosyal Desteğe Başvurma
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SİÖO	: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
TSBÖ	: Travma Sonrası Büyüme

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşlarına Göre Dağılımı	31
2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı ...	31
3. Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	32
4. Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	32
5. Araştırmaya Katılan Hastalar ve Bakım Verenlerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	33
6. Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerinde Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı	33
7. Araştırmaya Katılan Hastaların Diyaliz Türlerine Göre Dağılımı.....	33
8. Hasta ve Bakım Veren Yakınlarının TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı.....	34
9. Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Cinsiyetlere Göre Farklılık Analizi	35
10. Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Medeni Durumlarına Göre Farklılık Analizi	36
11. Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Eğitim Durumlarına Göre Farklılık Analizi	37
12. Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Gelir Durumlarına Göre Farklılık Analizi	39
13. Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Farklılık Analizi	41
14. Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Gördükleri Tedavi Türüne Göre Farklılık Analizi	42
15. Hastaların Travma Sonrası Büyüme, Algılanan Sosyal Destek Spiritüel İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	43
16. Bakım Verenlerin Travma Sonrası Büyüme, Algılanan Sosyal Destek Spiritüel İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Arasındaki İlişki	45
17. Hastaların Travma Sonrası Büyüme Üzerinde Stresle Başa Çıkma Stratejileri, Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Etkisi	47

18. Bakım Verenlerin Travma Sonrası Büyüme Üzerinde Stresle Başa çıkma, Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Etkisi.....48



1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), işlevsel böbrek kitlesinin kaybına bağlı glomerül filtrasyon hızının kalıcı olarak azaldığı ve üç ay veya daha uzun süre glomerül filtrasyon hızının (GFR) 60ml/dak/1.73m² altında tespit edilmesi sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır (1).

Kronik böbrek hastalığı yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan ve hemen her yaş grubunu etkileyen bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığının tedavisinde kullanılan diyaliz ise hastalarının yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir. Hemodiyaliz tedavisine alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelmekte ve hasta makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı olabilmektedir. Haftanın belirli gün ve saatlerinde sağlık kurumuna gitme ve makineye bağlanma zorunluluğu; hastanın aile, iş ve sosyal yaşantısında aksaklıklara neden olur ve bu aksaklıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam şekline uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölüm korkusu ile yüzleşmektedirler. Hasta açısından hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum sağlama süreci; sürekli makineye, kuruma, sağlık personeline ve yakınlarına bağımlı olmak; ölüm korkusu; diyet kısıtlaması; iş, aile ve sosyal yaşantısındaki değişimler; beraberinde hastada stres ve kaygı düzeyini artırarak travmatik bir duruma neden olmaktadır (1).

Kronik hastalıklar hastayı olumsuz yönde etkilediği kadar bakım verenleri de pek çok yönden etkileyebilmektedir. Bakım verenlerin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur. Bununla birlikte kronik hastalıklarda bakım verenlerin kişilik özellikleri, aile stresörleri, baş etme yöntemleri ve sosyal destekleri yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerdendir (2).

Kronik böbrek hastalığı tanısı ve diyaliz tedavisi zorunluğu yaşamı tümünden değiştiren yaşamsal bir travmadır. Travmatik olaylar beklenemedik olmasının yanında daha önce kullanılan başetme yollarını da etkisiz bırakmaktadır (2). Travmatik olayların fiziksel sonuçları olabileceği gibi anksiyete, depresyon

belirtileri, alkol ve madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikolojik sonuçları da olmaktadır (3). Ancak travma yaşantısı her zaman olumsuz ruhsal hastalık ve kayıplarla sonuçlanmayabilir. Travmanın ardından kişide oluşan olumlu değişimler “algılanan yarar”, “strese bağlı büyüme” veya “travma sonrası büyüme” olarak tanımlanmaktadır (4,5). Travma sonrası büyümede; travmanın büyüklüğü, bireysel özellikler, travma sonrasında geçen zaman, durumu kabullenmek, uygun baş etme yöntemleri kullanmak ve umudun korunmasının etkili olduğu bildirilmektedir (6-8). Yapılan çalışmalar sosyal destek, spiritüel iyi oluş ve olumlu stresle baş etmenin travma sonrası büyümeyi etkilediğini göstermektedir (9-14).

Kronik böbrek yetmezliği tanısı ve diyaliz tedavisi almak hasta ve bakım verenler için pek çok kısıtlılıkları beraberinde getiren önemli bir yaşamsal travmadır. Hemşireler kliniklerdeki konumları, hasta ile uzun süreli ve yakın ilişki içinde olmaları nedeniyle hasta ve bakım verenlerin yaşadığı psikososyal riskleri değerlendirebilmektedirler. Bu özel konumları nedeni ile hemşireler hastalar ve bakım verenlerin için bu olumsuz durumun yeni bir gelişim fırsatı olarak değerlendirilmesinde etkili olabilir. Stresle baş etme, sosyal destek sağlama, manevi bakım gibi psikiyatri hemşirelerin rol ve sorumlulukları içinde yer almaktadır. Travmatik olayla baş etmede, farklı çözüm yollarının farkedilmesi ve bulunmasında, etkili stresle baş etme yollarının geliştirilmesinde hemşireler hasta ve ailesine danışmanlık yapmalıdırlar (15-17).

Amaç: Bu çalışma diyaliz hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve spiritüel iyi oluş düzeyinin travma sonrası büyümeye etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Diyaliz hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Travma Sonrası Büyüme, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanları arasında fark var mıdır?

2. Diyaliz hastası bakım verenlerinin sosyodemografik özelliklerine göre Travma Sonrası Büyüme, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanları arasında fark var mıdır?

3. Diyaliz hastalarının Travma Sonrası Büyüme, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanlarının ilişkisi var mıdır?

4. Diyaliz hastası bakım verenlerinin Travma Sonrası Büyüme, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanlarının ilişkisi var mıdır?

5. Diyaliz hastalarının Travma Sonrası Büyüme Ölçek puanlarına Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanlarının etkisi var mıdır?

6. Diyaliz hastası bakım verenlerinin Travma Sonrası Büyüme Ölçek puanlarına, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanlarının etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Kronik böbrek yetmezliği tanımı ve evreleri

2002 yılında, US National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF KDOQI) Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)'nın tanımını ve evrelemesini yaparak hastalığa olan anlayışı kolaylaştırmış ve yapılan bilimsel araştırmaların da standardize olabilmelerini sağlamıştır. 2002 yılında yapılan KBH tanımının iki tane kriteri vardır, hastanın KBH olabilmesi için bu kriterlerden birini karşılaması gerekmektedir. Bunlardan birincisi; böbreğin yapısal ya da fonksiyonel anomalileri ile belirlenen ve üç ay ya da daha uzun süredir devam eden böbrek hasarıdır. Bu birinci kriterdeki tanıma göre, böbrek hasarı kendisini patolojik anormallikler, kan, idrar ya da görüntüleme anormallikleri olarak gösterebilmektedir. Birinci kriterde ayrıca, glomeruler filtrasyon hızı (GFR) azalmış olsun ya da olmasın şeklinde bir ibare vardır. İkinci kriter ise, 3 ay ya da daha uzun süredir devam eden $< 60 \text{ mL / dk / } 1.73 \text{ m}^2$ GFR şeklinde tanımlanmaktadır, bu kriterin pozitifliği böbrek hasarı olup olmamasına bağlı değildir (18);

2.1.2. Kronik böbrek yetmezliği görülme sıklığı ve etkileyen faktörler.

Kronik böbrek hastalığı çeşitli nedenlerden dolayı gelişebilmektedir. KBH nedenlerinin dağılımını yaş, cinsiyet ve ırk etkilemekte olup KBH ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık KBH nedenlerinin ilk sıralarında yer almaktadır (19).

Diyabetik nefropati genellikle ırk ve etnik köken gözetmeksizin en önemli hastalık nedenidir. Türk Nefroloji Derneği 2017 kayıtlarında son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) vakalarının etiyojisinde rol oynayan diyabetik nefropatinin oranının % 43.13'e kadar yükseldiği yer almaktadır. Ülkemizde giderek sıklığı artan obezite ve metabolik sendrom da kronik böbrek hastalığı nedeni olarak belirtilmektedir (20).

Kronik böbrek hastalığı gelişimi ve ilerlemesinde etkili olan değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri mevcuttur. Düşük doğum ağırlığı, prematürite, önceden geçirilmiş akut böbrek hasarı, genetik faktörler, düşük GFH, değiştirilemez risk faktörleri; HT, proteinüri, obezite, asidoz, anemi, sigara maruziyeti değiştirilebilir

risk faktörleridir. Artmış serum ürik asit düzeyi, glomerüler hiperfiltrasyon, hiperfosfatemi, yüksek plazma fibroblast growth factor-23 (FGF23) düzeyleri ve metabolik sendrom ise KBH ilerlemesine katkıda bulunan faktörlerdir (21).

2.1.3. Kronik böbrek yetmezliği tedavisi

Kronik böbrek hastalığı, altta yatan etiolojiden bağımsız olarak ilerleyici böbrek fonksiyon kaybına ve son dönem böbrek hastalığına neden olabilmektedir. Çocuklarda KBH'nin yönetimi ve tedavisi, sadece altta yatan nedenin düzeltilmesi ile değil, normal büyüme gelişme, beslenme, yaşam kalitesinin, normal nöromotor gelişimin sağlanması ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ile sağlanmalıdır. Son dönem böbrek hastalığı tablosunda başvuran kronik böbrek hastalığının tedavisinde diyaliz ve böbrek nakli gerekebilmektedir. İlk aşamada ve acil durumlarda diyaliz tedavisi hastanın genel durumunu düzeltme, sıvı-elektrolit dengesini sağlama ve üremik toksinleri vücuttan uzaklaştırmak için tercih edilmektedir. Diyaliz tedavisi yapılan KBH vakalarının % 10 kadarında böbrek nakli gerekebilmektedir. Bu hastaların yaşam beklentisi 10-25 yıl arasında değişebilmektedir (22). Günümüzde medikal teknolojiye, operasyon tekniklerindeki ve operasyon sonrası takiplerdeki gelişmeler organ naklinin etkin bir tedavi seçeneği olmasını sağlamıştır (23).

2.1.3.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın makine yardımı ile vücut dışında yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenerek hastaya verilmesi işlemidir. Etkili bir hemodiyaliz (HD) uygulanabilmesi için en önemli faktör sağlam bir damar erişim yolunun olmasıdır.

İlk olarak 1946 yılında Willem Koff tarafından akut böbrek hastalığının tedavisinde kullanılmıştır. Daha sonra, 1960'lı yıllardan itibaren de KBH'de kullanılmaya başlanmıştır.

Hemodiyaliz komplikasyonları

Diyaliz sırasında gelişen hipotansiyon: Hemodiyalizin en yaygın görülen komplikasyonudur. Serum osmolalitesindeki düşüşe bağlı hücre dışından hücre içine sıvı geçişine bağlı gelişebilmektedir. Ayrıca bozulmuş sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve diyalizat sıvısının sıcaklığına bağlı gelişen vazodilatasyon da

hipotansiyon gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Ultrafiltrasyonun yavaşlatılması, intravenöz serum fizyolojik uygulanması, hastanın trandelenburg pozisyonuna getirilmesi ile tedavi edilmektedir.

Diyalize bağlı gelişen Disequilibrium (Dengesizlik) Sendromu: Diyalize bağlı gelişen disequilibrium sendromu HD sırasında plazma üremik toksin düzeyindeki düşüşün, beyin hücrelerine oranla daha hızlı olmasına ve beyine difüzyon yolu ile su geçişine bağlı beyin ödemi gelişmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Hemodiyaliz başlangıcında plazma üre düzeyi yüksekliği ile ilişkili olarak görülme riski artmaktadır. Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı-kusma gibi semptomlar yanında nöbet ve koma gibi ağır bulgularla kendini gösterebilir. Semptomlar kendiliğinden gerileme eğilimindedir. Ancak dirençli durumlarda mannitol infüzyonu ile tedavi gerekebilmektedir.

Diyaliz İlişkili Allerjik Reaksiyonlar: Diyalizat sıvısında bulunan yabancı maddelere karşı allerjik reaksiyonlar ortaya çıkabilmektedir. Öksürük, nefes darlığı, bulantı-kusma, ateş, kaşıntı, göğüs ağrısı, hipotansiyon, anjioödem gibi klinik semptom ve bulgulara yol açmaktadır. Tedavide HD'nin durdurulması, allerjik reaksiyonlara yönelik antihistaminik, gerekirse epinefrin ya da steroid kullanımı gerekebilmektedir.

2.1.3.2. Periton diyalizi

Periton diyalizi, böbrek nakli için bekleyen SDBH olan olgularda tercih edilebilen bir yöntemdir. Pediatrik hasta populasyonunda periton diyalizi (PD) ilk olarak 1948 yılında denenmiştir. 1961 yılında da akut böbrek hastalığında bu yöntem denenmiş ve başarılı olunmuştur (24). 1960 yılında Henry Tenckhoff tarafından kalıcı PD kateterinin geliştirilmesi ile (25) bu yöntem KBH'de evde uygulanmaya başlanmıştır. Ancak o dönemde HD'den daha az etkin olduğu düşünülerek sadece birkaç merkez tarafından kullanılmıştır. Günümüzde PD başlanan hastalarda kalıcı bir damar yoluna ihtiyaç duyulmaması, PD kateterinin kolayca takılabilmesi, kişinin sosyal ve iş hayatını engellememesi nedeni ile HD'ye göre daha çok tercih edilmektedir.

Periton Diyalizi Teknikleri: Sürekli ayaktan periton diyalizinde günlük 3-5 kez sıvı değişimi, sürekli siklik periton diyalizinde ise makine yardımı ile gece 7-10 tur sıvı değişimi yapılmaktadır.

Periton diyalizi komplikasyonları

Mekanik komplikasyonlar: Periton diyalizi kateterinin fibrin ya da pıhtı ile tıkanması ve kateterin pelvis dışına göçü mekanik komplikasyonlar arasında sayılmaktadır.

Kateter enfeksiyonu: Uzun dönemde kateter yetersizliğine neden olabilen ve peritonit riskini artıran önemli bir komplikasyondur. Enfeksiyon, klinikte ağrı, kateter çıkış yerinde hassasiyet, kızarıklık ve akıntı ile bulgu vermektedir.

Peritonit: Peritonit, PD uygulanan hastalarda kateter yetersizliğine en sık yol açan komplikasyondur. Bulanık diyalizat varlığı, karın ağrısı ve ateş şikayetlerinin yanında fizik muayenede hassasiyet saptanması halinde bakılan periton sıvısında lökosit sayısının 100 hücre / mm³ olması ile tanısı konmaktadır (26).

Fıtık: Periton diyalizi yapılan hastaların % 22-40 kadarında karın içi basınç artışına, yüksek hacimli diyalizat sıvısı kullanımına bağlı fıtık gelişebilmektedir.

Sklerozan enkapsüle peritonit: Sklerozan enkapsüle peritonit zamanla periton zarının sertleşmesi, kalın ve fibröz doku niteliğini almasına bağlı gelişen bir komplikasyondur. Uzun süre PD uygulanan hastalarda görülme sıklığı artmaktadır.

2.1.3.3. Böbrek nakli

Böbrek nakli, son 30 yıldır çocukluk çağı SDBH'de RRT arasında en çok tercih edilen ve hedeflenen tedavidir. Çocuklarda yaşam kalitesini ve süresini olumlu yönde etkilemektedir (27-29). Hastaların yaşam süresini uzatması, hastaneye yatış sayılarını azaltması ve yaşam kalitesini artırması nedeniyle HD veya PD'ye göre daha etkili bir yöntemdir (30,31).

Hemodiyaliz ve periton hastalarının karşılaştıkları sorunlar

KBY hastalığının tedavisinde en sık kullanılan yöntem olarak periton ve hemodiyaliz, hastaların ölümden kurtulmalarını sağlayarak, yaşam sürelerini uzatmış olsa da hem hastaların hem ailelerinin bu süreçte fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamalarına da zemin hazırlamaktadır. Tedavi sürecinde karşılaşılan her türlü sorun tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, tedavi sürecine uyumu olumsuz etkilemektedir (32,33).

2.1.3.4. Fiziksel sorunlar

Böbrek yetmezliği durumunda böbrek işlevi gören hemodiyaliz makinası, böbreğin tüm işlevlerini tam olarak sağlama konusunda yetersiz kalmakta ve hastada kronik böbrek yetmezliğinin bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu gibi bazı belirtileri devam etmektedir. Buna ek olarak, diyaliz seansı sırasında kan basıncı düşmesine bağlı belirtiler de görülmektedir (33). Lok (1996) hemodiyaliz hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmada hastalar tarafından en çok ifade edilen üç fiziksel zorluğun fiziksel kısıtlılıklar, yorgunluk ve kas krampları olduğunu belirtmektedir (34). Hastalarda idrara çıkamama, halsizlik, cinsel işlev kaybı, kendi öz bakımını sağlayamama, uyku sorunu, fiziksel değişimler gibi fiziksel sorunlar yoğun olarak gözlemlenmiştir (1).

2.1.3.5. Psikososyal sorunlar

KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorunların eşlik ettiği görülmektedir. KBY'nde hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, iş kaybı veya zorunlu emeklilik nedeniyle ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, rol kayıpları veya değişmesi, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık hastaların yaşamında hastalığın ve diyaliz tedavisinin neden olduğu değişimlerdir (35).

Bireylerin kronik bir hastalığa tepkileri genellikle; yas, depresyon, kaygı inkâr, kızgınlık, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygusu şeklinde olmaktadır. Bu duygusal durumlar, davranışlara çevreye yönelik ilgisizlik, birçok şeyden aşırı korkma, bakım verenlere yönelik aşırı düzeyde bağımlılık ya da bağımsızlık, isyankârlık, kendilerine yasaklanan şeyleri yapma istek ve davranışı, utangaçlık ve yalnızlık, sağlıklı insanlara karşı öfkeli davranışlar şeklinde yansıyabilir (36).

Hemodiyaliz hastaları, sosyal çevreleriyle olan ilişkilerinde de sorunlar yaşayabilmektedirler. Hastalanmadan önce birey kendisini işiyle, ilişkileriyle ve hobileriyle tanımlarken hastalık tanısıyla birlikte kendisini hasta birey olarak da tanımlamak zorunda kalmakta ve tedavi sürecinde hasta birey; eğitim, çalışma durumu, sosyal ve kültürel etkinliklere katılım konusunda sorunlar yaşayabilmektedir (36). Mutlu'nun (2007) gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre; KBY'ye sahip hastaların; %59.2'si arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığını, %12.8'i

yaşamakta olduğu çevreyi değiştirmesi gerektiğini, %1.7'si eş ve çocukları tarafından terk edildiğini, %38.5'i diğer insanlara beklentilerinin arttığını belirtmektedir (37). Sosyal işlevsellikle ilgili sorunlar, ailevi sorunlar, iş/okul yaşamıyla ilgili sorunlar, ekonomik kayıplar, sosyal dışlanma ve geri çekilme gibi sosyal sorunlar KBY hastalarında görülen diğer sorunlardır. Zengin ve Yıldırım'ın (2017) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları araştırma bulgularına göre; hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar, terk edilme, geçmişe duyulan özlem, sosyal destek ve arzu edilmeyen cinsel ilişkiye zorlanma olarak belirlenmiştir (36).

2.1.3.6. Psikiyatrik sorunlar

KBY yaşayan hastalar, hastalığın yarattığı fiziksel ve psikososyal sorunlar nedeniyle genel popülasyona oranla psikiyatrik rahatsızlıklar yaşama konusunda toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla risk altında olabilmektedir. Yavuz ve diğer., (2012) yaptıkları çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan hastalarında psikiyatrik morbitenin genel popülasyona göre % 43 oranında daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir (38). Sağduyu ve Erten (1998) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hemodiyaliz hastalarında (N=70) ICD-10 tanı ölçütlerine göre, %22.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Majör depresyon nöbeti %17.1 ile yaygın anksiyete bozukluğu %8.7 ile en sık konulan tanılardır (38). KBY hastalarında, hastalığın evresi, süresi, şiddeti ve psiko-sosyal faktörlere göre farklılaşmakla birlikte görülebilecek psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon, anksiyete, organik beyin hastalıkları, uyum ve davranış bozuklukları olarak belirtilebilir.

Depresyon

Ünlüoğlu ve diğer., (1997) göre depresyon, “insanın yaşama, istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır” (39). Yapılan araştırmalarda, KBY de kişinin sağlığının sürekli tehdit altında olması, hastane süreçlerinin sürekli olması, yaşanan fiziksel kayıplara bağlı olarak değişen roller, aile ve yakın çevrede yaşanan sorunlar nedeniyle hemodiyaliz hastalarında depresyonun sık görüldüğu bildirilmiştir (40).

Anksiyete

Anksiyete “yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici endişe ve korku duygusunu” ifade eder (41). Bu durum hastalar tarafından genellikle “kötü bir şey olacakmış hissi” ve “nedensiz bir korku” ifadeleriyle tanımlanır (38).

Anksiyete bozuklukları kronik tıbbi hastalıklar ile güçlü bir ilişki içindedir; bedensel sağlık ve yaşam kalitesi arttıkça kaygı azalmakta, fiziksel yeti yitimi ile doğru orantılı biçimde ise artmaktadır (40). Birçok araştırma diyaliz hastalarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir (42). Arkonaç ve ark.’nın (1990)’da yaptığı bir çalışmada KBY hastalarında anksiyete bozukluğu sıklığı %25 olarak bildirmiştir. Özatalay (1990)’ ın hemodiyaliz hastalarındaki anksiyeteye ilişkin çalışmasında hastalığın günlük yaşantıyı, evlilik ilişkisini ve aile bireyleriyle ilişkiyi olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (43).

Uyum ve Davranış Sorunları

Kronik tıbbi bir hastalık tanısı almak pek çok birey için tehdit edici bir durum olarak algılanmakta ve hastalığa bağlı oluşan değişimler bireyin psikolojik sorunlar ve uyum problemi yaşamasına yol açmaktadır. Her bireyin hastalığa verdiği tepki farklıdır. Hastalığa verilen tepkiler; bireysel özelliklere, hastalığın şiddetine, süresine, etkilediği organ ve dokuya, hastanın ve sosyal çevresinin hastalığa yüklediği anlama, sosyal destek durumuna ve hastalık hakkında sahip olunan bilgiye göre değişiklik göstermektedir (44).

KBY hastaları diyalize bağlı olarak; fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşarlar. Bu kayıplar hastalarda, çeşitli uyum bozukluklarına yol açmaktadır. Bu bozukluklar her hastaya göre değişmekle birlikte bazı ortak psikolojik örüntülerden kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda diyaliz hastalarında en çok görülen uyum sorunlarının; “tedaviyi reddetme, diyet uyumsuzlukları ve hastalık inkarı” olduğu bildirilmiştir (38).

Küçük (2006)’ün belirttiğine göre “İnkâr, uyum güçlüğü yaşayan hastalarda en sık görülen savunma mekanizmalarındandır. Bu durum genellikle hastanın makineye bağlı olma, otonomisini kaybetme, hastalığın kronikleşmesi gibi nedenlerle yaşadığı kaygı, öfke ve isyanın neden olduğu, mutsuzluk duygularıyla

ilişkilidir. Bazı hastaların hastalığını inkar etmesi tedaviyi de reddetmesine neden olmaktadır” (45).

2.1.3.7. Cinsel sorunlar

Hemodiyaliz hastalarında, fiziksel ve psikososyal faktörlerin etkileşimiyle birlikte cinsel işlev bozuklukları yaygın olarak görülmektedir. Endokrin değişiklikleri, kullanılan çeşitli ilaçlar, depresyon, aile içi sosyal rollerdeki değişimler ve psikososyal faktörler cinsel işlevi bozmaktadır (37). Erkek hastalarda libidoda azalma, infertilite, ereksiyon ve ejakülasyon sorunu sıklıkla görülmektedir. Kadın hastalarda ise libido azalması, menstrual siklus bozuklukları, vajinal lubrikasyonda yetersizlik, orgazm bozukluğu, vajinismus, dispanoya ve infertilite sorunları görülmektedir (46).

2.1.3.8. Ailelerinin karşılaştıkları sorunlar

Kişinin karşılaştığı hastalık ne olursa olsun, hastalık yalnızca bireyi etkilemez. Aynı zamanda aileyi ve toplumu da etkiler. Özellikle kronik hastalıklarda aile ilişkileri, işlevleri, aile içi roller keskin bir biçimde değişmektedir. Hastalığın ne olduğu, seyri, hangi aile üyesinin hasta olduğu, ailenin ekonomik, sosyal durumu, sahip olduğu sosyal destek sistemlerine göre kronik hastalıktan etkilenme şiddeti farklılaşmaktadır. KBY aileyi etkileyen önemli bir yaşam krizidir.

21. yüzyılda teknolojinin ve sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle insanın yaşam süresinde artış görülmekle birlikte kronik hastalıklarla geçen yaşam süresinin de arttığı görülmektedir. KBY’nde de tedaviler hastanın yaşamda kalma zamanını arttırmıştır. Bu durum her ne kadar olumlu olsa da kronik hastalıkla geçen sürenin artması anlamına gelmektedir. Bu ise, hasta bireyin ve ailenin stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmasına ve hastalığın ilerlemesine uyum sağlamak zorunda olmasına yol açmaktadır (47).

Fortier ve Wanlass (1984) hastalığa bağlı olarak meydana gelen bir krizin aileyi üç düzeyde etkileyebileceğini ifade etmiştir (48).

- Davranışsal düzeyde;
 - Acil bakım gereksiniminin karşılanması,
 - Tedaviye erişimin düzenlenmesi,
 - Zaman konusunda ayarlanmanın yapılması

- Yeni oluşan ekonomik sorunlar karşısında zorluklar yaşanabilmektedir.
- Duygusal düzeyde;
 - Üzüntü, öfke, suçluluk ve soyutlanma gibi duygular yaşayabilirler.
 - Kriz döneminde karşılaşılan stresle baş edilemediğinde, bireylerde somatik semptomlar görülebilir.
- Kişilerarası ilişkiler düzeyinde; aile damgalanma, çevreden soyutlanma duygusu ile baş etmek zorunda kalabilir.

KBY hastalığının tedavisinde en sık kullanılan ve hastaların daha uzun yaşamalarına yardımcı olan diyaliz tedavisi, hasta ve çevresindekiler için biyopsikososyal zorlanmalara yol açmaktadır. Bu zorluklar hastanın yaşına, cinsiyetine ve ailedeki rolüne göre farklılık göstermektedir. Örneğin, çalışan bir kişi ise işten ayrılmasına, bir anne ise çocuğunun ilgi ve bakım gereksiniminin aksamasına, bir eş ise cinsel sorunlar yaşamasına, bir çocuk ise oyun ortamından uzak kalmasına, bir öğrenci ise eğitim sürecinin aksamasına ve genel olarak aile üyeleri için rol değişikliklerine neden olmaktadır. Özellikle, diyaliz tedavisi gören hastayla daha yakından ilgilenen aile üyesi bir anlamda diyaliz partneri sayılmakta, diyalizle ilgili tüm sorunlarla uğraşmaktadır. Diyaliz sürecinden hasta kadar etkilenen bu aile üyesinin hem ruh sağlığı hem de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (48).

2.2. Travma Sonrası Büyüme

2.2.1. Travma kavramı

Kavramsal olarak travmatik olaylar, ölüm ya da ölüm tehdidinin mevcut olduğu, bireyin hayatını tehlikeye atacak düzeyde yaralanmanın veya fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir durumun meydana geldiği ve bireyin bizzat yaşadığı ya da şahit olduğu durumlar olarak tanımlanmaktadır (49). Bununla birlikte olayın travmatik niteliğini belirleyen unsurlar üzerine farklı görüşler vardır. Green'e göre travmayı tanımlayan üç eleman bulunmaktadır: Objektif olarak tanımlanan bir olay, bu olaya öznel yorum ve kişinin bu olaya gösterdiği duygusal tepki (50). Tedeschi ve Calhoun da olayı travmatik olarak nitelendirmek için olayın ani ve beklenmedik olması, kontrol edilebilirliğinin az olması, sıradan olmayışı ve kalıcı sorunlar yaratmasının gerekli olduğunu belirtmiştir (51).

Literatürde genellikle akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi travmanın olumsuz sonuçlarına değinilmiş olsa da travmaya ya da ağır bir hayat krizine bağlı, bireyin kendini değerlendirmesinde, kişilerarası ilişkilerinde, hayata bakışında olumlu yönde değişiklikler olabileceği de belirtilmiştir (52,53). Bu kavram travma sonrası büyüme kavramı olarak isimlendirilmiştir (52).

2.2.2. Travma sonrası büyüme kavramının ortaya çıkışı

İnsanların %75'inin yaşamları boyunca herhangi bir travmatik yaşam olayı ile karşılaştığı belirtilmektedir (54). Travmatik olaylar; terörist saldırıları, savaşlar, doğal afetler, kazalar, kayıplar, taciz, tecavüz, bombalama, yaralama, teknolojik saldırılar gibi oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır. Söz konusu olaylarda yaşanan acının insan yaşamına etkilerine bakıldığında, bu etkilerin edebiyat, şiir, müzik gibi çeşitli sanat dallarında kendisine yer bulduğu görülmektedir. Yaşanan zorluklar ve acı, sanat dallarının yanı sıra Hristiyanlık, İslamiyet, Hinduzim ve Budizm gibi pek çok inanç sistemi ve din içerisinde de kendine yer bulmuştur. Bu inanç sistemlerinde acı çekmenin insan yaşamına katkısına pek çok yerde işaret edilmiştir (55).

Çeşitli din ve inanç sistemlerinin dışında, psikoloji alanına önemli katkılar sağlamış kuramcılar da travmatik/acı veren olayların insan yaşamına önemli katkıları olduğunu belirtmektedirler. Özellikle varoluşçu psikologlar travmanın insanı büyütüp geliştirdiğini belirtmektedirler (56). Varoluşçu ünlü psikologlardan Victor Frankl (2000) en popüler kitaplarından biri olan İnsanın Anlam Arayışında varoluşsal anlayışta acı çekmenin, bireysel ve fiziksel kontrolün, çaresizliğin travma ile baş etmede nasıl kullanılacağını göstermektedir. Victor Frankl dışında Eric Fromm ve Irvin Yalom gibi psikologlar ve Kierkegaard ve Nietzsche gibi filozoflar da acının insanın olgunlaşması ve gelişmesi aşamasında önemli katkıları olduğunu vurgulamaktadırlar (57).

Travma ile ilgili alan yazına bakıldığında uzun yıllar boyunca travmatik yaşantılarla ilgili çalışmalarda travmanın daha çok olumsuz sonuçlarına odaklanılmış, dolayısıyla patolojinin ortadan kaldırılması gibi bir yaklaşım benimsenmiştir (58). Fakat travmatik olaylarda olumsuz sonuçların yanı sıra, olumlu sonuçlar da gerçekleşmektedir. Hatta çoğunlukla zorlayıcı yaşantılar sonrasında olumlu ve olumsuz deneyimlerin birlikte gerçekleştiği belirtilmektedir (59). Ruh

sağlığı alanında psikopatolojinin üzerinde durma yaklaşımı II. Dünya savaşından 2000'li yılların başına kadar uzun bir süre benimsenmiştir (60). Özellikle Martin Seligman'ın 1999 yılında Amerikan Psikologlar Derneğinin Kongresinde yaptığı konuşmayla birlikte bireyin zayıf ve patolojik yönleri yerine, güçlü ve olumlu özellikleri üzerinde duran çalışmaların hız kazandığı belirtilmektedir (61). Travmatik yaşantının ardından bireyin kazandığı olumlu özelliklerin de Pozitif Psikolojinin konu alanına girdiğini söylemek mümkündür.

Ruh sağlığı çalışmaları ile paralel olarak, travmanın ardından ortaya çıkan olumlu özelliklerin sistematik olarak incelenmesi yaklaşık olarak 1980'li yıllara uzanmaktadır. Diğer bir ifade ile 1980'li yıllara kadar travmanın geleneksel bir biçimde patolojik yönü ele alınmıştır (62). Dolayısıyla daha çok intihar (63), travma sonrası stres bozuklukları (64), panik bozukluğu, depresyon (65), fobiler (66) travmatik stres (67) gibi patolojik değişkenler incelenmiştir. 1980'li yıllara kadar, travmanın ardından meydana gelen olumlu değişimlerin nadiren araştırıldığı belirtilmektedir. Bu olumlu değişimler daha çok bir başa çıkma yolu olarak ya da travmatik olayın pek çok özelliğinden biri olarak ifade edilmektedir (52).

Travmanın birey üzerindeki olumlu etkilerinin sistematik olarak incelenmesi 1990'lı yılların ortalarından itibaren hız kazanmıştır (56). Bu çalışmalar cinsel taciz mağdurları (68), HIV virüsü taşıyan kişiler (69), kanser hastaları (70), engelli çocuğa sahip aileler (71), askerler (72), kayıp yaşantısı olan kişiler (73) trafik kazası geçirenler (74), depremzede çocuklar (75), çocukluk çağında tacize uğramış çocuk ve ergenler (76), yerinden zorla sürülmüş kişiler (77) ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalardan yola çıkarak, travma sonrası büyüme olgusunun pek çok farklı travmatik olay ve farklı gruplarda görülebildiğini söylemek mümkündür.

Araştırmacılar travma sonrası büyüme sürecinin araştırılması gerektiğini belli başlı iki nedenle açıklamaktadırlar. Bunlardan ilki travmanın sadece olumsuz etkilerine odaklanılmasının, travmaya verilen tepkilerin tam olarak anlaşılmasına ya da eksik anlaşılmasına sebep olması olarak ifade edilebilir. Alan yazın uzmanları travmanın kapsamlı ve derinlemesine ele alınabilmesi için travmanın hem olumlu, hem de olumsuz etkilerinin birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadırlar (8).

Travma sonrası büyüme sürecinin araştırılmasının bir diğer gerekçesi, uygulama alanında çalışan uzmanların danışanlarının yaşadıkları travmanın olumsuz

sonuçları olduğu kadar, olumlu sonuçları olduğunun da farkına varabilmelerini sağlamak şeklinde ifade edilmektedir (8). Psikolojik destek sürecinde travmatik yaşantılar sonrası gerçekleşen olumsuz sonuçların yanı sıra, olumlu değişimlerin üzerinde durulmasının, danışanların gelecekte karşılaşılabilecekleri zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etmelerine önemli bir katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır (58). Bu yüzden psikolojik destek sürecinde travma sonrası büyümenin kolaylaştırılmasının terapötik süreçte önemli bir amaç olarak ele alınabileceği belirtilmektedir (78).

İlgili alan yazında, travmatik bir olayın ardından travma yaşayan insanların % 40-70'inin yaşadıklarından yararlı deneyimler kazandıkları belirtilmiştir (78). Yapılan çalışmalar travmatik olayın ardından büyüme ve kişisel acının bir arada yaşandığını göstermektedir (68). Klinik çalışmalar ve araştırmaların yanı sıra, acı çekmenin insanlara genellikle olumlu katkıları olduğu düşüncesi eski dini kaynaklarda da yer almaktadır (79).

2.2.3. Travma sonrası büyümenin boyutları

Travmanın ardından bireylerde yaşamlarının farklı alanlarında çeşitli değişim ve gelişimler gerçekleşmektedir. Bu değişim ve gelişimler her bireyde farklı şekilde gözlenmektedir. Tedeschi ve Calhoun (51) travmanın ardından gerçekleşen olumlu değişimleri temel olarak üçe ayırmaktadır. Bunlardan ilki kendilik algısı ile ilgili değişim, ikincisi insan ilişkilerindeki değişim ve son olarak yaşam felsefesinde meydana gelen değişimdir. Kendilik algısındaki değişim, kendine güven ve duygusal güçlenmeyi içermektedir. İkinci değişim alanı olan insan ilişkilerindeki değişim travmanın ardından travma yaşayan kişinin diğer insanlarla ilişkilerinin gelişimini yansıtmaktadır. Üçüncü sırada ise yaşama bakış açısında meydana gelen değişim vardır. Pek çok travma mağduru travmanın ardından yaşamdaki önceliklerinin değiştiğini belirtmektedirler (68).

2.2.3.1. Kendilik algısındaki değişim

Travmanın ardından, bireyin kendini algılamasında çeşitli değişimler gerçekleşmektedir. Bireyler kendilik (benlik) algısındaki söz konusu değişikliklerle birlikte daha güçlü, kendine daha çok güvenen, biricikliğin farkında olan, daha gelişmiş bir “ben”e sahip, daha açık, daha empatik, daha yaratıcı, daha olgun, daha insancıl, daha mütevazı olmakta ve daha “özel” olduklarının farkına varmaktadırlar (51). Dolayısıyla travmanın ardından bireylerin kendilerini daha güçlü ve özgüvenli

hissettikleri belirtilmektedir (52). Ayrıca travma sonrası büyüme sürecinde bireylerin kendilerini kurban yerine travmayı atlattığı biri olarak gördükleri belirtilmektedir. Dolayısıyla bu kişilerin gelecekte başlarına gelebilecek diğer zorlu yaşam olaylarıyla baş edebilecek gücü kendilerinde daha çok buldukları belirtilmektedir (68).

Travmanın ardından meydana gelen bu olumlu değişimlerin yanında, Calhoun ve Tedeschi (57) travmadan sonra bireylerin daha kırılabilir olabileceklerinin farkına varıp, bu yönlerini kabul edebildiklerini belirtmektedir. Bu noktadan hareketle, travma sonrasında bireylerin kırılabilirliklerinin artması olumlu bir özellik gibi gözükmesine de, yaşamları boyunca incinebilecekleri pek çok durumun söz konusu olabileceğini fark etmeleri ve bunlara karşı sınırlılıklarını keşfetmeleri bireylerin yaşamında önemli bir kazanım olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca bireyler travma ile karşılaşınca alt üst olan bilişlerini tekrar inşa etmeye başlamakta, yaşamın kıymetinin daha çok farkına varmaktadırlar. Bunlara ek olarak, söz konusu deneyimler bireyler için yaşam önceliklerini değiştirmeye katkı sağlamakta ve yaşama ilişkin minnet duygusunu arttırmaktadır (80). Sonuç olarak, travma yaşamış bireylerin travmadan önce önemsiz ve küçük gibi görünen şeylerle daha mutlu oldukları, dolayısıyla bu küçük şeylere eskiye göre daha çok önem vermeye başladıkları vurgulanmaktadır (51).

2.2.3.2. İnsan ilişkilerindeki değişim

Travmanın ardından bireyde gözlenen değişimlerden bir diğeri de kişilerarası ilişkilerde meydana gelen değişimdir (81). Kişilerarası ilişkiler aile, arkadaşlar, komşular, diğer travma mağdurları ve yabancılarla ilişkileri içermektedir. Travmanın ardından bireyler diğer insanlarla daha yakın ve daha sıcak ilişkiler geliştirebilmektedir. Bu yüzden Calhoun ve Tedeschi (81) travmadan kurtulanların (sağ kalanların) aileleri ve arkadaşlarından destek alabileceklerini ifade etmektedirler.

Travmatik olayın ardından bireylerin yaşadıkları bu zorlayıcı deneyimi paylaşma ihtiyacı bu kişilerin eskiye göre kendilerini daha çok açmasını sağlayabilir. Travmatik olay sonrasında bireyler yaşadıkları olayı ve yoğun duygularını paylaşmak istemektedirler. Bu paylaşım bireylerin zorlayıcı yaşam olayı ile baş etmek için kullandıkları yollardan biridir. Destek sunan kişilerin sundukları yardım farklı olsa da travmadan sağ kalan birey için, kendini açma davranışı bu ağ içerisinde en çok

destek görebileceği kişiye yönelme anlamında yeni bir davranış geliştirmek için fırsat olarak değerlendirilmiştir (5).

Kendilik algısı ile ilgili değişimlerden biri olan bireyin kırılmasını fark edip kabul etmesi, travma yaşamış olan bireyin diğer insanlarla olan ilişkilerinde de değişime yol açmaktadır. Bu farkındalıkla ilişkili olarak bireyin kırılmasını kabul etmesinin o kişinin duygularını daha çok açığa vurmasına ve kendisine sunulan yardımı kabul etme isteğinin artmasına katkı sunacağı belirtilmiştir. Kendini açma sürecinin, bireyler için belki de o güne kadar hiç alamadığı sosyal desteği alma ve karşısındaki kişiyle daha yoğun bağ kurma fırsatı da sunduğuna işaret edilmektedir (81). Dolayısıyla bu süreç daha önce göz ardı edilen sosyal desteğin kullanılmasına yol açabilir. Nitekim kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada bireylerin hastalıktan sonra eşleriyle kurdukları ilişkinin güçlendiği, eşler arası bağın arttığı ve eşlerin birlikte büyüme gösterdikleri gözlenmiştir (82).

Travmayla baş etmiş kişilerin zor durumda olan diğer insanlara karşı daha duyarlı olması kişilerarası ilişkilerde meydana gelen bir diğer değişim noktası olarak ifade edilmektedir. Travmanın ardından bireylerin diğer insanların yaşadıkları acılara ve duygulara karşı daha empatik yaklaşmaya başladıkları ve yardım etme eğilimlerinin arttığı belirtilmektedir (83). Bu empatik anlayış ve destek verme eğiliminin, travmadan sağ kurtulan bireylerin diğer insanlarla olan bağlılığının artmasına katkı sağladığı söylenebilir. Ayrıca zor deneyimlerin bireyleri duygu ve düşüncelerini ifade etme konusunda daha dürüst, açık ve istekli olmalarına katkı sağlayacağı ifade edilmektedir (56).

Yukarıda belirtilenler ışığında travma yaşayan bireylerin diğer insanların çektiği sıkıntılara karşı daha duyarlı olmaya, duygu ve düşüncelerini ifade etme konusunda daha açık ve dürüst olmaya, kendilerine verilen desteği daha kolay kabul etmeye, sahip oldukları sosyal destek ağlarını daha iyi kullanmaya başladıkları ve hatta yeni destek ağları oluşturmaya başladıkları gözlenmektedir.

2.2.3.3. Yaşam felsefesinde gerçekleşen değişim

Travma sonrası büyüme sürecinde Calhoun ve Tedeschi (81) tarafından öne sürülen değişimin üçüncü boyutu yaşam felsefesinde meydana gelen değişimdir. Bu değişim ve gelişim bireyin yaşamında yeni ve farklı seçeneklerin olduğunu keşfetmesiyle birlikte gerçekleşmektedir. Bireyler zorlayıcı yaşantılarının ardından

yaşamdaki önceliklerini sorgulamakta, önemsiz şeylere zaman harcamama konusunda daha dikkatli olmaya başlamaktadırlar (84).

Yaşamdaki önceliklerin sorgulanmasına ek olarak, bazı travmatik olayların bireylerin yaşamını tehlikeye sokmasıyla, bu tehlikenin ardından travmadan kurtulan bireyler yaşamın onlara sunulmuş ikinci bir şans olduğunu düşünmektedirler. Bu süreçte yaşamın değeri sorgulanmaya başlanmaktadır. Bu farkındalıkla birlikte yaşanan her anın değeri daha iyi bilinmekte, anın keyfini çıkararak küçük şeylerden daha çok doyum elde edildiği belirtilmektedir (52). Örneğin travmanın ardından travmadan kurtulan kişiler paralarını neye ve kimle harcayacakları konusunda dikkatli davranmakta, doğanın ve sağlıklarının kıymetini daha çok bilmektedirler. Böylece travma sonrası büyüme yaşayan bireyler, yaşamda kendilerine yeni bir pencere açmakta, yaşamdaki küçük şeylerin değerini daha çok anlamakta, yeni yaşam becerileri geliştirmekte ve yaşamdaki amaçlarını değiştirmektedirler (78).

Travma sonrası büyüme sürecinin önemli bir diğer değişim alanı da bireyin yaşamın anlamıyla ilgili varoluşsal sorular sormaya başlamasıdır. Travmanın ardından bireyler yaşadıkları bu zorlayıcı olayın yaşamlarında manevi anlamda bir karşılığı olduğunu düşünmeye başlamakta ve bu manevi karşılığın anlamını sorgulamaktadırlar. Bir başka ifade ile bu sorgulama ve anlam arayışı süreci bireylerde ruhsal ve manevi bir değişimi de beraberinde getirmektedir (85). Örneğin şiddete maruz kalan kadınlarla gerçekleştirilen bir çalışmada kadınlar örseleyici yaşantılarının ardından inançlarının geliştiğini aynı zamanda dini ritüellerini daha çok gerçekleştirmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. İnanıcı olmayan kadınlar ise travma yaşantısından sonra içlerinde bir yerde saklı olan inançlarını fark ettiklerini belirtmişlerdir (85).

Varoluşsal sorgulama sürecinde meydana gelen manevi değişim sürecinde olumsuz yönde bir değişim de yaşanabilmektedir. Ağır düzeyde travma yaşayan bazı bireylerin manevi yönleri olumsuz anlamda sarsılabilmektedir (51). Dolayısıyla bu insanlar manevi anlamda daha kuşkucu olabilmekte ve inançlarını yitirebilmektedirler. Genel olarak değerlendirildiğinde ise travmadan kurtulup, manevi acılarla baş etme sürecinde bireylerin çoğunluğunun Tanrı'nın varlığına inancında ve dini ritüellerini uygulamada artış gerçekleştiğini söylemek mümkündür (86).

2.2.4. Travma sonrası büyümeyi etkileyen değişkenler

TSB'nin örseleyici olayı yaşayan herkeste görülmediği bilinmektedir. Kimlerde daha fazla görüldüğü ve gelişmesinin ne şekilde kolaylaştırılacağı konusunda yapılan çalışmalar sonrasında demografik değişkenler, travmatik olayın şiddeti, travma sonrası stres belirtilerinin varlığı, sosyal destek varlığı, duyguların dışa vurulabilmesi, baş etme becerilerinin kullanılabilmesi ve kişilik özellikleri gibi değişkenler TSB ile ilişkili bulunmuştur (5, 8, 68, 78-87).

2.3. Sosyal ve Manevi Destek Algısı

2.3.1. Sosyal destek

“Sosyal desteğin” değişik şekillerde tanımı yapılıyorsa da genelde herkesin kabul ettiği durum “sosyal desteğin” kişiler arasındaki etkileşim ve eylemlerin kimi çeşitlerini kapsadığıyla ilgilidir. Genelde “sosyal desteğin” iki ana damarı “temel özelliği ve unsuru” bulunduğu belirtilmektedir. Bunlar;

a) Gereksinim hissedildiğinde yardımcı olacak bireylerin olduğu düşüncesi,

b) Alınan yardımdan memnun olma düzeyi ve bu iki damarın karşılıklı etkileşimidir. İnsanların bir kısmı çevrelerinde “sosyal destek” veren olağandan çok miktarda yardımcı bulunmasını isterken bazılarının ise bir insan bile yetebilmektedir (88).

“Sosyal desteğin” fonksiyonları olarak beş durum ele alınabilir. Bu fonksiyonlar:

- ✓ “Sosyal desteğin yönü”; Toplumsal destekte minimum iki kişi arasında, toplumsal desteği alan ve verenlerin karşılıklı yardımlaşmaları;
- ✓ “Desteğin eğilimi”; Bizleri seven, önemseyen ve değer verdiği bilinen, güvenilen bireylerin var olması;
- ✓ “Desteğin tanımı”; Bizi seven, değer veren ve birlikte bir şeyler yapmaya dayalı bir etkileşimde bulunduğunu belirten kişiye has bir bilgi;
- ✓ “Desteğin içeriği” ; Bireyin tüm hayatı içinde değer verilmesine, beğenilmesine, kendinden daha kuvvetli olduğunu düşündüğü insanlarla özdeşleşmesine, endişelendiği ve korktuğu durumlarda rahatlatılmasına ve kendinden olduğunu düşündüğü bireylerle hissi ve zihinsel paylaşımlar edinmesine ihtiyacı bulunmaktadır.

- ✓ “Sosyal ağın desteği”; “Sosyal ağ” kişinin hayatında önem derecesi yüksek olan, şu anda iletişimde olduğu bireyleri kapsar. “Sosyal destek ağı” genellikle “anne, baba ve arkadaşlardan” oluşur. Bireyin arkadaşlarından olumlu destek alacağını düşünmesi, kendisini başarısız ve yetersiz görmemesini sağlayarak, kapasitesini ilerletmesine ve olumlu bir benliğe sahip olmasına yardımcı olur (89).

2.3.2. Sosyal desteğin önemi ve fonksiyonelliği

Bir baş etme aracı ve hastalıklara karşı koruma özelliği olan sosyal destek son çeyrek asırda gittikçe nemslenmektedir. Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlığa pozitif bir etkisinin olduğunu ifade eden birçok çalışma vardır (90). Sosyal desteğin önemine dair yapılan çalışmalar, sosyal desteğin sağlığı koruma fonksiyonelliğini ön plana çıkarmaktadır. Sosyal desteğin sağlığı korumada etkili olduğunu savunan yaklaşımlar, sosyal desteğin sağlığın korunmasında etkili olduğunu kabul etmekle birlikte bu konuda iki yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşım, sosyal desteğin sağlıkla doğrudan bağlantılı olduğunu savunurken diğer yaklaşım ise stres verici yaşam olaylarının birey üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığını savunarak ruh sağlığını koruduğu yönündedir (91).

Yapılan araştırmalar sosyal desteğin bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (92). Sosyal desteğin, en dikkat çekici boyutu fiziksel ve ruh sağlığını koruyucu rolünün olmasıdır. Sosyal destek bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını korunmada etkilidir (93). Sosyal destek yaşam deneyimlerinde, kişinin kendini kabul ve değerli hissetmesi gibi psikolojik boyutta pozitif etkiye sahiptir. Ayrıca sosyal evre ile bütünleşme ruhsal ya da bedensel sağlığın korunmasına yönelik davranışlarda önemli bir etkiye sahiptir (94).

Pugliesi ve Shook (1998), sosyal destekle ilgili literatürü dört başlıkta özetlemişlerdir.

- Sosyal destek, sağlık ve sosyal stres üzerinde etkiye sahiptir.
- Sosyal destek sosyo-duygusal boyutları en önemli unsurudur.
- Yakın bireysel ilişkiler, sosyal destek kaynağının temelini ifade eder.
- Sosyal destek seviyelerinde gruplar arasında farklılıklar vardır (94)

Yapılan araştırmalar, sosyal destek eksikliğinin çeşitli problemlere yol açabileceğini göstermektedir (95). Sosyal destek sistemleri hasta bireyin benlik saygısının yükselmesinde, yaşam kalitesinin artmasında ve stresle başa çıkmasında tampon görevi yapar (96). Bu sebeple sağlık, sadece fiziksel yönüyle değerlendirilmemesi gereken bir olgudur. Sosyal ve ruhsal yönden iyilik durumu olmadan tam bir sağlık durumundan bahsedilemez (97). Bu sebeple sosyal destek her insan için son derece önemli bir ihtiyaçtır.

Sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkma ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermede pozitif etkisinin olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (97). Sosyal evre ve sosyal destek sistemleri, hastalığı ve hastalığın gidişatını etkileyerek sağlığın korunmasında aktif rol oynar (98). Aktaş, (2007) hazırladığı çalışmada ağlayener'in 'Genel olarak sosyo-ekonomik düzeyin, kültürel sistem ve ruhsal yapı ile birlikte kişinin sağlığını ve hastalıklarla başa çıkma yollarını belirlediği bilinmektedir' şeklindeki ifadesine yer vermiştir. Bu durum kuşkusuz sosyal destek kavramının önemini vurgulamaktadır (99).

İnsan hayatının vazgeçilmesi mümkün olmayan ögesi sağlıktır (100). Sosyal destek sistemleri doğumdan lme birçok yaşam deneyiminde, sağlığı korumaya yönelik bireyin destek aldığı tüm ilişkiler olarak tanımlanmaktadır (97). Sosyal alanda sağlığı etkileyen önemli etkenler vardır. evre, bu yönüyle hayatı sürdürme ve sağlama sistemi olarak adlandırılabilir. Sağlık açısından baktığımızda evre üç ana grupta incelenebilir. Bunlar fiziksel evre, biyolojik evre ve sosyokültürel çevredir (101). Hayat boyunca meydana gelebilecek bazı olumsuz yaşam deneyimleri(hastalık, engellilik, bakıma muhtaç konuma gelme vb.) sosyal destek sistemlerine bağımlılığı daha da artırmaktadır. Kısaca sosyal sağlık tam bir iyilik halinin tamamlayıcısı olduğu gibi sosyal destek sistemleri de sağlığın korunmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Bu sebeple sosyal destek her insan için hayatın önemli bir boyutunu tamamlamaktadır.

Sosyal destek bireylerin ruhsal, fiziksel sağlığını ve aynı zamanda başarısını etkilemekte ve kişileri yaşadıkları strese karşı korumada önemli bir rol üstlenmektedir (102). Ruh sağlığını korumada sosyal destek ya da sosyal destek algısı aileler için oldukça önemli bir rol üstlenir. Zihinsel engelli çocuğa sahip

ailelerin yaşadığı duygusal güçlükler ve stres durumlarını inceleyen çalışmalarda sosyal destek algısı sıkça irdelenen bağımsız değişkenlerdendir (103). Problemlerle karşı karşıya kalan kişiye ailesinin, akrabalarının ve toplumun sağladığı kaynaklar olarak tanımlanan sosyal desteğin, bedensel sağlık ve kendini iyi hissetme düzeyinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (97). Psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik özellikler bireyin toplumsal etkileşimleri sonucu sürekli değişebilen bir potansiyele sahiptir. Doğuştan ya da sonradan ortaya çıkan tüm bireysel özellikler, toplumun sosyal ve ekonomik özellikleriyle bağımlı konumdadır.

2.3.3. Sosyal desteğin bileşenleri

Sosyal kaynağın bireye farklı şekilde yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Bu yardımlar içinde üzerinde en çok durulanlar; maddi, duygusal ve kognitif (zihinsel) destek olmuştur (104,105).

2.3.3.1. Maddi destek

Günlük işlerin gerçekleştirilmesi amacıyla başkaları tarafından sağlanan maddi açıdan yapılan yardımdır. Direk para yardımı, ev işlerinde yardım, çocuk bakımında yardım bu destek tipini kapsar. Örneğin; annenin sabrı ya da kuvveti bittiğinde başkaları tarafından geçici olarak bebeğin bakımının üstlenilmesi (104-106).

2.3.3.2. Duygusal destek

Bireyin empatik iletişim, sevgi, saygı ve bir gruba dahil olma gibi sosyal ihtiyaçlarını içermektedir. Örneğin; eşler arası problem yaşayan ve zor durumda kalan birey, kendisini tarafsızca dinleyen, seven ve haklı olduğunu hissettiren bir insana gereksinim duyar (105-107). Bir meta-analiz, duygusal desteği olan annelerin doğum süresinin 19 dakika daha kısa sürdüğünü belirlemiştir. Aynı zamanda duygusal desteği yüksek olan annelerin analjezi ve epidural anesteziye olan gereksinimleri daha düşük düzeydedir (108).

2.3.3.3. Zihinsel destek

Bireye sorunlarını çözmesinde kullanabileceği bilgiler konusunda destek olmayı ifade etmektedir (109). Nasihat ve bilgi verme, sorunlarını çözme, davranışlar konusunda geri bildirim gibi faydalı bilgilerin bireye verilmesidir (110). Bireyin kendisini tanıması için yol gösteren ve benlik değerini açığa çıkartan geri bildirimler de zihinsel destektir (109). Örneğin; annenin haksız yere çocuklarına yüksek sesle

bağırması, o gün işten çok yorgun ve sinirli geldiğini ifade ederek olayın stres verici özelliğini bir miktar azaltabilir.

2.3.4. Algılanan sosyal destek

Her birey için sosyal desteğin önemi ve birey üzerindeki etkisi aynı olabilir fakat hissedilen sosyal destek farklı algılanır. Sarason (1985) yapmış olduğu çalışmalardan yola çıkarak, algılanan sosyal desteği, sosyal destek kavramından ayırmak gerektiğini dile getirmiştir. Algı, bireyin sahip olduğu eğitime, içinde bulunmuş olduğu çevreye, yer ve zamana, psikolojik duruma göre değişebilen bir olgudur. Algının bu değişkenlere göre şekillenmesi bireyin sosyal destek algısının da değişkenlik göstermesini kaçınılmaz kılacaktır (111).

Sarason (1985)'a göre sosyal destek alınan sosyal destek algısı ve algılanan sosyal destek algısı olmak üzere iki başlık altında incelenmelidir. Alınan sosyal destek algısı bireyin çevresinde yaşamış olduğu anlamlı olaylar üzerinde dururken, algılanan sosyal destek algısı ise bireyin ruhsal sağlığı ile alakalıdır (111)

Bireyin almış olduğu sosyal desteğin işlevlerinin birey için yeterli olup olmadığına dair bireyin kendi yargısına algılanan sosyal destek algısı denir (112).

Algılanan sosyal destek iki önemli bileşeni vardır. Bu bileşenler; bireyin ihtiyacı olduğu zaman yanında olacak kişilerin varlığı algısı ve bireyin algılamış olduğu destekten memnun olma derecesidir (113).

Algılanan sosyal destek, bireyin dış dünyasındaki kişilerle güvenilir bağlarla kurmuş olduğu ilişkiyi, ihtiyacı olduğu zaman alacağı gerekli desteği bilişsel olarak algılamasıdır (113).

Birey için sosyal desteğin olması için bir ihtiyacın olması, bu desteğin erişilebilir olması ve bireyin bu desteği nasıl kullanması gerektiğini bilmesi gerekir. Bireyin sosyal destek ihtiyacı, bu ihtiyacı istemesi ona erişmesi ve kullanması bireyin sosyal destek algısını etkiler (88).

2.3.5. Algılanan manevi destek

Latince'de yaşamın içeriğini geniş bir çerçevede ele alan ve “nefes almak”, “hayatta olmak” anlamlarına gelen ve kaynağı “spiritus” olan maneviyat kelimesinin,

diğer bir ifadesi yaşamı hissetmektir (114). Maneviyatın sözlük anlamı ise, “maddi olmayan manevi şeyler, yürek gücü,moral” dir (115).

İnsan, biyolojik, psikolojik, manevi (spiritual), sosyal ve kültürel boyutlara sahip bir varlık olduğu için bütüncül bir yaklaşım ile en kapsamlı sağlık bakımının sunulabilmesi mümkündür. İnsanın sahip olduğu bu boyutların her biri, birbiri ile ilişkili ve birbirlerine bağımlıdır (116). Bu bağlamda fiziksel alanda oluşan bir sorun psikolojik ve sosyal alanda, ruhsal alanda oluşan bir sorun ise fiziksel alanda başka sorunlara neden olabilmektedir (117). Bundan dolayı, insanın bu boyutlarının tümünde sorun yoksa ve uyum içinde ise ancak o zaman sağlıklı olmaktan söz edilebilir (118). Sağlık bakımının bütüncül yaklaşım ile sunulmaya başlanması ile beraber, manevi boyut da diğer boyutlar kadar önem kazanmıştır (116).

Maneviyat, insanların kendi farkındalıklarını oluşturarak, kendilerini anlamalarını, diğer insanlarla kendilerini karşılaştırmaları, empati yapmaları ve kendilerine olan saygılarını korumalarını sağlar. İnsanlara sorunlar ile başa çıkmada güç, huzur, rahatlama ve umut verir. Hastalıkları önleme, ağrı ve acıyı azaltma, hastalıkların kabul edilmesini kolaylaştırma, stres ve depresyon ile baş ederek azaltma, sosyal sorumluluk üstlenmelerini destekleme, kişisel değer ve dünya görüşlerinin olumlu yönde değiştirilmesini sağlama ve yaşam kalitesini artırma açısından kişilere fayda sağlar (119). Maneviyat, bireyin yaşamındaki amaç, hedef ve anlamına yönelik bilgileri barındırır. Bu bilgilerin düşünülenin aksine dini inançlarla da ilgili olması şart değildir (120).

Günümüzde ise maneviyatın, dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş fakat dini de içine alan, yaşamın anlam ve amacını sorgulayan bir kavram olduğu, hastalık, sağlık, günah, diğer insanlara karşı sorumluluk, ölüm ve ölüm sonrası yaşam (120), hedef, amaç, umut, inanç, empati, merhamet, var olma (121) gibi konuları kapsayan bir kavram olduğu görüşü ortaktır (122).

Araştırmalar, maneviyatın olduğu gibi, inanç ve dini aktivitelerin de; depresyonun, anksiyetenin ve ağrının azaltılmasında, hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisinde, sorunlarla başa çıkma ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu göstermiştir (116). Bu bağlamda, manevi boyutun yaşam kalitesi, sağlık ve iyilik üzerine olumlu etkileri olduğu iletilir (123).

2.4. Hemşirelik ve Travma Sonrası Büyüme

Travma yaşamış kişi ile çalışırken amaç, kişinin yaşamına devam edebilen birisi konumuna geçmesini; başka bir deyişle “bu olay yüzünden artık her şey bitti” konumundan “bu olay bana bir şeyler öğretti ve yaşamıma devam edebilirim” konumuna geçmeyi sağlamaktır (124). Bireyin kendisiyle ve diğer insanlarla barışması, geleceğe dair olumlu ve umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması önemlidir. Ruh sağlığı hemşiresi, hastanın; travmatik hatıraların duygusal baskısına dayanabilmesi, başa çıkabilmesi, olaylara yönelik tutarlı anlam ve inanç geliştirmesi, doyum verici kişilerarası ilişkiler yaşaması için çaba göstermelidir (124-127).

Travma yaşamış bireylerle çalışırken dikkat edilmesi gereken ilkeler;

- ✓ Travmayı izleyen ilk birkaç hafta içerisinde sadece kişilerin öncelikli gereksinimleri karşılanmalı, duygusal destek olunmalı ve güvenlikleri sağlanmalıdır (126-128).
- ✓ Travma sonrası yüksek riskli grupların tanınması, travmanın erken belirtilerinin fark edilmesi ve tedavinin hızlı başlatılması; bireyin motivasyonunun sağlanması ve hafif belirtilerin kronikleşmemesi açısından önemlidir (124-129).
- ✓ Bunun için; kayıp yaşayanlar, yaşlılar, çocuklar, ağır şekilde yaralananlar, psikiyatrik öyküsü olanlar, düşük sosyoekonomik durumu olanlar, çoğul travmaya maruz kalanlar ve sosyal destek sistemleri zayıf olanlar gibi yüksek riskli gruplar tanımlanmalıdır (124,128,129)
- ✓ Bireyin fizyolojik gereksinimlerinin (uyku, beslenme, hijyen vb.) farkında olunmalıdır (124,127).
- ✓ İyileşme sürecinde her bireyin kendi hızında ilerlediğini ve tepkilerin kişiden kişiye değişebileceği unutulmamalı ve beklenen sonuç kriterlerine ulaşabilmek için bireye yeterli süre tanınmalıdır (124,130,131).
- ✓ Psikolojik bakım sağlarken tekrar travmatizasyonu önlemek için; bireylerin ve toplumun güçlerinin, kültürel değer ve inançlarının farkında olunmalı ve kullanılmalıdır (124,129,130). Örneğin, mizahın kullanımı, bireylerin ve

toplumun sahip olduğu güçlü aile bağları, geleneksel törenler-cenaze vb. gibi faktörlerin kullanılması önemlidir (124,132).

- ✓ Ekip ile işbirliği içerisinde çalışılmalı, hastaların yasal hakları konusunda bilgi sahibi olunmalı, kişiler bilgilendirilmeli ve gerektiğinde yasal girişimler başlatılmalıdır (124,129).
- ✓ Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişen hastaya kaliteli ve etkili hasta bakım hizmeti sunabilmesi için hemşireler; hasta bakımının amacını belirlemeli, hemşirelik girişimleri planlamalı, uygun girişimleri yerine getirmeli ve bu girişimlerin sonuç kriterlerine uygunluğunu değerlendirebilmelidir (126-129,133).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma diyaliz hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve spiritüel iyi oluş düzeyinin travma sonrası büyümeye etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde tedavi gören diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile 13 Temmuz 2019 – 17 Ekim 2019 tarihlerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Bilim Dalı'nda yatarak ya da ayaktan hemodiyaliz tedavisi gören 27 hemodiyaliz 17 periton diyalizi hastası (44) ve bu hastalara bakım veren kişiler (44) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından oluşturulan Diyaliz Hastası Kişisel Bilgi Formu (EK 4), Diyaliz Hastası Bakım Verenleri İçin Bilgi Formu (EK 5), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (EK 6), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 7), Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ) (EK 8), Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) (EK 9) kullanılmıştır.

Diyaliz Hastası Kişisel Bilgi Formu (Ek 4): Diyaliz hastalarının sosyo-demografik ve sağlığına ilişkin bazı özelliklerini içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış 7 sorudan oluşan bir formdur.

Diyaliz Hastası Bakım Verenler İçin Bilgi Formu (Ek 5): Diyaliz hastalarının primer bakım vericilerinin sosyo-demografik ve sağlığına ilişkin bazı özelliklerini içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış 7 sorudan oluşan bir formdur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (Ek 6): Stresle Başa Çıkma Ölçeği, kişilerin genel ya da belirgin stres durumları ile başa çıkmada kullandıkları yolları

belirleyebilmek amacıyla 1980’de Folkman ve Lazarus (134) tarafından geliştirilmiş 66 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Durak (135) tarafından (1995) yapılmış, ölçek toplam 30 maddelik ve 5 ayrı alt gruptan oluşturulmuştur. Ölçeğin güvenilirlik katsayılarının uygunluğu, faktör yapısının özelliği, alt ölçeklerin çeşitli değişkenlerle beklenen yöndeki ilişkileri nedeniyle başa çıkma yöntemlerini ölçmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilmektedir. Alt ölçeklerin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları; Kendine Güvenli Yaklaşım için 0,69; İyimser Yaklaşım için 0,63; Sosyal Desteğe Başvurma 0,72; Çaresiz Yaklaşım 0,67; Boyun Eğici Yaklaşım için 0,68 dir. 1. Kendine Güvenli Yaklaşım (SBÇTÖ-KGY) (8,10,14,16,20,23,26) 2. İyimser Yaklaşım (SBÇTÖ-İY) (2,4,6,12,18) 3. Çaresiz Yaklaşım (SBÇTÖ-ÇY) (3,7,11,19,22,25,27,28) 4. Boyun Eğici Yaklaşım (SBÇTÖ-BEY)(5,13,15,17,21,24) 5. Sosyal Desteğe Başvurma (SBÇTÖ-SDB) (1,9,29,30)’dır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, toplam puan elde edilememekte, puanlar her bir alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her maddeye verilen yanıtlar 0,1,2,3 şeklinde puanlanıp, her bireyin her alt gruptaki puanları tek tek toplanarak o gruptaki madde sayısına bölünmektedir. Böylece her alt grubun ortalama puanı elde edilmektedir. Ancak Sosyal Desteğe Başvurma grubundaki 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Her bir alt ölçekten alınan puanlardaki artış, o ölçeğe ait yaklaşımın daha güçlü kullanıldığına işaret etmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 7): Zimmet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (136) tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır. Bunlar; aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9,12. maddeler) ve özel bir insandır (1,2,5,10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt boyuttaki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt boyut puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde

edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Eker ve ark. (136) ölçeğinin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak vermişlerdir. Bu çalışmada ÇBASDÖ toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ) (Ek 8): Travmatik yaşantılar sonrası kişilerin yaşadığı değişimleri değerlendirmek amacıyla Tedeschi ve Calhoun (5), tarafından 1996 yılında geliştirilen Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory), 5 alt boyuttan ve 21 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. Maddeler 0-5 arası 6'lı derecelendirme üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerin ilgili boyutta yüksek düzeyde büyüme yaşadığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Dürü, tarafından (137) 2006 yılında gerçekleştirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucu ölçeğin orijinaliyle tutarlı olarak 5 faktörden oluştuğu görülmüştür. Bunlar: Başkalarıyla İlişkiler (15, 14, 17, 16, 3 ve 9. maddeler), Yeni Fırsatlar (6, 8, 20 ve 21. maddeler), Kişisel Güçlülük (2, 1, 7 ve 13. maddeler), Manevi Değişim (10, 4, 11 ve 19. Maddeler) ve Yaşamı Takdir Etme'dir (18, 5 ve 12. maddeler). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin, araştırmanın örnekleminde travma sonrası büyümenin değerlendirilmesinde güvenilir bir ölçüm yöntemi olduğu görülmüştür. Bu çalışmada TSBÖ toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) (Ek 9): İnsanın değer ve nihai anlamları doğrultusunda kişisel, toplumsal, çevresel ve trasandantal (aşkın) yönleriyle hayatlarını anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla yetişkinlere yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Ekşi ve Kardaş (2017) (138) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek toplamda 29 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipinde bir ölçektir ve maddelerin derecelendirilmesi (1= Bana hiç uygun değil, 2= Bana uygun değil, 3= Bana biraz uygun, 4= Bana oldukça uygun, 5= Bana tamamen uygun) şeklinde 20 yapılandırılmıştır. Ölçek 3 faktörden oluşmaktadır. Birinci faktörde 15 madde, ikinci ve üçüncü faktörlerde 7'şer madde bulunmaktadır. Her bir faktöre giren ölçek maddeleri incelenmiş ve buna göre alt boyutları isimlendirilmiştir. Birinci faktöre giren maddeler "Aşkınlık", ikinci faktördeki maddeler "Doğayla Uyum", üçüncü faktördeki maddeler "Anomi" olarak boyutlandırılmıştır. Alt boyutların güvenilirlik katsayıları ise; aşkınlık alt boyutuna ait Cronbach's Alpha değeri 0.95, doğayla uyum için 0.86 ve anomi için 0.85 olarak

bulunmuştur. Bununla birlikte ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri ise 0.88 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada SİÖÖ toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

“Diyaliz Hastası Kişisel Bilgi Formu”, “Diyaliz Hastası Bakım Verenleri İçin Bilgi Formu”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Travma Sonrası Büyüme Ölçeği”, “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” hastalar ve bakım verenleri ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) (139). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yararlanılmıştır Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örneklerde (Independent samples) t testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmış; ölçek puanları arasındaki görelî etkiyi tespit etmek için çoklu regresyon ile analizleri yapılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları, hasta ve bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri; hasta ve bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi gösteren 3 bölümde verilmiştir.

4.1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşlarına Göre Dağılımı

YAŞ	HASTA		BAKIM VEREN	
	n	%	n	%
20-29 Yaş	7	15.9	4	9.1
30-49 Yaş	17	38.6	19	43.2
50 Yaş ve üzeri	20	45.5	21	47.7
Toplam	44	100.0	44	100

Araştırmaya katılan hastalar yaşlarına göre %45.5 (20 Kişi) 50 yaş ve üzeri, %38.6 (17 Kişi) 30-49 Yaş, %15.9 (7 Kişi) 20-29 Yaş hasta yakınları ise %47.7(21 kişi) 50 yaş ve üzeri, %43.2 (19) 'si 30-49 yaş ve %9.1(4 kişi) 20-29 yaş grubundadır (Tablo 1).

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	HASTA		BAKIM VEREN	
	n	%	n	%
Kadın	15	34.1	31	70.5
Erkek	29	65.9	13	29.5
Toplam	44	100.0	44	100.0

Araştırmaya katılan hastalar cinsiyetlerine göre %65.9 (29 Kişi) erkek, %34.1 (15 Kişi) kadın; bakım verenle ise %70.5 (31 Kişi) kadın, %29.5 (13 Kişi) erkektir (Tablo 2).

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	HASTA		BAKIM VEREN	
	n	%	n	%
Evli	24	54.5	37	84.1
Bekar	9	20.5	4	9.1
Diğer	11	25.0	3	6.8
Toplam	44	100.0	44	100

*Diğer: Eşi vefat etmiş/Boşanmış

Araştırmaya katılan hastalar medeni durumlarına göre %54.5 (24 Kişi) evli, %25.0 (11 Kişi) eşi vefat etmiş/boşanmış ve %20.5 (9 Kişi) bekar; bakım verenlerin ise %84.1 (37 Kişi) evli, %9.1 (4 Kişi) bekar, %6.8 (3 Kişi) eşi vefat etmiş/boşanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim	HASTA		BAKIM VEREN	
	n	%	n	%
Okur-Yazar Değil	1	2.3	3	6.8
İlkokul	20	45.5	16	36.4
Ortaokul	1	2.3	2	4.5
Lise	16	36.4	15	34.1
Üniversite	6	13.6	8	18.2

Araştırmaya katılan hastalar eğitim durumlarına göre %45.5 (20 Kişi) ilkokul, %36.4 (16 Kişi) lise, %13.6 (6 Kişi) üniversite ve %2.3 (1 Kişi) Okur yazar değil ve ortaokul; bakım verenlerin ise %36.4 (16 Kişi) ilkokul, %34.1 (15 Kişi) lise, %18.2 (8 Kişi) üniversite, %6.8 (3 Kişi) okur-yazar değil ve %4.5 (2 Kişi) ortaokul mezunudur (Tablo 4) .

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Hastalar ve Bakım Verenlerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Gelir Durumu	HASTA		BAKIM VEREN	
	n	%	n	%
Gelirim Giderimden Az	23	52.3	22	50.0
Gelirim Giderimi Karşılıyor	20	45.5	21	47.7
Gelirim Giderimden Fazla	1	2.3	1	2.3
Toplam	44	100.0	44	100

Araştırmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre dağılımı %52.3 (23 Kişi) geliri giderinden az, %45.5'i (20 Kişi) geliri giderini karşılayan ve %2.3 (1 Kişi) geliri giderinden fazla; bakım verenlerin ise %50 (22 Kişi) geliri giderinden az, %47.7 (21 Kişi) geliri giderini karşılıyor ve %2.3 (1 Kişi) geliri giderinden fazladır (Tablo 5).

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuk sahibi olma	HASTA		BAKIM VEREN	
	n	%	n	%
Var	30	68.2	40	90.9
Yok	14	31.8	4	9.1
Toplam	44	100.0	44	100.0

Araştırmaya katılan hastalar çocuk sahibi olma durumlarına göre %68.2'sinin (30 Kişi) çocuğu varken , %31.8'inin (14 Kişi) çocuğu yok; bakım verenlerin ise %90.9 (40 Kişi) çocuğu varken , %9.1 (4 Kişi)'inin çocuğu yoktur (Tablo 6).

Tablo 7: Araştırmaya Katılan Hastaların Diyaliz Türlerine Göre Dağılımı

Diyaliz Türü	n	%
Periton	17	36.4
Hemodiyaliz	27	63.6
Toplam	44	100.0

Araştırmaya katılan hastalar tedavi türlerine göre %63.6 (27 Kişi) hemodiyaliz hastası, %36.4 (17 Kişi) periton diyaliz hastası şeklinde dağılmıştır (Tablo 7).

4.2. Çalışmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

Ölçek	Yaş	HASTA				BAKIM VEREN			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	p
TSBÖ	20-29 yaş*	7	59.00	27.78		4	81.75	19.10	
	30-49 yaş	17	71.64	22.74	0.031	19	79.57	17.41	0.563
	50 yaş ve üzeri**	20	84.30	20.72		21	74.23	18.20	
ÇBASDÖ	20-29 yaş	7	60.85	18.81		4	55.25	18.71	
	30-49 yaş	17	58.29	18.91	0.878	19	70.10	13.64	0.097
	50 yaş ve üzeri	20	60.85	17.12		21	62.66	13.78	
SİOÖ	20-29 yaş*	7	93.71	21.52		4	112.50	17.07	
	30-49 yaş*	17	109.83	16.76	0.000	19	121.15	14.69	0.554
	50 yaş ve üzeri**	20	123.05	13.29		21	120.71	14.59	
SBÇTÖ-SDB	20-29 yaş	7	2.95	0.49		4	3.58	0.50	
	30-49 yaş	17	3.12	0.64	0.672	19	3.21	0.43	0.257
	50 yaş ve üzeri	20	3.17	0.47		21	3.13	0.55	
SBÇTÖ-İY	20-29 yaş	7	2.63	0.45		4	2.85	0.77	
	30-49 yaş*	17	2.56	0.69	0.008	19	3.22	0.55	0.274
	50 yaş ve üzeri**	20	3.14	0.47		21	3.01	0.41	
SBÇTÖ-ÇY	20-29 yaş	7	2.76	0.68		4	2.78	0.26	
	30-49 yaş	17	2.57	0.65	0.077	19	2.39	0.51	0.270
	50 yaş ve üzeri	20	2.20	0.58		21	2.43	0.37	
SBÇTÖ-BEY	20-29 yaş	7	2.24	0.43		4	2.58	0.40	
	30-49 yaş	17	2.44	0.36	0.283	19	2.49	0.46	0.669
	50 yaş ve üzeri	20	2.51	0.38		21	2.62	0.45	
SBÇTÖ-KGY	20-29 yaş	7	2.81	0.59		4	3.21	0.53	
	30-49 yaş	17	2.88	0.43	0.088	19	3.38	0.52	0.456
	50 yaş ve üzeri	20	3.18	0.44		21	3.16	0.55	

Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerin travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin yaşlarına göre farklılık analizi Tek Yönlü ANOVA Testi ile incelenmiştir (Tablo 8). Analiz sonucunda hastaların travma sonrası büyüme, spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma iyimser yaklaşım alt boyut düzeylerinin yaşlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (<0.05). Söz konusu farklılıkların hangi yaş grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post-hoc (Tukey testi) analizi sonucunda,

- 50 yaş ve üzerindeki hastaların stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım düzeylerinin 30-49 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu,
- 50 yaş ve üzerindeki hastaların travma sonrası büyüme düzeylerinin 20-29 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek düzeyde,
- 50 yaş ve üzerindeki hastaların genel iyi oluş düzeyleri 20-29 ve 30-49 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİÖÖ ve SBÇTÖ'nün Cinsiyetlere Göre Farklılık Analizi

Ölçekler	Cinsiyet	HASTA				BAKIM VEREN			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	p
TSBÖ	Kadın	15	68.06	20.13	.140	31	76.77	17.75	.797
	Erkek	29	79.17	24.59		13	78.30	18.88	
ÇBASDÖ	Kadın	15	53.20	17.07	.091	31	65.96	14.31	.599
	Erkek	29	63.31	17.31		13	63.38	15.75	
SİÖÖ	Kadın	15	110.46	18.12	.486	31	118.90	16.12	.384
	Erkek	29	114.72	19.49		13	123.15	9.99	
SBÇTÖ-SDB	Kadın	15	3.13	0.61	.864	31	3.23	0.43	.671
	Erkek	29	3.10	0.50		13	3.15	0.68	
SBÇTÖ-İY	Kadın	15	2.75	0.61	.494	31	3.02	0.50	.184
	Erkek	29	2.88	0.63		13	3.25	0.52	
SBÇTÖ-ÇY	Kadın	15	2.73	0.72	.025	31	2.48	0.46	.380
	Erkek	29	2.28	0.56		13	2.36	0.38	
SBÇTÖ-BEY	Kadın	15	2.62	0.30	.021	31	2.59	0.43	.564
	Erkek	29	2.34	0.39		13	2.50	0.50	
SBÇTÖ-KGY	Kadın	15	2.89	0.40	.257	31	3.24	0.54	.704
	Erkek	29	3.06	0.51		13	3.31	0.53	

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaları ve bakım verenlerin cinsiyetlerine göre travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin cinsiyetlere göre farklılık analizi Bağımsız T-Testi ile incelenmiştir (Tablo 9). Analiz sonucunda hem hasta hem de bakım verenlerinde travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek, spiritüel iyi oluş ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (>0.05). Kadın hastaların stresle başa çıkma

düzeyleri alt boyutları olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım düzeylerinin erkek hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (<0.05).

Tablo 10: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Medeni Durumlarına Göre Farklılık Analizi

Ölçek	Medeni durum	HASTA				BAKIM VEREN			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	p
TSBÖ	Evli	24	80.54	20.11		37	78.48	16.87	
	Bekar	9	66.22	28.50	0.252	4	82.50	18.24	0.071
	Diğer	11	73.63	25.45		3	55.00	17.75	
ÇBASDÖ	Evli*	24	63.08	15.19		37	66.78	13.37	
	Bekar	9	60.22	20.90	0.250	4	67.50	7.76	0.018
	Diğer	11	52.54	19.60		3	42.66	21.59	
SİOÖ	Evli**	24	117.46	16.47		37	120.02	15.25	
	Bekar*	9	97.55	22.73	0.017	4	119.50	8.22	0.954
	Diğer **	11	117.00	15.00		3	122.66	16.92	
SBÇTÖ-SDB	Evli	24	3.11	0.46		37	3.23	0.44	
	Bekar*	9	2.93	0.64	0.365	4	3.50	0.58	0.037
	Diğer	11	3.27	0.61		3	2.56	0.77	
SBÇTÖ-İY	Evli	24	2.79	0.59		37	3.07	0.47	
	Bekar	9	2.73	0.79	0.524	4	3.15	0.77	0.889
	Diğer	11	3.02	0.54		3	3.20	0.87	
SBÇTÖ-ÇY	Evli	24	2.39	0.60		37	2.45	0.43	
	Bekar*	9	2.41	0.62	0.843	4	2.38	0.60	0.887
	Diğer **	11	2.53	0.82		3	2.54	0.38	
SBÇTÖ-BEY	Evli	24	2.42	0.35		37	2.55	0.41	
	Bekar*	9	2.19	0.39	0.012	4	2.17	0.45	0.010
	Diğer**	11	2.68	0.34		3	3.17	0.29	
SBÇTÖ-KGY	Evli	24	3.03	0.35		37	3.23	0.52	
	Bekar	9	2.87	0.76	0.644	4	3.57	0.42	0.479
	Diğer	11	3.06	0.46		3	3.19	0.92	

*Diğer- Eşi Vefat Etmiş / Boşanmış

Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerin travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılık analizi Tek Yönlü ANOVA Testi ile incelenmiştir (Tablo 10). Analiz sonucunda hastaların spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma boyun eğici yaklaşım; hasta yakınlarının ise algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma sosyal desteğe başvurma ile boyun eğici yaklaşım alt boyut düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (<0.05). Söz konusu

farklılıkların hangi medeni gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığının tespiti için yapılan post-hoc (Tukey testi) analizi sonucunda,

- Evli olan hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin bekar hastalara göre daha yüksek,
- Eşi vefat etmiş/boşanmış olan hasta ve hasta yakınlarının stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım düzeyleri bekar katılımcılara göre daha yüksek,
- Evli hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeylerinin bekar hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu,
- Bekar hasta yakınlarının stresle başa çıkmada sosyal desteğe başvurma düzeylerinin eşi vefat etmiş/boşanmış olan hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Eğitim Durumlarına Göre Farklılık Analizi

Ölçek	Eğitim	HASTA				HASTA YAKINI			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	p
TSBÖ	Okur-Yazar Değil	1	92.00	0.00	.331	3	71.00	13.52	.293
	İlkokul	20	70.05	25.19		16	72.81	20.79	
	Ortaokul	1	52.00	0.00		2	62.50	23.33	
	Lise	16	77.32	23.77		15	80.86	14.20	
	Üniversite	6	89.16	14.04		8	85.25	15.82	
ÇBASDÖ	Okur-Yazar Değil	1	39.00	0.00	.186	3	58.66	12.09	.704
	İlkokul	20	60.05	18.27		16	62.50	18.21	
	Ortaokul	1	32.00	0.00		2	69.50	10.66	
	Lise	16	59.00	16.41		15	66.86	13.74	
	Üniversite	6	69.66	16.15		8	69.37	9.84	
SİOÖ	Okur-Yazar Değil	1	129.00	0.00	.628	3	132.00	5.00	.473
	İlkokul	20	111.60	18.37		16	118.37	16.11	
	Ortaokul	1	91.00	0.00		2	109.50	37.47	
	Lise	16	113.81	21.23		15	119.53	12.22	
	Üniversite	6	118.50	15.95		8	123.12	11.64	

Tablo 12: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Eğitim Durumlarına Göre Farklılık Analizi (devamı)

SBÇTÖ- SDB	Okur-Yazar Değil	1	3.00	0.00	.304	3	3.22	0.38	.728
	İlkokul	20	3.20	0.58		16	3.21	0.65	
	Ortaokul	1	2.00	0.00		2	2.83	0.24	
	Lise	16	3.08	0.51		15	3.16	0.40	
	Üniversite	6	3.11	0.40		8	3.38	0.45	
SBÇTÖ- İY	Okur-Yazar Değil	1	3.20	0.00	.094	3	3.47	0.42	.316
	İlkokul	20	2.74	0.68		16	2.94	0.51	
	Ortaokul	1	1.20	0.00		2	2.70	0.42	
	Lise	16	2.91	0.48		15	3.17	0.50	
	Üniversite	6	3.17	0.27		8	3.18	0.54	
SBÇTÖ- ÇY	Okur-Yazar Değil	1	1.71	0.00	.389	3	2.54	0.38	.498
	İlkokul	20	2.52	0.58		16	2.51	0.49	
	Ortaokul	1	2.14	0.00		2	2.50	0.35	
	Lise	16	2.53	0.77		15	2.49	0.37	
	Üniversite	6	2.05	0.49		8	2.19	0.46	
SBÇTÖ- BEY	Okur-Yazar Değil	1	3.17	0.00	.091	3	3.06	0.42	.004
	İlkokul	20	2.51	0.30		16	2.69	0.35	
	Ortaokul	1	2.00	0.00		2	2.08	0.59	
	Lise	16	2.47	0.39		15	2.60	0.43	
	Üniversite	6	2.08	0.39		8	2.17	0.31	
SBÇTÖ- KGY	Okur-Yazar Değil	1	2.83	0.00	.071	3	3.52	0.36	.028
	İlkokul	20	2.94	0.45		16	2.98	0.54	
	Ortaokul	1	1.83	0.00		2	2.86	0.40	
	Lise	16	3.07	0.50		15	3.37	0.50	
	Üniversite	6	3.25	0.23		8	3.61	0.39	

Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerin travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık analizi Tek Yönlü ANOVA Testi ile incelenmiştir (Tablo 11). Analiz neticesinde hasta yakınlarının stresle başa çıkma boyun eğici ve kendine güven yaklaşımları düzeylerinin eğitim göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (<0.05). Söz konusu farklılıkların hangi eğitim grupları arasındaki farklılıktan kaynaklandığının tespiti için yapılan post-hoc (Tukey testi) analizi neticesinde,

- Okur yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan hasta yakınlarının stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım düzeylerinin üniversite mezunu olan hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu,
- Üniversite mezunu olan hasta yakınlarının stresle başa çıkmada kendine güven yaklaşımı düzeylerinin ilkokul mezunu olan hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Gelir Durumlarına Göre Farklılık Analizi

Ölçek	Gelir Durumu	HASTA				HASTA YAKINI			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	p
TSBÖ	Gelirim Giderimden Az*	23	66.08	23.24	0.015	22	72.50	20.43	0.085
	Gelirim Giderimi	20	84.80	19.91		21	83.04	12.76	
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla**	1	101.00	0.00		1	59.00	0.00	
ÇBASDÖ	Gelirim Giderimden Az	23	54.26	18.06	0.078	22	60.59	17.42	0.096
	Gelirim Giderimi	20	65.50	15.70		21	69.74	9.56	
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla	1	76.00	0.00		1	77.00	0.00	
SİOÖ	Gelirim Giderimden Az*	23	105.39	18.64	0.012	22	117.68	17.63	0.514
	Gelirim Giderimi	20	122.10	15.84		21	122.86	10.82	
	Karşılıyor**								
	Gelirim Giderimden Fazla**	1	118.00	0.00		1	118.00	0.00	
SBÇTÖ-SDB	Gelirim Giderimden Az	23	3.09	0.54	0.584	22	3.29	0.53	0.543
	Gelirim Giderimi	20	3.12	0.54		21	3.13	0.49	
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla	1	3.67	0.00		1	3.00	0.00	
SBÇTÖ-İY	Gelirim Giderimden Az*	23	2.62	0.59	0.037	22	3.04	0.58	0.540
	Gelirim Giderimi	20	3.06	0.57		21	3.11	0.44	
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla*	1	3.40	0.00		1	3.60	0.00	

Tablo 14: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Gelir Durumlarına Göre Farklılık Analizi (devamı)

SBÇTÖ-	Gelirim Giderimden Az	23	2.55	0.66		22	2.57	0.46	
ÇY	Gelirim Giderimi	20	2.34	0.62	0.230	21	2.36	0.35	0.020
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla	1	1.57	0.00		1	1.50	0.00	
SBÇTÖ-	Gelirim Giderimden Az	23	2.50	0.37		22	2.73	0.45	
BEY	Gelirim Giderimi	20	2.38	0.40	0.556	21	2.43	0.32	0.002
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla	1	2.33	0.00		1	1.50	0.00	
SBÇTÖ-	Gelirim Giderimden Az	23	2.84	0.43		22	3.21	0.59	
KGY	Gelirim Giderimi	20	3.18	0.49	0.054	21	3.27	0.46	0.359
	Karşılıyor								
	Gelirim Giderimden Fazla	1	3.33	0.00		1	4.00	0.00	

Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerin travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin ekonomik durumlarına göre farklılık analizi Tek Yönlü ANOVA Testi ile incelenmiştir (Tablo 12). Analiz neticesinde hasta ve hasta yakınlarının travma sonrası büyüme, spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma alt boyutlarından iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım düzeylerinin düzeylerinin ekonomik durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (<0.05). Söz konusu farklılıkların hangi ekonomik durum grupları arasındaki farklılıktan kaynaklandığının tespiti için yapılan post-hoc (Tukey testi) analizi neticesinde,

- Geliri giderinden fazla olan hastaların travma sonrası büyüme ve stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım düzeylerinin geliri giderinden az olan hastalara göre daha yüksek,
- Geliri giderinden fazla olan ve geliri giderini karşılayan hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin geliri giderinden az olan hastalara göre daha yüksek,
- Geliri giderinden az ve geliri giderini karşılayan hasta yakınlarının stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım düzeylerinin geliri giderinden fazla olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 15: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Farklılık Analizi

Ölçekler	Çocuk	HASTA				BAKIM VEREN			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	p
TSBÖ	Var	30	80.93	20.97	.020	40	75.97	17.72	.141
	Yok	14	63.50	25.08		4	89.75	14.17	
ÇBASDÖ	Var	30	62.00	15.78	.229	40	64.87	15.22	.642
	Yok	14	55.28	21.18		4	68.50	5.74	
SİOÖ	Var	30	118.76	15.78	.004	40	119.77	15.05	.587
	Yok	14	101.50	20.77		4	124.00	9.38	
SBÇTÖ-SDB	Var	30	3.18	0.44	.251	40	3.17	0.49	.116
	Yok	14	2.98	0.70		4	3.58	0.50	
SBÇTÖ-İY	Var	30	2.91	0.54	.230	40	3.04	0.47	.057
	Yok	14	2.67	0.75		4	3.55	0.77	
SBÇTÖ-ÇY	Var	30	2.33	0.62	.125	40	2.42	0.43	.250
	Yok	14	2.65	0.69		4	2.69	0.43	
SBÇTÖ-BEY	Var	30	2.49	0.38	.166	40	2.56	0.46	.916
	Yok	14	2.32	0.38		4	2.58	0.32	
SBÇTÖ-KGY	Var	30	3.08	0.38	.135	40	3.21	0.53	.074
	Yok	14	2.85	0.63		4	3.71	0.31	

Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerin travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılık analizi Bağımsız T – Testi ile incelenmiştir (Tablo 13). Analiz sonucunda çocuk sahibi olan hastaların hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile spiritüel iyi oluş düzeylerinin çocuk sahibi olmayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (<0.05).

Tablo 16: Hasta ve Bakım Verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ'nün Gördükleri Tedavi Türüne Göre Farklılık Analizi

Ölçek	Diyaliz Şekli	HASTA				BAKIM VEREN			
		n	Ort	SS	p	n	Ort	SS	P
TSBÖ	Periton	17	69.17	23.75		17	79.41	12.26	
	Hemodiyaliz	27	79.29	22.98	.168	27	75.85	20.57	.524
ÇBASDÖ	Periton	17	55.35	18.02		17	66.57	9.57	
	Hemodiyaliz	27	62.70	17.23	.196	27	64.37	17.17	.639
SİOÖ	Periton	17	108.58	20.39		17	120.29	10.37	
	Hemodiyaliz	27	116.56	17.55	.149	27	120.07	16.92	.962
SBÇTÖ-SDB	Periton	17	3.12	0.68		17	3.22	0.46	
	Hemodiyaliz	27	3.11	0.44	.969	27	3.20	0.54	.909
SBÇTÖ-İY	Periton	17	2.67	0.76		17	3.15	0.47	
	Hemodiyaliz	27	2.94	0.49	.159	27	3.04	0.54	.501
SBÇTÖ-ÇY	Periton	17	2.45	0.53		17	2.46	0.34	
	Hemodiyaliz	27	2.42	0.73	.861	27	2.44	0.49	.838
SBÇTÖ-BEY	Periton	17	2.43	0.37		17	2.72	0.46	
	Hemodiyaliz	27	2.44	0.40	.914	27	2.46	0.41	.066
SBÇTÖ-KGY	Periton	17	2.95	0.59		17	3.39	0.44	
	Hemodiyaliz	27	3.04	0.40	.568	27	3.18	0.58	.215

Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlerin travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin gördükleri tedavi türüne göre farklılık analizi Bağımsız T – Testi ile incelenmiştir (Tablo 14). Analiz sonucunda hasta ve hasta yakınlarının travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin gördükleri tedavi türüne göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir (>0.05).

4.3. Çalışmaya Katılan Hasta ve Bakım Verenlerin Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 17: Hastaların Travma Sonrası Büyüme, Algılanan Sosyal Destek Spiritüel İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

		TSBÖ	ÇBASDÖ	SİOÖ	SBÇTÖ- SDB	SBÇTÖ- İY	SBÇTÖ- ÇY	SBÇTÖ- BEY	SBÇTÖ- KGY
TSBÖ	r	1	.670**	.799**	.196	.627**	-.747**	-.340*	.692**
	p		.000	.000	.202	.000	.000	.024	.000
ÇBASDÖ	r		1	.462**	.390**	.429**	-.412**	-.382*	.585**
	p			.002	.009	.004	.005	.011	.000
SİOÖ	r			1	.227	.633**	-.609**	-.009	.623**
	p				.139	.000	.000	.954	.000
SBÇTÖ- SDB	r				1	.315*	-.068	.134	.525**
	p					.038	.663	.385	.000
SBÇTÖ- İY	r					1	-.629**	-.079	.737**
	p						.000	.611	.000
SBÇTÖ- ÇY	r						1	.364*	-.567**
	p							.015	.000
SBÇTÖ- BEY	r							1	-.234
	p								.126
SBÇTÖ- KGY	r								1
	p								

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

c. Listwise N=44

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya katılan hastaların travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 15) . Analiz sonucunda travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeyleri alt boyutları arasında korelatif ilişki olduğu tespit edilmiştir (< 0.05). Söz konusu ilişkilerin yönü ve düzeyleri şu şekilde belirtilebilir:

- Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: 0.670; < 0.05),
- Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: 0.799; < 0.05),

- Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma iyimser yaklaşım düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: 0.627; < 0.05),
- Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma çaresiz yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: -0.747; < 0.05),
- Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma boyun eğici yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu (r: -0.340; < 0.05),
- Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma kendine güven yaklaşımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: 0.692; < 0.05),
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.462; < 0.05),
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma sosyal desteğe başvurma düzeyleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu (r: 0.390; < 0.05),
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma iyimser yaklaşım düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.429; < 0.05),
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma çaresiz yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: - 0.412; < 0.05),
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma boyun eğici yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu (r: - 0.382; < 0.05),
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma kendine güven yaklaşımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.585; < 0.05),
- Hastaların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile stresle başa çıkma sosyal desteğe başvurma düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: 0.633; < 0.05),

- Hastaların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile stresle başa çıkma çaresiz yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: -0.609; < 0.05),
- Hastaların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile stresle başa çıkma kendine güven yaklaşımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: 0.623; < 0.05) tespit edilmiştir.

Tablo 18: Bakım Verenlerin Travma Sonrası Büyüme, Algılanan Sosyal Destek Spiritüel İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Arasındaki İlişki

		TSBÖ	ÇBASDÖ	SiOÖ	SBÇTÖ- SDB	SBÇTÖ- İY	SBÇTÖ- ÇY	SBÇTÖ- BEY	SBÇTÖ- KGY
TSBÖ	r	1	.598**	.690**	.179	.509**	-.480**	-.079	.529**
	p		.000	.000	.245	.000	.001	.609	.000
ÇBASDÖ	r		1	.500**	.036	.402**	-.501**	-.338*	.520**
	p			.001	.815	.007	.001	.025	.000
SiOÖ	r			1	.028	.674**	-.545**	.100	.528**
	p				.856	.000	.000	.519	.000
SBÇTÖ- SDB	r				1	.128	.201	.030	.308*
	p					.408	.190	.847	.042
SBÇTÖ- İY	r					1	-.397**	.146	.773**
	p						.008	.343	.000
SBÇTÖ- ÇY	r						1	.335*	-.410**
	p							.026	.006
SBÇTÖ- BEY	r							1	.037
	p								.811
SBÇTÖ- KGY	r								1
	p								

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

c. Listwise N=44

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 16). Analiz sonucunda travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeyleri alt boyutları arasında korelatif ilişki olduğu tespit edilmiştir (< 0.05). Söz konusu ilişkilerin yönü ve düzeyleri şu şekilde belirtilebilir:

- Hasta yakınlarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.598; < 0.05),
- Hasta yakınlarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma iyimser yaklaşım düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.509; < 0.05),
- Hasta yakınlarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma çaresiz yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: -0.408; < 0.05),
- Hasta yakınlarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile stresle başa çıkma kendine güven yaklaşımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.529; < 0.05),
- Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.501; < 0.05),
- Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma iyimser yaklaşım düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.402; < 0.05),
- Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma çaresiz yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: -0.501; < 0.05),
- Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma boyun eğici yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu (r: -0.338; < 0.05),
- Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma kendine güven yaklaşımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: 0.520; < 0.05),
- Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleri ile stresle başa çıkma iyimser yaklaşım düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu (r: -0.674; < 0.05),
- Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleri ile stresle başa çıkma çaresiz yaklaşım düzeyleri arasında negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu (r: -0.545; < 0.05),

- Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleri ile stresle başa çıkma kendine güven yaklaşımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu ($r: 0.528; < 0.05$) tespit edilmiştir.

Tablo 19: Hastaların Travma Sonrası Büyüme Üzerinde Stresle Başa Çıkma Stratejileri, Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Etkisi

Model	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış	t	Sig.	R ²
	Katsayılar		Katsayılar			
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	.932	.998		.933	.357	
SBÇTÖ-SDB	-.179	.186	-.086	-.963	.342	
SBÇTÖ-İY	-.069	.202	-.038	-.342	.734	
SBÇTÖ-ÇY	-.458	.177	-.266	-2.586	.014	0.814
SBÇTÖ-BEY	-.265	.257	-.091	-1.032	.309	
SBÇTÖ-KGY	.330	.301	.141	1.097	.280	
ÇBASDÖ	.214	.071	.279	3.034	.004	
SİOÖ	.795	.176	.463	4.513	.000	

a. Bağımlı Değişken: Hasta TSBÖ

Hastaların travma sonrası büyüme üzerinde stresle başa çıkma, spiritüel iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin çoklu etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 17). Analiz sonucunda oluşturulan modelin travma sonrası büyümede etkili olduğu, bu etkide SBÇTÖ-ÇY, ÇBASDÖ, SİOÖ'nün belirleyici olduğu ve travma sonrası büyümeyi %81.4 düzeyinde açıkladığı görülmektedir.

Tablo 20: Bakım Verenlerin Travma Sonrası Büyüme Üzerinde Stresle Başa Çıkma, Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Etkisi

Model	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılm	t	Sig.	R ²
	Katsayılar		ış Katsayılar			
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	-1.306	1.412		-.925	.361	
SBÇTÖ-SDB	.816	.290	.486	2.809	.008	
SBÇTÖ-İY	.196	.105	.282	1.866	.070	
SBÇTÖ-ÇY	.263	.208	.157	1.265	.214	0.51
SBÇTÖ-BEY	-.076	.328	-.046	-.232	.818	4
SBÇTÖ-KGY	-.181	.305	-.093	-.592	.558	
ÇBASDÖ	-.004	.256	-.002	-.017	.986	
SİOÖ	.119	.317	.075	.374	.711	

a. Bağımlı Değişken: Bakım Verenler TSBÖ

Hasta bakım verenlerin travma sonrası büyüme üzerinde stresle başa çıkma, spiritüel iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin çoklu etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 18). Analiz sonucunda oluşturulan modelin travma sonrası büyüme üzerinde etkili olduğu, bu etkide SBÇTÖ-SDB'nun belirleyici olduğu ve travma sonrası büyümeyi %51.4 düzeyinde açıkladığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Diyaliz Hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve spiritüel iyi oluş düzeyinin travma sonrası büyümeye etkisinin belirlenmesini inceleyen bu araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1 TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ Ölçek Puanlarının Hastalar ve Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Yaş: Çalışmamızda hasta ve bakım verenlerin yaşlarına göre TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre hemodiyaliz hastalarının TSBÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ-İY puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark 50 yaş ve üzerindeki hastaların puanlarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 8) ($p<0.05$). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde Kahveci ve Demirtaş (143) multiple myelomlu hastalarla yaptığı yaşam kalitesi ve stresle baş etme tutumlarını değerlendirdiği çalışmasında ileri yaş aralığında iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Konuyla ilgili başka bir çalışmada ise ileriki yaşlarda etkin baş etme tutumlarının azaldığını saptamıştır (144). Altun'un (145) çalışmasında ileri yaşlarda olan bireylerin, daha genç yaşlarda olan bireylere göre daha etkin bir şekilde stresle başa çıkabildikleri görülmüştür. Diyaliz hastaları ile yapılan bazı çalışma sonuçları ise hastaların stresle başa çıkma biçimlerinin yaş değişkeninden etkilenmediğini göstermektedir (146). Literatürde diyaliz hastalarının yaşına göre stresle başa çıkma tarzlarının değişmediğini gösteren çalışmalara da rastlanmakla birlikte; çalışmamızda 50 yaş ve üzerinde olan hastaların yaşam deneyimlerinin genç yaşlardaki hastalara göre daha fazla ve yaşamsal kaygılarının göreceli olarak azalmış olmasının sorunlara daha iyimser yaklaşmalarını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada 50 yaş ve üzerindeki hastaların iyi oluş düzeylerinin 20-29 ve 30-49 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde onkoloji hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların yaşı ile spiritüel iyi oluş puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (147). Ekşi ve Kardaş'ın (2017) çalışmasında yaş değişkeninin spiritüel iyi oluş üzerinde anlamlı fark yarattığı ortaya konmuştur (138). Şirin (148) çalışmasında yaş değişkeninin spiritüel iyi oluş üstünde etkisinin olmadığını belirtmiştir. Oktan ve

ark.'nın (149) çalışmalarında yaş değişkeni ile maneviyat arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eğlence ve Şimşek'in (150) çalışmalarında da benzer bir sonuç olarak yaş değişkeninin spiritüalite üstünde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde farklı çalışma sonuçları ile karşılaşılmaktadır. Bu sonuçlarda spiritüalitenin öznel bir kavram olmasının etkili olduğu düşünülmektedir (151). Çalışmamızda 50 yaş ve üzerindeki bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olması, aynı yaş grubundaki bireylerin stresle başetmede dini değer ve inançların da etkili olduğu iyimser yaklaşımı kullanması ile de uyumludur.

Hemodiyaliz hastalarının bakım verenlerin yaşlarına göre TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsiyet: Çalışmamızda hemodiyaliz hastaları ve bakım verenlerin cinsiyetlerine göre TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Hem hasta hem de bakım verenlerinde TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 9) ($p>0.05$). Kadın hastaların stresle başa çıkma stratejileri alt boyutlarından çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım düzeylerinin erkek hastalara göre yüksek düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatürde stresle başa çıkmada pasif tarzları kadınların erkeklerden daha çok kullandığına dair bulgular içeren pek çok çalışma mevcuttur (140-142). Kadın, toplum içinde kültürel olarak sahip olduğu rol gereği ev işleri, çocuk bakımı gibi işlerden sorumludur (142). Bu durumun kadını toplum yaşamında da geri planda tuttuğu ve sorunlarla başetmede de bu toplumsal rolün devamı olarak güvenli ve aktif yolları değil; pasif yolları benimsemiş eğiliminde olduğu düşünülmektedir. Kahveci ve Demirtaş (143) çalışmasında erkeklerin kendine güvenli yaklaşım puanlarını yüksek bulurken, Subaşı (144) çalışmasında erkeklerin baş etme puanlarını kadınlardan yüksek bulmuştur. Bu araştırmada, erkeklere yönelik anlamlı bir sonuç bulunmasa da, diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında kadınlardan daha etkin baş etme mekanizmalarını sahip oldukları görülmüştür.

Medeni Durum: Hemodiyaliz hastaları ve bakım verenlerin medeni durumları ile ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre evli olan hastaların SİOÖ puanlarının; eşi vefat etmiş/boşanmış hastaların SBÇTÖ-BEY puanlarının bekarlara göre yüksek ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 10) ($p<0.05$).

Hastaların bakım verenlerin ise ÇBASDÖ puanlarında gruplar arasında fark olduğu farkın evli olan hasta yakınlarından kaynaklandığı; eşi vefat etmiş/boşanmış katılımcıların SBÇTÖ-BEY puanlarının bekarlara göre; bekar bakım verenlerin SBÇTÖ-SDB puanlarının eşi vefat etmiş/boşanmış bakım verenlere göre yüksek ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hem hasta hem de bakım veren grubunda medeni durum ile TSBÖ puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Özkul (151) ve Erdem ve ark.(146) hemodiyaliz hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada stresle başa çıkma tarzları ile hastaların medeni durumları arasında anlamlı fark olmadığını bildirmektedir. Bir başka çalışmada ise Multiple Skleroz’lu hastalarda evli olan hastaların daha fazla çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir (152). Kronik bir hastalık olarak değerlendirilen obezite tedavisi gören hastalarla yapılan çalışmada bekar olan bireylerin, evli ve boşanmış ve dul olanlardan daha az sosyal destek aradıkları, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde medeni duruma göre farklı başatma yöntemlerinin kullanıldığı görülmektedir. Çalışmamızda eşi vefat etmiş/boşanmış hastaların stresle başa çıkma alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölüm ve boşanma nedeniyle eş desteğinden yoksun kalan hastaların başkalarına bağımlılık duygusunu daha fazla yaşadıkları ve bu durumun sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada evli olan hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Evli çiftlerin spiritüel iyi oluşları ile evlilik doyumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada evlilik doyumunun bazı alt boyutlarında ilişki olduğu belirlenirken; evli çiftlerin hem evlilik doyumu hem de spiritüel iyi oluş puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu bildirilmektedir (152). Uçar’ın yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ise medeni duruma göre spiritüalite arasında fark olmadığı belirlenmiştir (153). Diyaliz hastalarının spiritüel iyi oluşları ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanamamakla birlikte, bu konuda farklı hasta gruplarında elde edilen sonuçların elde ettiğimiz bulguları desteklemediği görülmektedir.

Çalışmada evli olan bakım verenlerin sosyal destek algısı yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu konuda kronik hastalığa sahip bireylerin bakım verenlerin ile ilgili sonuçlara ulaşılabilmiştir. bu çalışma sonuçlarına göre bakıma ihtiyacı olan omurilik

yaralanmalı hastalarının (154); kanser hastalarının obstrüktif akciğer hastalarının bakım verenlerinde (155) medeni duruma göre sosyal destek puanları arasında anlamlı fark bulunmazken; bir başka kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım verenlerinde yapılan çalışmada evli olanların sosyal destek algısı daha yüksek bulunmuştur (156). Çalışma sonuçlarının bir çoğu medeni durumun sosyal destek algısını etkilemediği yönünde sonuç ortay koyarken, yalnız Uyan'ın (156) çalışması bulgularımızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Eğitim Durumu: Çalışmada hasta ve bakım verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ ölçek puanlarının eğitim durumlarına göre farklılık analizi sonucunda SBÇTÖ-BEY ve SBÇTÖ-KGY düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir (Tablo 11). Literatüre bakıldığında bu konunun araştırıldığı çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Yüksek eğitim düzeyi ile TSB'nin olumlu yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, düşük eğitim düzeyinin TSB için öngördürücü olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (139-140). Düşük eğitim düzeyi bulunan bireylerin daha fazla travmayla yüzleştikleri, daha çok zorluk yaşadıkları ve bu sebeple de olumsuz olaylar karşısında daha güçlü durabildikleri öne sürülmüştür (63). Bu çalışmada hem hasta ve bakım veren grubunda TSB'nin eğitim durumundan etkilenmemiş olması örneklem sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzlarında üniversite mezunu bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım; okuryazar olmayan bakım verenlerin ise boyun eğici yaklaşım puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gün'ün (157) inmeli hastaların bakım verenler ile yaptığı çalışmada da üniversite mezunu bakım verenlerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım puanlarının yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Gelir Durumu: Çalışmada hemodiyaliz hastaları ve bakım verenlerin gelir durumları ile TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ puanları karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda gelir durumuna göre hasta grubunda TSBÖ, SİOÖ, SBÇTÖ-İY puanları; bakım verenlerin ise SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY puanlarında fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Cordova ve ark.'nın çalışmasında gelir düzeyi yüksek olanlarda daha fazla TSB izlendiği saptanmıştır (141). Bu alanda yapılmış başka çalışmalarda da düşük sosyo ekonomik düzeyin düşük TSB ile ilişkili olduğu, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin yeni baş etme becerileri geliştirme

konusunda daha az şansları olduğu belirtilmiştir (140, 142, 143). Yakın tarihli bir meta analiz çalışmasında ise çocukluk ve ergenlik grubu kanser hastalarında TSB ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (144). Çalışmamızda gelirim giderimden az diyen hasta grubunun en düşük TSBÖ puanına sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar iyi sosyoekonomik düzeyin travma sonrası büyümede etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda geliri giderinden az olan hastaların en düşük SİÖÖ puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu konuda literatürde farklı sonuçlara rastlanılmaktadır. Diyaliz hastalarının spitiüel iyi oluşları ile yapılan çalışma bulunamamış olmakla birlikte kronik hastalıklara da sahip olan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmanın sonucunda göre gelir durumunun kötü olduğu belirten bireylerin spirütüalite puanlarının diğer gruplardan düşük olduğu bildirilmektedir (139). Bunun yanında kanser hastalarında (158); yaşlı bireylerde (159) yapılan çalışmalarda gelir durumu ile spiritüalite arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda gelir durumunun stresle başa çıkmaya etkisi incelendiğinde geliri giderinden az olan hastaların iyimser yaklaşım puanlarının en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde multiple skleroz hastalarında gelir durumuna göre başa çıkma stratejileri arasında fark olmadığı (160); obez bireylerle yapılan çalışmada gelir durumunu orta tarifleyenlerin iyimser yaklaşım puanlarının en düşük düzeyde olduğu (161) görülmektedir. Bilindiği gibi KBY'nde de tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi ekonomik güçlükler hasta ve ailenin stres yükünü artırmaktadır (162). Çalışmamızda bu bilgiyle uyumlu olarak geliri giderinden az ve geliri giderini karşılayan hasta yakınlarının stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım düzeylerinin geliri giderinden fazla olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuk Sahibi Olma: Çalışmada hemodiyaliz hastaları ve bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumları ile ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmada çocuk sahibi olan hastaların TSBÖ ve SİÖÖ puanları olmayanlara göre yüksek ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır (Tablo 13) ($p < 0.05$). Çocuk sahibi olmakla hastaların bakım verenlerin ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) Literatürde çocuk sahibi olmanın travma sonrası büyüme düzeyine etkisini inceleyen pek fazla çalışmaya ulaşılamamıştır. Şimşek ve Buldukoğlu (163) çalışmasında çocuk sahibi olmayanların olanlara göre travma sonrası gelişim düzeylerinin yüksek

olduğu istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada miyokard enfarktüsü geçiren hastalarla yapılmıştır, bu çalışmanın sonuçları doğrudan çocuk sahibi olmayı sorgulaması da çocuklarla beraber yaşıyor olmanın travma sonrası büyümeye etkisinin olmadığını göstermektedir (164).Çalışmadan elde edilen bu sonucun özellikle ebeveyn rolündeki kanser hastalarının çocukların hastalık sürecinin getirdiği olumsuzluklardan etkilenmemeleri için geliştirdikleri baş etme mekanizmalarının yaşama uyumu kolaylaştırdığı, tedaviye uyumu arttırdığı ve travma sonrası büyümenin yaşanmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olan diyaliz hastalarının SİOÖ puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde diyaliz hastaları ile yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Ancak çocuk sahibi olan onkoloji hastalarının spiritüaliteilerinin daha yüksek olduğu (158) ve yaşlı bireylerde çocuk sahibi olmanın spiritüaliteyi etkilemediğini (139) bildiren çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bu sonuçlar bir aile ve çocuğa sahip olmanın spiritüel iyi oluşu artırdığını, bireye bir amaç, ideal verdiğini ve inanç sistemlerini harekete geçirdiğini düşündürmektedir.

Diyaliz Şekli: Çalışmada hemodiyaliz hastaların diyaliz yöntemine göre ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre hem hasta hem de hasta grubunda diyaliz şekline göre ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 14) ($p>0,05$). Bu sonuç hangi tür diyaliz yöntemi kullanıldığının ölçek puanları üzerine etkisinin olmadığını göstermektedir.

5.2. TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ Ölçek Puanlarının İlişkisinin Tartışılması

Hemodiyaliz hastalarının ölçek puanları arasındaki ilişki: Çalışmaya katılan hastaların TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ puanlarının ilişki incelenmiş ve ölçek puanları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre TSBÖ ile ÇBASDÖ, SİOÖ SBÇTÖ-İY ve SBÇTÖ-KGY puanları arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde ilişki varken; TSBÖ ile SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

Hemodiyaliz hastalarının bakım verenlerin ölçek puanları arasındaki ilişki: Çalışmaya katılan bakım verenlerin TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ puanlarının ilişki incelenmiş ve ölçek puanları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

Buna göre TSBÖ ile ÇBASDÖ puanları arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde ilişki varken; TSBÖ ile SİOÖ, SBÇTÖ-İY, SBÇTÖ-KGY pozitif yönlü orta düzeyli, SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir.

Stresle başa çıkma yolları, pozitiflikle ve mücadele ruhuna sahip olmakla ilgilidir. Hastalıktan etkilenen birey için pozitif yönde algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma yollarında oldukça yardımcıdır (146). Bununla birlikte bireylerin karşılaştıkları hastalık ve psiko-sosyal ihtiyaçlar temelinde yürütülen çalışmalar psiko-sosyal etmenlerin hastaların sağkalım süresini etkilediği belirtilmektedir (147,148). Yapılan çalışmalarda aileden alınan sosyal destek arttıkça etkili başa çıkma yollarının daha sık kullanıldığı belirlenmiştir (149,150). Literatürler de ise bir sosyal desteğin hastalar için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal sosyal desteğin hastaların iyilik hali arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (151,152). Meme kanseri olan kadınlarda yapılan bir çalışmada sosyal desteğin yoksunluğunun hastalarda belirsizlik ve korkuya neden olduğu, hastaların desteklerini aileden, arkadaşlarından aldıklarını ve bu durumun hastaların benlik algısını güçlendirdiğini belirtmişlerdir (153).

5.2 TSBÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ Ölçek Puanlarının Etkisinin Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların TSBÖ üzerinde ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ puanlarının etkisi incelenmiş ve oluşturulan modelin travma sonrası büyümede etkili olduğu, bu etkide SBÇTÖ-ÇY, ÇBASDÖ, SİOÖ' nün belirleyici olduğu ve travma sonrası büyümeyi %81.4 düzeyinde açıkladığı görülmektedir (Tablo 17). Meral (165) tarafından gerçekleştirilen çalışmada çocuk hematoloji hastalarının ebeveynlerinin umut, sosyal destek ve spiritüel iyi oluş düzeyinin travma sonrası büyümeye etkileri incelenmiş ve bu çalışmada elde edilen sonuca paralel olarak ÇBASDÖ puanlarının TSBÖ üzerinde etkili olduğu sonucu elde edilmiştir. Şimşek (166) tarafından gerçekleştirilen kanser hastalarında travma sonrası büyüme ve sosyal desteğin etkisi incelenmiş ve TSBÖ üzerinde ÇBASDÖ'nün etkisinin olduğu sonucu elde edilmiştir. Haselden'nin (167) çalışmasında başa çıkma stratejileri olarak olumlu yeniden değerlendirme ve dinin travma sonrası büyüme ve bağlanma arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ifade edilmiştir (167). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda yapılan çalışmada ise MI sonrası süre, saplantılı bağlanma ve dini başa çıkma

değişkenlerinin travma sonrası büyüme punaları üzerine etkili olduğunu göstermektedir (168). Çalışma sonuçları çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Travma sonrası büyümeyi etkileyen en önemli değişkenlerden birisinin spiritüalite olduğu görülmektedir. Bu çalışmada SBÇTÖ çaresiz yaklaşım travma sonrası büyümeyi açıklayan değişkenlerden biri olduğu belirlenmiştir. Kardeş ve Tanhan'ın Van depremini yaşayan öğrencilerle yaptığı çalışmada yüksek düzeyde stres yaşayan bireylerin büyük bölümünün yüksek travma sonrası büyüme yaşadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada travma sonrası büyümeyi etkileyen başta gelen değişkenin umutsuzluk olduğu belirlenmiş ve düşük düzey umutsuzluğa sahip bireylerde stres düzeyi arttıkça travma sonrası büyüme düzeyinin de arttığı görülmüştür (169). Bu sonuçlar stresle başetmede çaresiz yaklaşımın travma sonrası büyüme üzerinde negatif etkisi olduğunu; çaresiz yaklaşım arttıkça travma sonrası büyümenin azaldığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin travma sonrası büyüme üzerinde stresle başa çıkma, spiritüel iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin çoklu etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiş, oluşturulan modelin travma sonrası büyüme üzerinde etkili olduğu ve SBÇTÖ-SDB'nın travma sonrası büyümeyi %51.4 düzeyinde açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 18). Akın'ın çalışmasında travma sonrası büyümeyi açıklamadığı bildirilmektedir (168). Marmara depreminin yaşayan yetişkinlerle yapılan çalışmada depremzedelerin sosyal destek düzeyi azaldıkça, travma sonrası büyümenin de de azaldığı bildirilmektedir. Diğer çalışma sonuçları da incelendiğinde Meral (165) ve Şimşek (166) Sosyal destek arayarak baş etmek, travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen değişkenlerden biri ve çalışmada ise oldukça yüksek oranda belirleyici olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ

Diyaliz hastaları ve bakım verenlerinin travma sonrası büyüme üzerinde stresle başa çıkma, iyi oluş ve algılanan sosyal destekleğin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar şu şekilde ifade edilebilir:

- Araştırmaya katılan hastaların çoğu 30 yaş ve üzeri, kadın, evli, çocuğu olan, ilkokul mezunu, geliri giderinden az ve hemodiyaliz tedavisi aldığı,
- Araştırmaya katılan bakım verenlerin çoğu ise çoğunlukla 50 yaş üzeri, kadın, evli, çocuğu olan, ilkokul mezunu, geliri giderinden az olduğu,
- Çalışmaya katılan hasta ve bakım verenlerin cinsiyetlerine göre travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek, spiritüel iyi oluş ile cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Yalnız kadın hastalar SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY puanları daha yüksek olduğu,
- 50 yaş ve üzerindeki hastaların SBÇTÖ-IY, TSBÖ, SİOÖ puanlarının diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu, bakım verenlerin yaşa göre ölçek puanlarında farklılık olmadığı,
- Evli olan hastaların SİOÖ puanlarının, eşi vefat etmiş/boşanmış olan hastaların SBÇTÖ-BEY puanlarının; eşi vefat etmiş/boşanmış bakım verenlerin SBÇTÖ-BEY, evli hasta bakım verenlerin ÇBASDÖ, bekar bakım verenlerin SBÇTÖ-SDB puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu,
- Hasta grubunda eğitim durumuna göre ölçek puanları arasında fark bulunmazken; okur yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan bakım verenlerin SBÇTÖ-BEY puanlarının üniversite mezunu olanlara göre; üniversite mezunu olan hasta yakınlarının ise SBÇTÖ-KGY puanlarının ilkokul mezunlarına göre yüksek olduğu,
- Hasta grubunda geliri giderinden fazla olan hastaların TSBÖ ve travma sonrası büyüme ve SBÇTÖ-IY puanlarının geliri giderinden az olan hastalara göre daha yüksek, geliri giderinden fazla olan ve geliri giderini karşılayan hastaların SİOÖ puanlarının geliri giderinden az olan hastalara göre daha yüksek; bakım verenlerin ise geliri giderinden az ve geliri giderini karşılayan hasta yakınlarının ise SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY puanlarının daha yüksek olduğu,

- Hasta grubunda çocuk sahibi olan hastaların TSBÖ ve SİOÖ puanlarının çocuk sahibi olmayanlara yüksek olduğu; bakım verenlerin çocuk sahibi olmayanlara göre ölçek puanları arasında fark olmadığı;
- Hem hasta hem bakım verenlerde diyaliz şekline göre ölçek puanlarında farklılık olmadığı;
- Hastaların TSBÖ ile ÇBASDÖ, SİOÖ ve SBÇTÖ-İY, SBÇTÖ-KGY alt boyutları arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli, SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY arasında negatif yönlü yüksek düzeyli ilişki olduğu,
- Hastaların ÇBASDÖ ile SİOÖ, SBÇTÖ-SDB, SBÇTÖ-İY ve SBÇTÖ-KGY arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli; SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY negatif yönlü orta ve düşük düzeyli ilişki olduğu;
- Hastaların SİOÖ ile SBÇTÖ-İY ve SBÇTÖ-KGY arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli; SBÇTÖ-ÇY arasında negatif yönlü yüksek düzeyli ilişki olduğu;
- Bakım verenlerin TSBÖ ile ÇBASDÖ, SİOÖ, SBÇTÖ-İY, SBÇTÖ-KGY alt boyutları arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli, SBÇTÖ-ÇY arasında negatif yönlü orta düzeyli ilişki olduğu,
- Bakım verenlerin ÇBASDÖ ile SBÇTÖ-İY ve SBÇTÖ-KGY arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli; SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-BEY negatif yönlü orta ve düşük düzeyli ilişki olduğu;
- Bakım verenlerin SİOÖ ile SBÇTÖ-İY ve SBÇTÖ-KGY arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli; SBÇTÖ-ÇY arasında negatif yönlü orta düzeyli ilişki olduğu;
- Hasta grubunda travma sonrası büyüme üzerinde SBÇTÖ-ÇY, ÇBASDÖ, SİOÖ'nün belirleyici olduğu ve travma sonrası büyümeyi %81,4 düzeyinde açıkladığı;
- Hasta yakınlarının travma sonrası büyüme üzerinde bu etkide SBÇTÖ-SDB'nun belirleyici olduğu ve travma sonrası büyümeyi %51,4 düzeyinde açıkladığı belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlardan yola çıkarak;

Diyaliz hastalarının kronik hastalık yaşantısı ve diyaliz sürecinde yaşanan travmatik yaşantıların olumlu sonuçlanması için,

- ✓ Diyaliz hastaları ve bakım verenlerin psikososyal değerlendirmelerinin yapılması ve bu konuda diyaliz hemşireleri ile birlikte konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin bakım sürecinde yer alması;
- ✓ Diyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta ve bakım verenlerin psikososyal gereksinimlerini değerlendirilmesi ve bakımın bu şekilde planlanmasına yönelik çalışmaların yapılması;
- ✓ Diyaliz tedavisi alan KBY hem hastaların hem de bakım verenlerin stresle başıetme yöntemlerinin değerlendirilerek etkin stresi azaltma ve stresle başıetme yöntemlerinin kazandırılmasına yönelik çalışmalar planlanması ve uygulanması;
- ✓ Hasta ve bakım verenlerin sosyal destek sistemlerinin değerlendirilerek gerektiğinde diğer kamu kurum ve kuruluşlarının da (örn: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri) hasta ve bakım verenlerin ekonomik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasında bakıma katılmasının sağlanması,
- ✓ Hastaların spiritüel durumlarının değerlendirilerek, gereksinim duyan hastalar için bu hizmetin sağlanacağı gerekli planlamaların yapılması;
- ✓ Diyaliz hastası ve bakım verenlerin travma sonrası büyümeyi artıracak yöntemlerin kullanıldığı deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(1): 61-76, 2003.
2. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları (Ed: Aker T, Önder ME) s. 9-21, Epsilon Yayınevi, İstanbul, 2003.
3. Kılıç C. Ruhsal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişiminin Belirleyicileri (Ed: Aker T, Önder ME) s. 51-65, 5US Yayınları, İstanbul, 2003.
4. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, 15:1-18, 2004.
5. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress, 9:455-471, 1996.
6. Haid RW. Lumbar interbody fusion: Stateof-the-art technical advances. Invited submission from the joint section meeting on disorders of the spine and peripheral nerves. J. Neurosurg Spine, 1(1): 24-30, 2006.
7. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PLA. A metaanalytic review of benefit finding and growth. J. Consult Clin Psychol, 74(5):797-816, 2006.
8. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. Journal of Traumatic Stress, 17(1): 11-21, 2004.
9. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5(2):76-84, 2004.
10. Duru E. Yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 7(23):15-24, 2008.
11. Yıldırım İ. Depresyonun yordayıcısı olarak sınav kaygısı, gündelik sıkıntılar ve sosyal destek. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27(1):241-250, 2004.
12. Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun Alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bull, 8(2):139-146, 2009.
13. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. Journal of Personality and Social Psychology, 77(4): 4801-4814, 1999.

14. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5): 5364-5388, 2009.
15. Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliğinde Temel Kavramlar. (Ed: Kum N) *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, s.2-10, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996.
16. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları. (Ed: Kum N) *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, s.4-8, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996.
17. Boyd MA. Stress management and crisis intervention. *Psychiatric nursing contemporary practice*. 4rd edition. pp. 92-177, William and Wilkins, USA, 2002.
18. National kidney F. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*, 39(2): 1-266, 2002.
19. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon – registry 2012. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2013.
20. Seyahi N. 2017. Türk Nefroloji Derneği 2017 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu, Türk Nefroloji Derneği, TND Böbrek Kayıt Kurulu.
21. Schnaper HW. Pathophysiology of progressive renal disease. Ed: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, Yoshikawa N, Emma F, Goldstein SL. *Pediatric Nephrology*. pp. 2171–22064, Springer, Berlin, 2016.
22. Kidak LB. Proactive management approach in prevention of kidney transplantation. understanding the complexities of kidney transplantation: pp.25-26, InTech; 2011.
23. Fuzzati R. Organ Transplantation Management. Swiss Federal Institute of Technology Lausanne (EPFL) pp.27-28, Technical Report; 2005: No: IC/2005/022.
24. Segar WE, Gibson RK, Rhamy R. Peritoneal dialysis in infants and small children. *Pediatrics* 27(4):603-613, 1961.
25. Tenckhoff H. A bacteriologically safe peritoneal access device. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 14:181-187, 1968.

26. Warady BA, Feneberg R, Verrina E, Flynn JT, Müller-Wiefel DE, Besbas N, et al. Peritonitis in children who receive long-term peritoneal dialysis: A prospective evaluation of therapeutic guidelines. *Journal of the American Society of Nephrology* 18(7):2172-2179, 2007.
27. Fine R. Renal transplantation for children--the only realistic choice. *Kidney International Supplement*, 17: 15-17, 1985.
28. Gillen D, Stehman-Breen C, Smith J, McDonald R, Warady B, Brandt J, et al. Survival advantage of pediatric recipients of a first kidney transplant among children awaiting kidney transplantation. *American Journal of Transplantation*, 8(12):2600-2606, 2008.
29. Smith JM, Martz K, Blydt-Hansen TD. Pediatric kidney transplant practice patterns and outcome benchmarks, 1987–2010: A Report Of The North American Pediatric Renal Trials and Collaborative Studies. *Pediatric Transplantation* 17(2):149-157, 2013.
30. Fine RN. Growth following solid-organ transplantation. *Pediatric Transplantation* 6(1):47-52, 2002.
31. Fennell E, Fennell R, Mings E, Morris M. The effects of various modes of therapy for end stage renal disease on cognitive performance in a pediatric population--A preliminary report. *The International Journal Of Pediatric Nephrology*, 7(2):107-112, 1986.
32. Karadeniz G, Altıparmak S, Marul G, Muslu H. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yaşama ilişkin yaşadıkları sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2): 29-36, 2005.
33. Arat Z. Hemodiyaliz hasta ve yakınlarında tükenmişlik sendromu, hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörler. *Başkent Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2006.
34. Lok P. Stresor, coping mechanism and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 873-881, 1996.
35. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1): 72-80, 2003.
36. Zengin O, Yıldırım B. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1): 67-73, 2017.

37. Mutlu E. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
38. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar Türk Tıp Dergisi, 6(1): 33-36, 2012.
39. Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E. Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 3(4): 125-130, 1997.
40. Yılmaz GA. Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon, kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bursa, 2014.
41. Dadalı Z. Hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Birimi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
42. Cimilli C. Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 3(3): 88-92, 1994.
43. Özatalay S. Kronik hemodiyaliz programındaki hastalarda anksiyete. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Erzurum, 1990.
44. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
45. Küçük L. Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin anksiyete, depresyon ve baş etme biçimlerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
46. Görüş S, Bilgi N. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10(1): 68-74, 2015.
47. Aydemir Ç, Cebeci S, Göka E, Kasım İ, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. Kriz Dergisi, 10(2): 29-39, 2002.

48. Zengin O. Çözüm odaklı kısa süreli hizmet müdahalesinin kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2015.
49. Dürü Ç. Travma sonrası büyüme. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(1): 114-143, 2014.
50. Green BL. Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(20):1632-42, 1990.
51. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. 3rd edition. pp.60-117, Sage, Thousand Oaks, CA, 1995.
52. Tedeschi RG, Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis:pp.1712-1718, Routledge, 1998.
53. Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth. *Corsini encyclopedia of psychology*. pp.87-96, 2001.
54. Stephen, J. What Doesn't Kill Us: The New Psychology Of Posttraumatic Growth. Basic Books. pp. 25-32, New York, 2011.
55. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence of north carolina charlotte circumstances, *Psychological Inquiry* 15(1): 1-18, 2004.
56. Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic Growth İn Clinical Practice. New York, Routledge, 2013.
57. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1999.
58. Wortman CB. Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15(1): 81-90, 2004.
59. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15 (1): 93-102, 2004.
60. Luthans F. The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23(6): 695-706, 2002.
61. Hefferon K, Boniwell I. Positive Psychology: Theory, research and applications. New York, McGraw-Hill Education, 2011.

62. Joseph S, Maltby J, Wood AM, Stockton H, Hunt N, Regel S. The psychological well-being—post-traumatic changes questionnaire (PWB-PTCQ): Reliability and validity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 4 (4): 420-428, 2012.
63. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2): 343-352, 1979.
64. Haas DC, Sovner RD. Migraine attacks triggered by mild head trauma, and their relation to certain post-traumatic disorders of childhood. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 32(6): 548-554, 1969.
65. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4(6): 561-571, 1961.
66. Marks IM, Gelder MG, Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry* 123 (2): 218-221, 1966.
67. Horowitz MJ, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 37(1): 85-92, 1980.
68. Frazier P, Conlon A, Glaser T. Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(6): 1048-1055, 2001.
69. Sherr L, Nagra N, Kulubya G, Catalan J, Clucas C, Harding R. HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth—a systematic review. *Psychology, Health & Medicine* 16 (5): 612-629, 2011.
70. Park CL, Chmielewski J, Blank TO. Posttraumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho Oncology* 19 (11): 1139-1147, 2010.
71. Elçi Ö. Predictive values of social support, coping styles and stress level in posttraumatic growth and burnout levels among the parents of children with autism. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
72. Zerach G, Solomon Z, Cohen A, Ein-Dor T. PTSD, resilience and posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 50 (2): 91-116, 2013.

73. Gerrish N, Dyck MJ, Marsh A. Post-traumatic growth and bereavement. *Mortality* 14 (3): 226-244, 2009.
74. Zoellner T, Rabe S, Karl A, Maercker A. Post traumatic growth as outcome of a cognitive behavioural therapy trial for motor vehicle accident survivors with PTSD. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 84(2): 201-213, 2011.
75. Hafstad GS, Kilmer RP, Gil-Rivas V. Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 3(2): 130-138, 2011.
76. McElheran M, Briscoe-Smith A, Khaylis A, Westrup D, Hayward C, Gore-Felton CA conceptual model of post-traumatic growth among children and adolescents in the aftermath of sexual abuse. *Counseling Psychology Quarterly* 25(1): 73-82, 2012
77. Nuttman-Shwartz O, Dekel R, Tuval-Mashiach R. Post-traumatic stress and growth following forced relocation. *British Journal of Social Work* 41(3): 486-501, 2011.
78. Calhoun LG, Tedeschi RG. *The Paradox of Struggling with Trauma: Guidelines for Practice and Directions for Research*. Ed: Joseph S, Linley PA. Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. pp.21-39, John Wiley & Sons, Inc, New Jersey, 2008.
79. Malhotra M, Chebiyan S. Posttraumatic growth: Positive changes following adversity-an overview. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences* 6 (3): 109-118, 2016.
80. Lindstrom CM, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 5(1): 50-55, 2013.
81. Calhoun L, Tedeschi R. *Handbook of Posttraumatic Growth*. Ed: Steve Rutter, Hamilton Printing Company, United States, 2006.
82. Dakof GA, Taylor SE. Victims' perceptions of social support: What is helpful to whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 80-89, 1990.
83. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5): 733-746, 2004.

84. Collins NL, Read SJ. Cognitive representations of adult attachment: The structure and function of working models. Ed: Bartholomew K. and Perlman D. *Advances in personal relationships: Attachment processes in adulthood* pp.53-90, London, Jessica Kingsley, 1994.
85. Morland LA, Butler LD, Leskin GA. Resilience and thriving in a time of terrorism. Ed: Joseph S, Linley PA. *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic* pp.37-61, John Wiley & Sons, Inc, New Jersey, 2008.
86. Arnold D, Calhoun LG, Tedeschi R, Cann A. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology* 45(2): 239-263, 2005.
87. Joseph S, Linley PA. Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of general psychology*. 9(3): 262-268, 2005.
88. Karadağ İ. "İlköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin akademik başarılarının sosyal destek kaynakları açısından incelenmesi", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.
89. Traş Z, Güngör HC. Avrupa ülkelerinden gelen Türk asıllı üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve sosyal bağlılıkları üzerine nitel bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25: 261-271, 2011.
90. Eker D, Akar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25, 2001.
91. Elmacı F. Parçalanmış ve bütünlüğünü koruyan aileye sahip ergenleri depresyon ve uyum düzeylerinde sosyal desteğin rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6 (2): 405- 423, 2006.
92. Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30): 30-44, 2008.
93. Çakır R, Palabıyıklıoğlu Y. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1): 15-24, 1997.
94. Arıcıoğlu A. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

95. Ustabaş S. ilköğretim 8.sınıf öğrencilerinin saldırganlık ve algılanan sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2011.
96. Işıkhani V. Kanser ve sosyal destek. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 18: 15-29, 2007.
97. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(2): 68-75, 2006.
98. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Health behavior and health education theory, research, and practice. Ed: Glanz K, Rimer B, VISWANATH K. 4th. ed. pp.189-210. Published by Jossey-Bass, San Francisco, 2008.
99. Aktaş MA. Türkiye’de kadın sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler ve yoksulluk. Aile ve Toplum Dergisi, 3(12): 72-65, 2007.
100. Aydemir İ. Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
101. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sosyal Çevre. Birinci Baskı. Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994.
102. Kaya M. Üniversite adaylarının anne-babalarına uygulanan sosyal destek programının eş desteği ve adayın anne-babadan algıladığı desteğe etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2009.
103. Köksal G, Kabasakal Z. Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stresi yordayan faktörlerin incelenmesi, Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 32: 71-91, 2012.
104. Mermer G, Bilge A, Yücel Ü, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 1(2): 71-76, 2010.
105. Candan Ö. Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
106. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Genişletilmiş XIII.Baskı. Ankara, 2016.

107. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.
108. Mcdaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. (Editörler) (Çeviri Editörü: H. Yaman). Ailenin Doğuşu: Aile Odaklı Gebelik Bakımı (Çeviren: B. Ulusel). Aile Yönelimli Birincil Bakım'da. 2. Basım. Yüce Yayım, İstanbul, 2005.
109. Karataş T. Gebelikte bulantı kusma ile sosyal destek arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.
110. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 4: 98-105, 2003.
111. Sarason BR, Pierce GR, Sarason IG. Experimentally provided social support. Journal of Personality and Social Psychology 50: 1222-1225, 1985.
112. Dülger Ö. Ergenlerde algılanan sosyal destek ile karar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
113. Yamaç Ö. Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009.
114. Erişen M, Sivrikaya K. "Manevi bakım ve hemşirelik", Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(3): 184-190, 2017.
115. <http://tdk.gov.tr/> Erişim, 09,11,2019.
116. Çelik Sis A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. "Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 1(3): 1-12, 2014.
117. Dossy BM, Dossy L. Attending to holistic care. Advanced Journal of Nursing, 98(8): 35-38, 1998.
118. Okyay N. "Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
119. Gumus F, Baran G, Zengin L. Spiritual care in nursing, International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS) 3(1): 102-106, 2014.

120. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritual bakım ve hemşirelik, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 8(1): 47-50, 2007.
121. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 11(3): 41-52, 2009.
122. Baldacchino DR, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature, Journal of Advanced Nursing 34(6): 833–841, 2001.
123. Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(1): 21-24, 2014.
124. Oflaz F. Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(3): 70-76. 2008.
125. Herman J. Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (Çev. Ed: Tosun T) s.40-60 Literatür Yayınları, İstanbul, 2011.
126. Varcarolis EM, Halter MJ. Trauma interventions. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. 6th Edition, Copyright 2010.
127. Townsend MC. Trauma-and stressor- related disorder. psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice, 8th Edition, Copyright 2015.
128. Blizzard SJ, Kemppainen J, Taylor J. Posttraumatic stress disorder and community violence: an update for nurse practitioners. Journal of The American Academy of Nurse Practitioners 21(10): 535-541, 2009.
129. Oflaz F, Özcan CT, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H. Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 1(1):1-6, 2010.
130. Muskett C. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. International Journal of Mental Health Nursing 23(1): 51–59, 2014.
131. Dülgerler Ş, Engin E, Çam O. Çocuklarda ölüm kavramı ve yas sürecinde psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1):197-209, 2005.
132. Öz F, Hiçdurmaz D. Stresle baş etmede önemli bir yol: Mizahın kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 13(1):83-88, 2010.
133. Moyet-Carpenito LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çev. Ed: Erdemir F) Nobel Tıp Kitabevleri. Türkçeleştirilmiş 3. Baskı, İstanbul, 2012.

134. Folkman S, Lazarus RS. Orta yaşlı bir toplum örneğinde başa çıkma analizi. *Sağlık ve Sosyal Davranış Dergisi* 21(3): 219-231, 1980.
135. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Psikoloji Dergisi* 10(34): 56-73, 1995.
136. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 10(34): 45-55, 1995.
137. Dürü Ç. Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2006.
138. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: scale development and validation. *Journal of Spiritual psychology and Counseling* 2 (1): 73-88, 2017.
139. IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
140. Deniz ME, Dilmaç B, Arıcağ OT. Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 6(1): 953-968, 2009.
141. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 7(1): 42-47, 2004.
142. Gray DE. Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability research* 50 (12): 970-976, 2006.
143. Kahveci G, Demirtaş Z. Okul yöneticisi ve öğretmenlerin örgütsel sessizlik algıları. *Eğitim ve Bilim* 38(167): 50-64, 2013.
144. Subaşı G. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygıyı yordayıcı bazı değişkenler. *Eğitim ve Bilim* 32(144): 3-15, 2007.
145. Altun B. Kurumsal stres kaynakları ve stresle başa çıkma: Beylikdüzü Belediyesi'nde bir uygulama. İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
146. Erdem N, Karabulut E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumunu, *İnsan Bilimleri Dergisi* 1(1):1-14, 2004.
147. Kelleci M, Ata EE. Drug Compliance of patients hospitalized in the psychiatry clinic and the relationship with social support. *J Psy Nurs* 2(3):105-110, 2011.

148. Şirin T, Gültekin BK, Arpacıoğlu B, Clinical characteristics, adjustment between the couples and the quality of sexual life of married women who are exposed to physical domestic violence (tur). J Clin Psy, 21(3): 254-260, 2018.
149. Oktan V , Odacı H , Berber Çelik Ç . Investigating the role of psychological birth order in predicting resilience. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14(1): 152-140, 2014.
150. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5 (1): 2014. 48-53.
151. Özkul H. Temel Hemşirelik uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi, Okmeydanı Tıp Dergisi, 28(3):146-215, 2018.
152. Şirin T. Evli çiftlerin spiritüel iyi oluşları ile evlilik doyumları arasındaki ilişki. Ekev Akademi Dergisi, 23(77): 389-410, 2019.
153. Uçar M. Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite arasındaki ilişki İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2017.
154. Tedik SE, Hacıoğlu N. Hemşirelik öğrencilerinde fazla kilo durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. UHD, 10(3): 59-82, 2017.
155. Gündüz FG. (2019). Kanserli hasta ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.
156. Uyan B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
157. Gün S. İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2017.

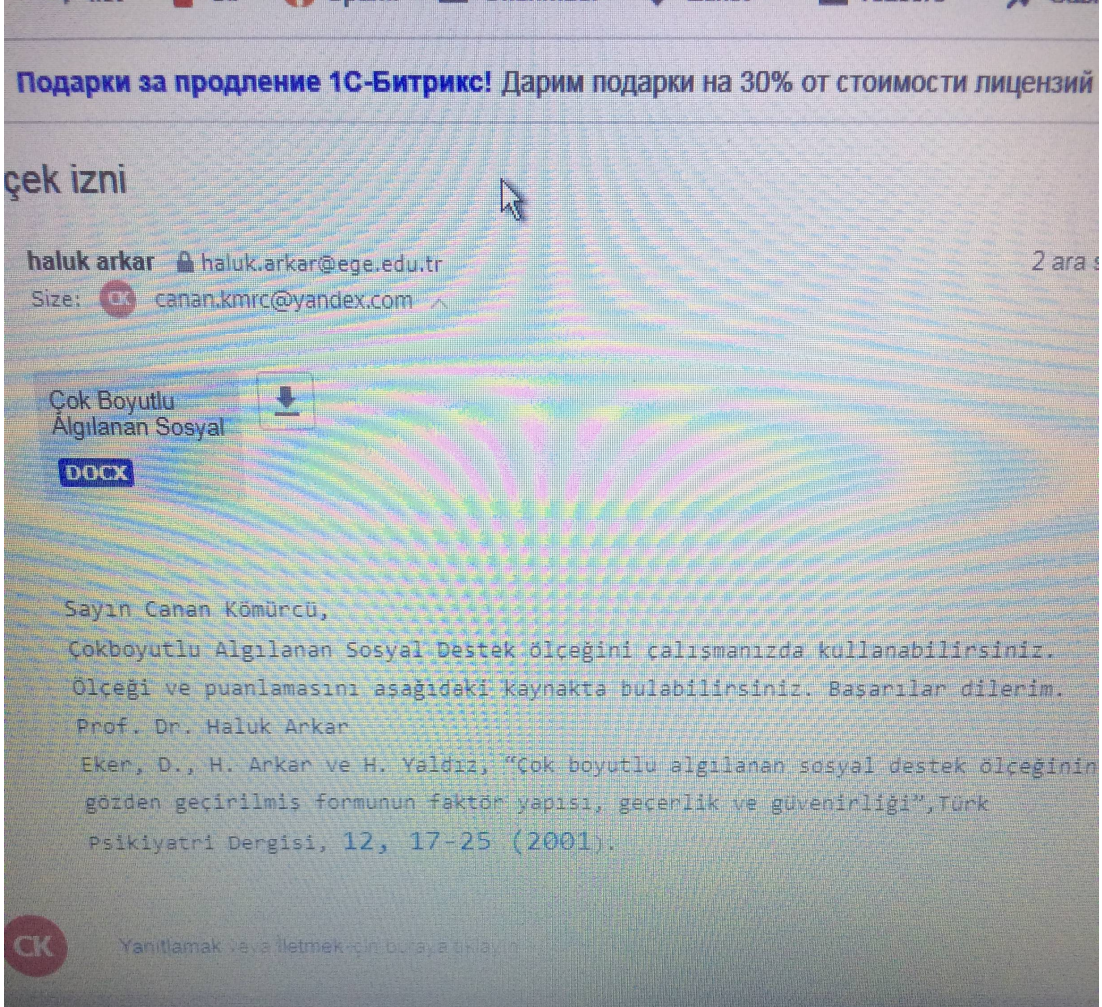
158. Masat S. Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2018.
159. Doğan S. Kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kars, 2018.
160. Seki Öz H. Multiple skleroz'lu hastalara verilen psikoğitimin stresle baş etme tarzları, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.
161. Bal Ö, Özgür G, Gümüş BA. Obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3): 20- 28, 2006.
162. Hiçdurmaz D, Öz F. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16(3):1-16, 2009.
163. Şimşek AB, Buldukoğlu K. Ruhsal hastalık deneyiminden büyümek mümkün müdür?: psikiyatri hemşireliği bakış açısından bir gözden geçirme. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 1(1): 16-27, 2018.
164. Coşkun T. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin travma sonrası büyüme durumları, deneyimleri ve yaşamlarına etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
165. Meral B. Çocuk hematoloji onkoloji hastalarının ebeveynlerinin umut, sosyal destek ve maneviyatlarının travma sonrası gelişimlerine etkilerinin belirlenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2019.
166. Şimşek C. Kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal desteğin incelenmesi. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
167. Haselden M. Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyi yordayan çeşitli değişkenlerin türk ve amerikan kültürlerinde incelenmesi: Bir model önerisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2014.

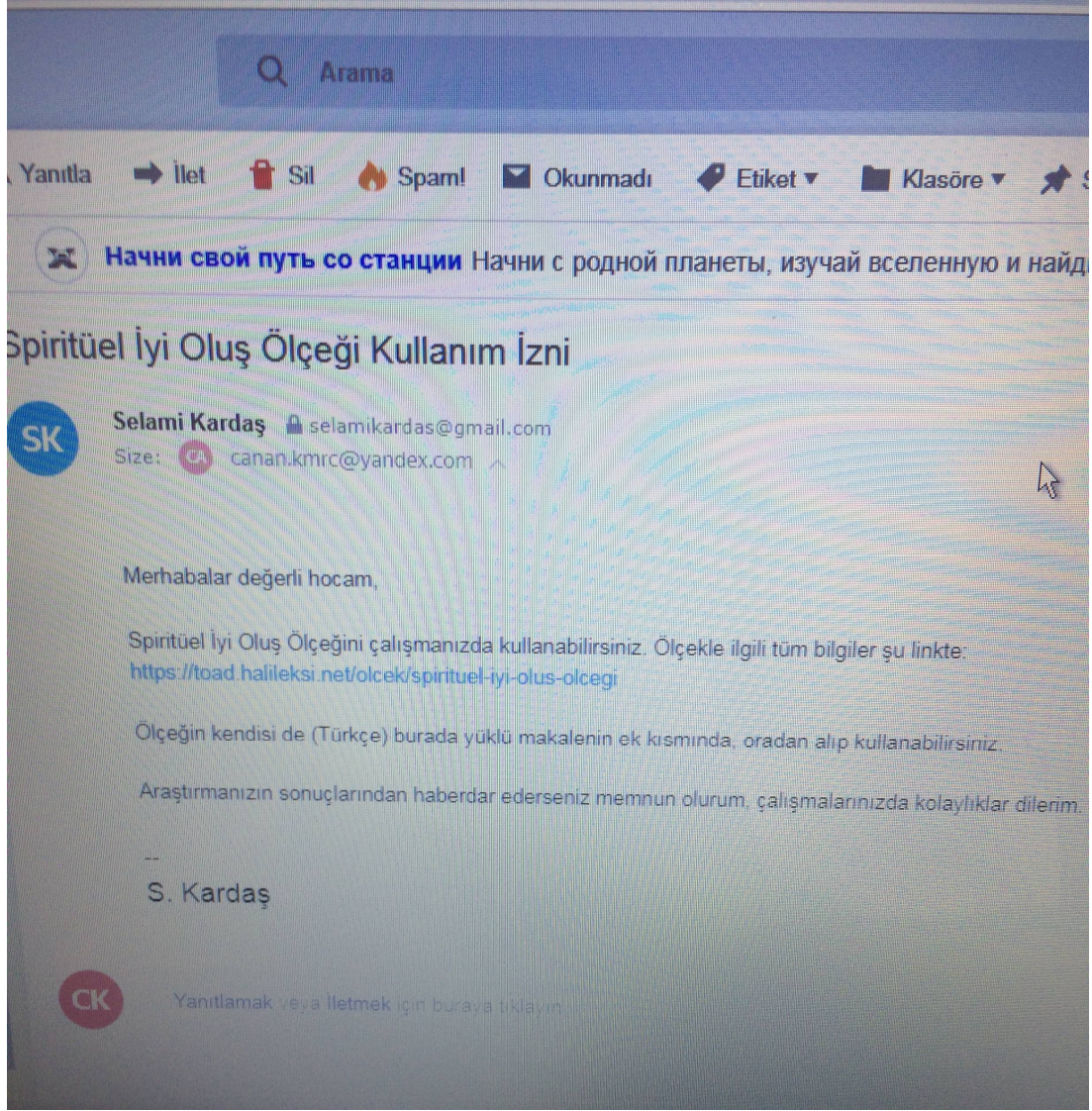
168. Akın G. Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerin travma sonrası büyüme, bağlanma stilleri ve başa çıkma tutumları açısından incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
169. Kardaş F , Tanhan F. Van depremini yaşayan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 15 (1): 1-36, 2018.

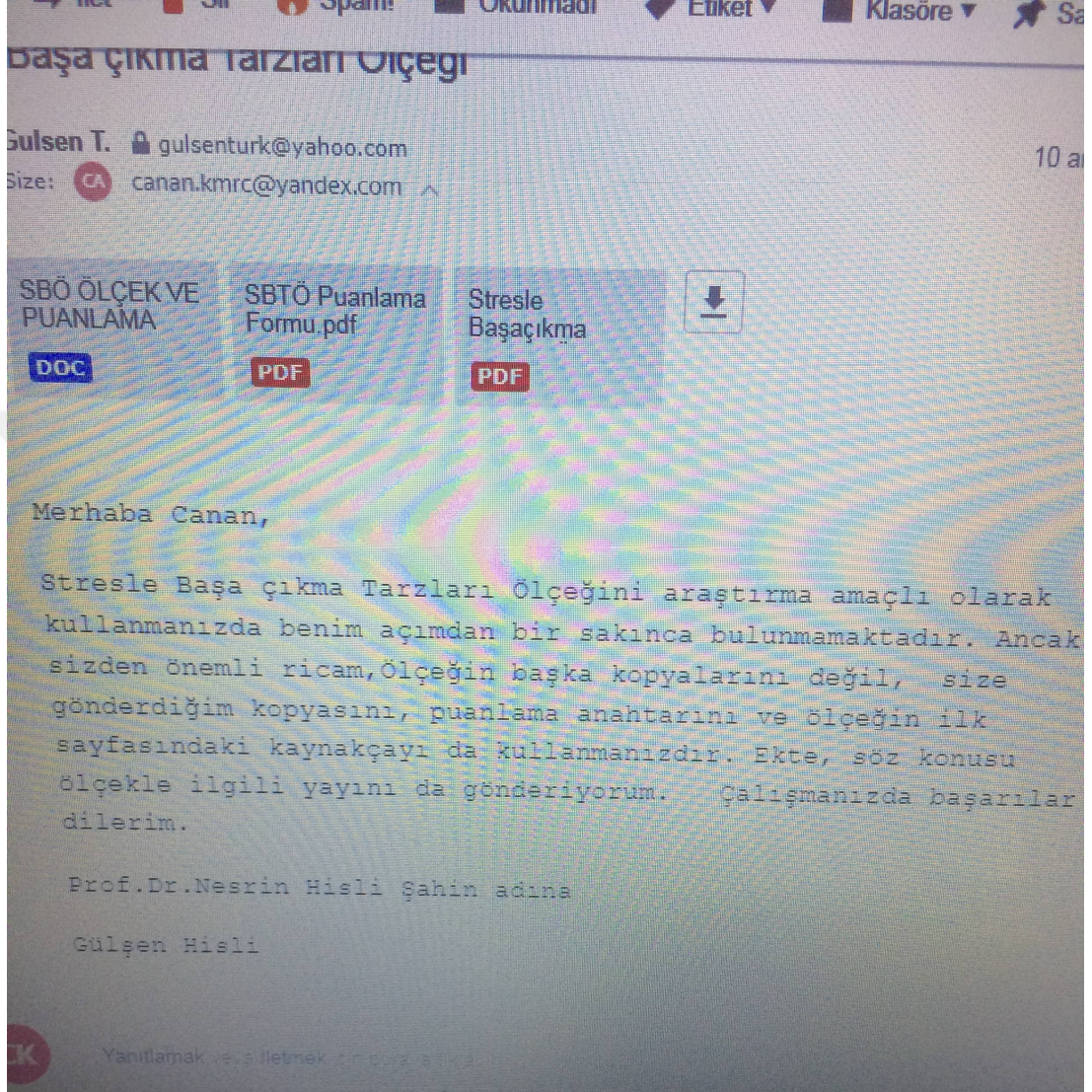


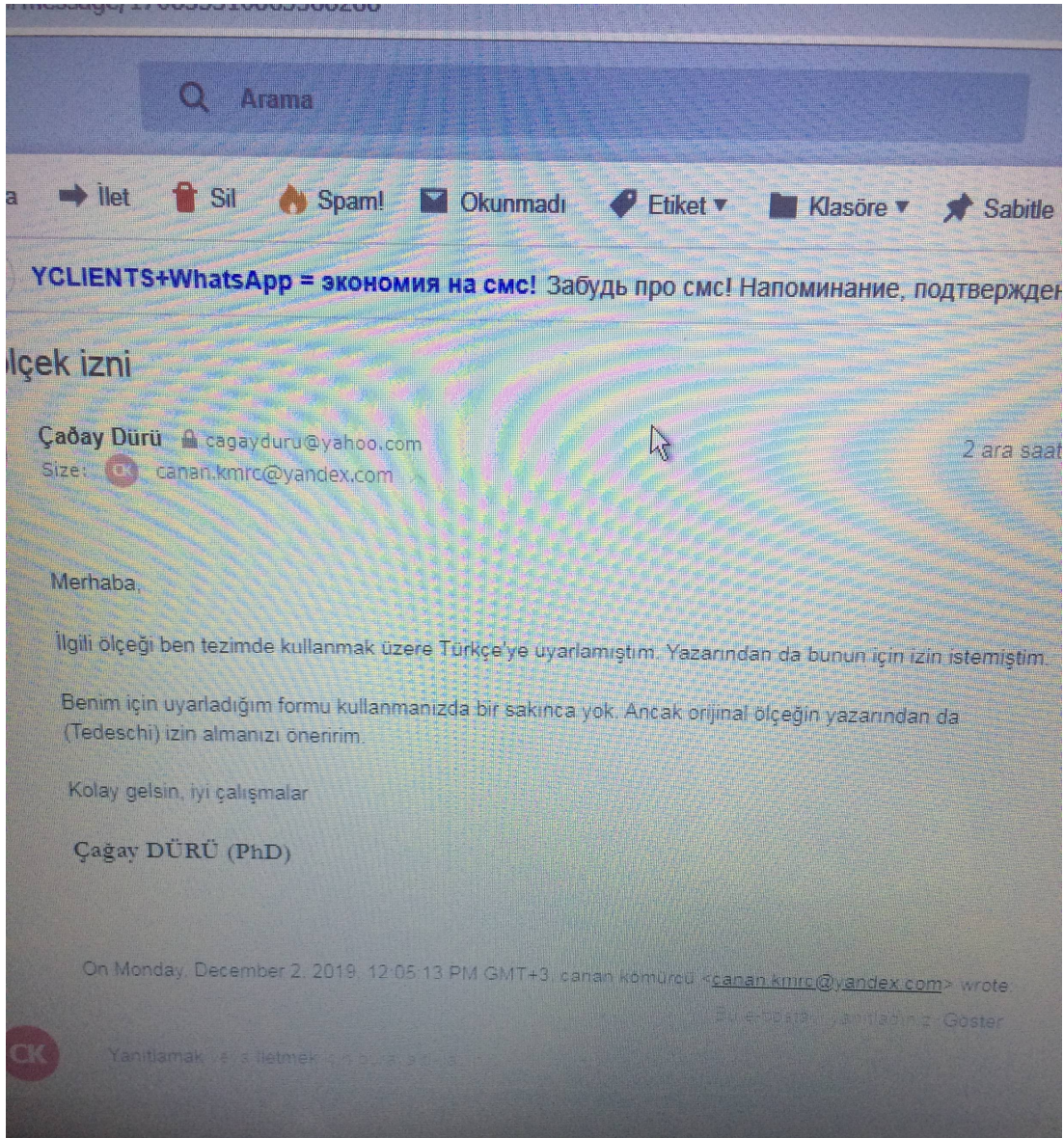
8. EKLER

EK- 1: Ölçek Kullanım İzin Yazıları









EK-2: Hasta İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazısı

Sayın

Sizi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yürütölen “**Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırıcı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütöcöleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören hastalarda ve bakım verenlerinde travma sonrası büyüme ile sosyal destek, stresle baş etme stratejileri ve spiritüel iyi oluş ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: İlk olarak sosyodemografik veri ve bilgi toplama formunu doldurmanız gerekmektedir. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemeyi amaçlayan 23 sorudan oluşmaktadır. Sonrasında 30 sorudan oluşan Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği, 12 sorudan oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 21 sorudan oluşan Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği ve 29 sorudan oluşan Spiritüel İyi Oluş Ölçeği sorularını doldurmanız gerekmektedir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 27 hemodiyaliz hastası, 17 periton diyalizi hastası **Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Hastalıktan kaynaklanan sıkıntıları daha rahat dile getirebilme

Destek kaynaklarının farkına varabilme

Daha olumlu bir bakış açısı geliştirme

Akademik bir çalışmaya katkı sağlama

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Araştırmamızın size getireceği herhangi bir risk söz konusu değildir.

(Çalışmanın özelliğine göre bu bölüm BGOF'dan çıkarılabilir)

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.)

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Gerekirse yol giderlerinin vizit başınakısmı destekleyici tarafından karşılanacaktır (yapılacaksa ödeme miktarı yazılmalıdır).

(alışmanın özelliğine göre bu bölüm BGOF'dan çıkarılabilir)

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk:

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (lm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU
- Hemş. Canan Kömürcü

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatindenolu telefondan Dr..... 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına izin veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-3: Bakım Veren İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazısı

Sayın

Sizi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yürütülen “**Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmamızın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmamızın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmamızın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören hastalarda ve bakım verenlerinde travma sonrası büyüme ile sosyal destek, stresle baş etme stratejileri ve spiritüel iyi oluş ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: İlk olarak sosyodemografik veri ve bilgi toplama formunu doldurmanız gerekmektedir. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemeyi amaçlayan 24 sorudan oluşmaktadır. Sonrasında 30 sorudan oluşan Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği, 12 sorudan oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 21 sorudan oluşan Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği ve 29 sorudan oluşan Spiritüel İyi Oluş Ölçeği sorularını doldurmanız gerekmektedir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.

Araştırmanın Süresi: 6 ay.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 27 hemodiyaliz hastası, 17 periton diyalizi hastasına birinci derece bakım veren 44 kişi.

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Bakım vermenin zorluğundan kaynaklanan sıkıntıları daha rahat dile getirebilme
Destek kaynaklarının farkına varabilme
Daha olumlu bir bakış açısı geliştirme
Akademik bir çalışmaya katkı sağlama

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Araştırmamızın size getireceği herhangi bir risk söz konusu değildir.

(Çalışmanın özelliğine göre bu bölüm BGOF'dan çıkarılabilir)

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.)

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Gerekirse yol giderlerinin vizit başınakısmı destekleyici tarafından karşılanacaktır *(yapılacaksa ödeme miktarı yazılmalıdır).*

(Çalışmanın özelliğine göre bu bölüm BGOF'dan çıkarılabilir)

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk:

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar

..... tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir *(Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).* **Çalışmaya**

Katılan Araştırmacılar:

- Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU
- Hemş. Canan Kömürcü

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatindenolu telefonda

Dr..... 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); *(Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)*

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

<p>Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)</p> <p>Adı-Soyadı:</p> <p>İmzası:</p> <p>Adresi:</p> <p>(varsa Telefon No, Faks No):</p> <p>Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....</p> <p>Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin</p> <p>Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)</p> <p>Adı Soyadı:</p> <p>İmzası:</p> <p>Adresi:</p> <p>Varsa Telefon No, Faks No:</p> <p>Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....</p> <p>Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin</p> <p>Adı-Soyadı:</p> <p>İmzası:</p> <p>Görevi:</p> <p>Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....</p> <p>Açıklamaları Yapan Kişinin</p> <p>Adı-Soyadı:</p> <p>İmzası:</p> <p>Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....</p>
--

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-4: Diyaliz Hastası Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz: 1 () Kadın 2 () Erkek

3. Medeni durumunuz: 1() Evli 2() Bekar 3() Eşi vefat etmiş/
Boşanmış

4. Çocuğunuz var mı?

1 ()Evet 2 ()Hayır

5. Eğitim durumunuz:

1 () Okur-yazar değil

2 () İlkokul

3 () Ortaokul

4 () Lise

5 () Üniversite

6 () Yüksek Lisans

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

1 () Gelirim giderimden az

2 () Gelirim giderimi karşılıyor

3 () Gelirim giderimden fazla

7. Hangi tür diyaliz tedavisi alıyorsunuz?

1 () Periton diyalizi 2 () Hemodiyaliz

EK-5: Diyaliz Hastası Bakım Verenleri için Bilgi Formu

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz: 1 () Kadın 2 () Erkek

3. Medeni durumunuz: 1() Evli 2() Bekar 3() Eşi vefat etmiş/
Boşanmış

4. Çocuğunuz var mı?

1 ()Evet 2 ()Hayır Evetse kaç tane yazınız.....

5. Eğitim durumunuz:

1 () Okur-yazar değil

2 () İlkokul

3 () Ortaokul

4 () Lise

5 () Üniversite

6 () Yüksek Lisans

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

1 () Gelirim giderimden az

2 () Gelirim giderimi karşılıyor

3 () Gelirim giderimden fazla

7. Hastanız hangi tür diyaliz tedavisi alıyor?

1 () Periton diyalizi 2 () Hemodiyaliz

EK-6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

<p>BİR BİREY OLARAK ÇEŞİTLİ SORUNLARLA karşılaşılıyor ve bu sorunlarla başa çıkabilmek için çeşitli duygu, düşünce ve davranışlardan yararlanıyor olabilirsiniz. Sizden istenilen karşılaştığımız sorunlarla başa çıkabilmek için neler yaptığınızı göz önünde bulundurarak, aşağıdaki maddeleri cevap kağıdı üzerinde işaretlemenizdir. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz, size uygun olan cevabı işaretleyiniz. Başlamadan önce örnek maddeyi incelemeniz yararlı olacaktır.</p>					H İ Ç	P E K	U Y G U N	U Y G U N	T A M A M E N U Y G U N
ÖRNEKTİR	Hiç Uygun Değil	Pek Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun					
1. Kimsenin bilmesini istemem			X						
1. Kimsenin bilmesini istemem									
2. İyimser olmaya çalışırım									
3. Bir mucize olmasını beklerim									
4. Olayı / olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım.									
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.									
6. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.									
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.									
8. Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.									
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem									
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim									
11. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam									
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım									
13. İş olacağına varır diye düşünürüm									
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım									
15. Problemin çözümü için adak adarım									
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum									
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım									
18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım									
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım									
20. Problemi adım adım çözmeye çalışırım									
21. Mücadeleden vazgeçerim									
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm									
23. Hakkımı savunabileceğine inanırım									
24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim									
25. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürdüm									
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim									
27. Benim suçum ne diye düşünürüm									
28. Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm									
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım									
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır									

EK-7: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

EK-8: Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği:

Aşağıda hastalıktan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmiştir. Her cümleyi dikkatlice okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derecede gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

0: Hastalıktan dolayı hiç bu değişikliği yaşamadım

1: Hastalıktan dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım

2: Hastalıktan dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım

3: Hastalıktan sonra bu değişikliği orta derecede yaşadım

4: Hastalıktan sonra bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım

	Hiç yaşamadım	Çok az yaşadım	Az yaşadım	Orta derecede yaşadım	Fazla derecede yaşadım	Aşırı derecede yaşadım
1.Hayatıma verdiğim değer arttı	0	1	2	3	4	5
2.Hayatımın kıymetini anladım	0	1	2	3	4	5
3.Yeni ilgi alanları geliştirdim	0	1	2	3	4	5
4.Kendime güvenim arttı	0	1	2	3	4	5
5.Manevi konuları daha iyi anladım	0	1	2	3	4	5
6.Zor zamanlarda başkalarına güvенеbileceğimi anladım	0	1	2	3	4	5
7.Hayatıma yeni bir yön verdim	0	1	2	3	4	5
8.Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım	0	1	2	3	4	5
9.Duygularımı ifade etme isteğim arttı	0	1	2	3	4	5
10.Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım	0	1	2	3	4	5
11.Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım	0	1	2	3	4	5
12.Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim	0	1	2	3	4	5

	Hiç yaşamadım	Çok az yaşadım	Az yaşadım	Orta derecede yaşadım	Fazla derecede yaşadım	Aşırı derecede yaşadım
13.Yaşadığım her günün değerini anladım	0	1	2	3	4	5
14.Hastalıktan sonra benim için yeni fırsatlar doğdu	0	1	2	3	4	5
15.Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı	0	1	2	3	4	5
16.İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım	0	1	2	3	4	5
17.Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım	0	1	2	3	4	5
18.Dini inancım daha da güçlendi	0	1	2	3	4	5
19.Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım	0	1	2	3	4	5
20.İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim	0	1	2	3	4	5
21.Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim	0	1	2	3	4	5

EK-9: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun olan seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: (1) Bana Hiç Uygun Değil (2) Bana Uygun Değil (3) Bana Biraz Uygun (4) Bana Oldukça Uygun (5) Bana Tamamen Uygun Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.		(1) Bana Hiç Uygun Değil	2) Bana Uygun Değil	(3) Bana Biraz Uygun	(4) Bana Oldukça Uygun	(5) Bana Tamamen Uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.					
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm					
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.					
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.					
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.					
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.					
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.					
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.					
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine inanırım.					
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.					
11.	Hayattan zevk almam.					
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.					
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.					
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.					
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.					
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.					
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.					
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.					
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.					
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yaratıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).					
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.					
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.					
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.					
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.					
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.					
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.					
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.					
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.					
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.					

EK-10: Etik Kurul İzni



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

SAYI : 33479383/35
KONU : Toplantı Kararı

20 /06/2019

Sayın, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU
Zonguldak BEÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 12/06/2019 tarihinde yapmış olduğu toplantıda çalışmanızla ilgili almış olduğu karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ali Uğur EMRE
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı V.

Ek: Karar 1 adet



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 12/06/2019

TOPLANTI NO : 2019/09

KARARLAR :

- 2- Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2019-89-12/06 Protokol no'lu "Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Ali Uğur EMRE
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkan V.

EK-11: Kurum İzin Yazıları

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/07/2019-37559



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 36771699/302.08.01/37559
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı(Canan
KÖMÜRÇÜ)

31/07/2019

HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve araştırma Merkez Müdürlüğü'nün 26.07.2019 tarih, 37002 sayılı ve "Bilimsel ve Eğitim Amaçlı Canan KÖMÜRÇÜ" konulu yazıları yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ
Enstitü Müdürü V.

Ek :
Yazı



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 16734702/622.03/
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı (Canan
KÖMÜRCÜ)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17/07/2019 tarihli ve 36771699- 302.08.01- 35790 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU'nun danışmanlığında, yüksek lisans programı öğrencisi Canan KÖMÜRCÜ'nün, "Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Merkezimizde yapılabilmesi talebine ilişkin ilgi yazınız incelenmiş olup, söz konusu çalışmanın Merkezimizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Şenay ÖZDOLAP
Başhekim



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 36771699/302.14.01/34788
Konu : Tez Konusu

10/07/2019

HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Sanem YILDIRIM ve Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Canan KÖMÜRCÜ'nün tez konularına ilişkin 04.07 2019 tarih, 2019/21-(01,05) sayılı Yönetim Kurulu Kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ
Enstitü Müdürü

Ek :
Yönetim Kurulu Kararı (md.01,05)

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Enstitü Yönetim Kurulu

Tarih : 04.07.2019
Sayı : 2019/21

TOPLANTIYA KATILANLAR

Prof. Dr. V. Haktan ÖZAÇMAK (Müdür)
Doç. Dr. Baran Can SAĞLAM (Müdür Yardımcısı)
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ (Üye)
Doç. Dr. Seda CENGİZ (Üye)
Dr. Öğretim Üyesi Fürüzan KÖKTÜRK (Üye)

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR

Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ (İzinli)

Enstitü Yönetim Kurulu çoğunluğu sağlanarak Enstitü Müdürü Prof. Dr. V. Haktan ÖZAÇMAK başkanlığında 04.07.2019 tarihinde saat 14:00'da aşağıdaki gündem maddelerini görüşmek üzere toplandı.

MADDE 01

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 28.06.2019 tarih 32456 sayılı yazı ve eki "Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu" (Form:10) okundu.

Sanem YILDIRIM
Tez Konusu

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın ve ZBEÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının teklifleri doğrultusunda Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Sanem YILDIRIM**'ın tez konusunun, "ZBEÜ Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin 23. maddesi gereği, "**Ameliyat Öncesi Hastaya Verilecek Olan Sözlü ve Görsel Eğitimlerin Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Memnuniyetleri Üzerine Etkisi**" olarak kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Enstitü Yönetim Kurulu

Tarih : 04.07.2019
Sayı : 2019/21

TOPLANTIYA KATILANLAR

Prof. Dr. V. Haktan ÖZAÇMAK (Müdür)
Doç. Dr. Baran Can SAĞLAM (Müdür Yardımcısı)
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ (Üye)
Doç. Dr. Seda CENGİZ (Üye)
Dr. Öğretim Üyesi Fırvazan KÖKTÜRK (Üye)

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR

Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ (İznilli)

Enstitü Yönetim Kurulu çoğunluğu sağlanarak Enstitü Müdürü Prof. Dr. V. Haktan ÖZAÇMAK başkanlığında 04.07.2019 tarihinde saat 14:00'da aşağıdaki gündem maddelerini görüşmek üzere toplandı.

MADDE 05

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 03.07.2019 tarih 33317 sayılı yazı ve eki "Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu" (Form:10) okundu.

**Canan KÖMÜRCÜ
Tez Konusu**

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın ve ZBEÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının teklifleri doğrultusunda Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Canan KÖMÜRCÜ**'nün tez konusunun, "ZBEÜ Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin 23. maddesi gereği, "**Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi**" olarak kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.



9. ÖZGEÇMİŞ

Canan Kömürcü, 29.09.1985 tarihinde Ankara’ da doğdu. İlköğretimini Ankara Afşin Bey İlkokulunda, orta öğretimini ve liseyi Kaya Bayazıtöğlu Lisesinde tamamladı. 2009 yılında Başkent Üniversitesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümünden mezun oldu. 2009 yılı itibariyle Ankara Başkent Üniversitesi , Ankara Medicana , Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde onkoloji ve dahiliye birimlerinde görev aldıktan sonra 2011 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine atandı. 7 yıl göğüs hastalıkları servisi hemşiresi olarak görev aldı. 2015 yılında Ereğli Eğitim Fakültesinde Pedagojik Formasyon eğitimini tamamladı. 2017 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisansına başladı. Halen, 2018 yılında atandığı Ankara Pursaklar Devlet Hastanesinde üçüncü basamak genel yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır.