

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN BİREYLERİN
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE HEMŞİRELİK
BAKIMINI ALGILAYIŞLARININ TRAVMA SONRASI
BÜYÜME DÜZEYİNE ETKİSİ

Buket ŞİMŞEK ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN BİREYLERİN
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE HEMŞİRELİK
BAKIMINI ALGILAYIŞLARININ TRAVMA SONRASI
BÜYÜME DÜZEYİNE ETKİSİ

Buket ŞİMŞEK ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı'nda y¼ksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 20/06/2017

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU
Akdeniz niversitesi

ye : Yrd. Doç. Dr. Saliha HALLAÇ
Akdeniz niversitesi

ye : Yrd. Doç. Dr. Kerime BADEMLİ
Akdeniz niversitesi

ye : Yrd. Doç. Dr. Çiğdem GÜN
Mehmet Akif Ersoy niversitesi

ye : Yrd. Doç. Dr. İlkey KESER
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin Derin

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Buket ŞİMŞEK ARSLAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında benden desteğini ve yardımını esirgemeyen, bilgi ve deneyimiyle bana rehberlik eden, bakış açımı değiştiren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, değerli danışmanım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ders aldığım, gelişimime katkı sağlayan ve emek veren değerli hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde birlikte çalıştığım akademik ve idari personele,

Desteklerinden dolayı araştırmanın yapıldığı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan hemşirelere,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve değerli vakitlerini bana ayıran tüm katılımcılara,

Bütün hayatım boyunca desteklerini, sevgilerini esirgemeyen, omzumdaki görünmez el olan sevgili annem Saniye ŞİMŞEK, babam Mehmet ŞİMŞEK ve ablam Güldeste SALGIN'a,

Her koşulda yanımda olan, bütün zorluklara rağmen desteğini, sevgisini ve sabrını esirgemeyen yol arkadaşım Nuh ARSLAN'a, varlıklarıyla hayatıma anlam katan, sevgileri motivasyon kaynağım olan canım kızım Ahsen ARSLAN ve biricik yeğenim Zeynep Mina SALGIN'a sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Şubat 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmada örneklem güç analizi yöntemiyle belirlenmiş olup, toplam 122 birey ile çalışma tamamlanmıştır. Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)”, “Hastanın Hemşirelik Bakımının Algılayış Ölçeği (HHBAÖ)” ve “Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)” kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler, SPSS 23.0 paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 37 ± 11 olduğu, %54.9'unun kadın olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %63.9'unun psikotik özellikli olmayan bir hastalığa sahip olduğu, tedavi sürelerinin 8 ± 9 yıl, psikiyatri kliniğine yatış sayılarının 3 ± 4 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların stresle başa çıkmada etkili yöntemleri kullandığı (54.95 ± 14.74), hemşirelik bakımından memnun oldukları (25.73 ± 12.41) ve yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdikleri (66.56 ± 26.23) saptanmıştır. Ölçekler arasında yapılan korelasyonda SBTÖ ($p < .001$) ve HHBAÖ ($p = .001$) ile TSBE arasında istatistiksel olumlu yönde bir sonuç bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmaya katılan bireylerin, stresle etkili başa çıkma tarzlarını kullanmasının ve hemşirelik bakımı kaliteli olarak algılamasının travma sonrası büyüme düzeyini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ruhsal hastalığı olan bireylere etkili başa çıkma yöntemlerini öğreterek ve nitelikli, bireye özgü hemşirelik bakımı vererek, bireylerin travma sonrası büyüme düzeylerine katkıda bulunabilirler.

Anahtar Kelimeler: travma sonrası büyüme, stresle başa çıkma, hemşirelik bakımı algısı, ruhsal hastalık, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the effects of stress coping styles and nursing care perceptions on the post-traumatic growth level of the individuals in the psychiatric clinic.

Method: This descriptive study was conducted at the Akdeniz University Hospital Psychiatry Clinic between February 2016 and February 2017. In the study, the sample was determined by the power analysis method and the study was completed with a total of 122 individuals. Data were collected by face-to-face interview method using "Personal Information Form", "Coping Style Scale (CSS)", "Scale of Patient Perception of Hospital Experience With Nursing (PPHEN)" and "Post Traumatic Growth Inventory (PTGI)". The data were analyzed in the SPSS 23.0 package program.

Results: The average age of the participating individuals was found to be 37 ± 11 and 54.9% were female. It was also determined that 63.9% of participants had a non-psychotic disorder, 8 ± 9 years of treatment duration, and 3 ± 4 of psychiatric hospital admission. Participants were found to use effective methods to cope with stress (54.95 ± 14.74), to be satisfied with nursing (25.73 ± 12.41) and to have high posttraumatic growth (66.56 ± 26.23). Correlation between the scales showed statistically positive results between (PTGI and CSS ($p < .001$), PTGI and PPHEN ($p = .001$)).

Conclusion: It has been found that using the effective coping styles and perceiving nursing care as quality affect the post-traumatic growth positively in the individuals who participated in the study. These results show that nurses working in psychiatric clinics can contribute to the post-traumatic growth levels of individuals with psychiatric illness by teaching effective coping strategies and providing qualified, individualized nursing care.

Key words: post traumatic growth, coping, nursing care perception, mental disorders, psychiatric nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Travmatik Yaşam Olayları ve Genel Özellikleri	3
2.2. Travmatik Yaşam Olaylarına Verilen Tepkiler	4
2.3. Travmatik Yaşam Olayları Sonrası Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Sorunlar	6
2.3.1. Akut Stres Bozukluğu	7
2.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	7
2.4. Travma Sonrası Büyüme	8
2.4.1. Travma Sonrası Büyüme Süreci	9
2.4.2. Travma Sonrası Büyüme Türleri	11
2.4.3. Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Kuramlar	13
2.4.4. Travma Sonrası Büyüme Etkileyen Faktörler	14
2.5. Travmatik Yaşam Olayı Olarak Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Olmak	16
2.6. Travma Sonrası Büyüme ve Psikiyatri Hemşireliği	18
2.6.1. Travma Sonrası Büyümede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25

3.3.1. Katma Kriterleri	26
3.3.2. Dışlama Kriterleri	26
3.4. Ön Uygulama	26
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.6. Veri Toplama Araçları	27
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	27
3.6.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	27
3.6.3. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği	29
3.6.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri	29
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.9. Verilerin Analizi	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR	31
4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özellikleri	32
4.2. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri	32
4.3. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerini Etkileyen Faktörler	34
4.4. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki İlişki	42
5. TARTIŞMA	44
5.1. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler	44
5.2. Katılımcıların Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Etkileyen Faktörler	47
5.3. Katılımcıların Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler	50

5.4. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki İlişki	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	58
EKLER	
EK-1. Etik Kurul Onayı	
EK-2. Kurum İzin Yazısı	
EK-3. Aydınlatılmış Onam	
EK-4. Kişisel Bilgi Formu	
EK-5. Stresle Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	
EK-6. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği	
EK-7. Travma Sonrası Büyüme Envanteri	
EK-8. Ölçek İzin Yazıları	
EK-8.1. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İzin Yazısı	
EK-8.2. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği İzin Yazısı	
EK-8.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri İzin Yazısı	
ÖZGEÇMİŞ	82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Travma Sonrası Büyüme Sürecinin Kapsamlı Bir Modeli

10



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Travmatik Yaşam Olaylarına Verilen Tepkiler	5
Tablo 2.2. Travma Sonrası Büyümeye Katkıda Bulunabilecek Olası Hemşirelik Tanıları ve Girişimler	22
Tablo 3.1. G-Power Priori Güç Analizi Raporu	25
Tablo 3.2. G-Power Post-hoc Güç Analizi Raporu (Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Korelasyon Sonuçlarına Göre)	26
Tablo 3.3. G-Power Post-hoc Güç Analizi Raporu (Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Korelasyon Sonuçlarına Göre)	26
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	31
Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri	32
Tablo 4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Minimum-Maksimum Değerler	32
Tablo 4.4. Katılımcıların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nde En Çok Puan Verdikleri İlk Üç Madde ile En Az Puan Verdikleri Madde	33
Tablo 4.5. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Aralarındaki İlişki	35
Tablo 4.6. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	38

Tablo 4.7. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre
Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı **40**

Tablo 4.8. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını
Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki
İlişkinin İncelenmesi **42**



SİMGELER ve KISALTMALAR

ASB: Akut Stres Bozukluğu

CSS: Coping Style Scale

HHBAÖ: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği

PPHEN: Scale of Patient Perception of Hospital Experience with Nursing

PTGI: Post Traumatic Growth Inventory

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SPSS: Statistical Package of Social Sciences

TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Birey, yaşamının herhangi bir döneminde ruhsal ve bedensel varlığını sarsan, inciten, kendisine acı veren ani ve beklenmedik bir olayla karşı karşıya kalabilir. Bu tür olaylara travmatik yaşam olayları denir (Sayıl, 1992; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Ruhsal hastalık tanısı almış olmak, travmatik yaşam olayları içinde sayılmaktadır (Sayıl, 1992; Eskin ve ark., 2006; Mazor ve ark., 2016; Attard ve ark., 2017). Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin, toplum içinde damgalamaya maruz kaldıkları ve içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları (Yüksel ve Taşkın, 2005; Tel ve Ertekin Pınar, 2012), iş bulmakta ve sağlık hizmetlerine erişmede zorluk çektikleri (Üçok, 1999), sağlık personeli tarafından damgalandıkları (Özmen, ve ark., 2003; Özyiğit, ve ark., 2004), yaşadıkları damgalamanın tedavi sürecine uyumu bozduğu (Bahar, 2007; Sönmez, 2008) ve benlik saygılarını düşürdüğü (Link ve ark., 2001) görülmektedir. Ayrıca bu bireylerin hastalıkları sebebiyle evsiz kaldığı, kötü koşullarda yaşadıkları, sosyal ilişkilerinin azaldığı düşünüldüğünde (Kammer, 1993; Schulze ve Angermeyer, 2003; Bostancı, 2005), ruhsal bir hastalığa sahip olmanın bireyler için travmatik bir yaşantı olduğu açıktır (Pietruch ve Jobson, 2010).

Travmatik olaylar birey, aile ya da toplum üzerinde yıkıcı etkileri olmasına rağmen, her bireyin olaya verdiği yanıt kendine özgüdür (Frisch ve Frisch, 2009). Travmatik yaşam olayları sonucunda, bazı bireyler hafif düzeyde anksiyete belirtisi (Varcarolis, 2013) gösterirken, bazıları anksiyete bozukluğu (Bandelow, ve ark., 2002; Erwin ve ark., 2006), depresyon (Kendler ve ark., 1999; Kessler, 2001; Kendler ve ark., 2010), travma sonrası stres bozukluğu (Breslau ve ark., 1998; Yule ve ark., 2001; Orozco ve ark., 2008) gibi psikopatolojiler gösterebilirler. Psikopatolojinin tersine bazı bireylerde ise kendini algılama, yaşamın anlamının değişmesi gibi olumlu değişimler görülebilmektedir. Bu olumlu değişimler, travma sonrası büyüme olarak adlandırılmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1999).

Bireyin travmatik yaşam olayından sonra büyüme göstermesinde bazı faktörlerin rolü vardır. Stresle başa çıkma becerileri bu faktörlerden bir tanesidir. Bireyin hayatını yeniden düzenlemesi, ortaya çıkan duygularla başa çıkabilmesi gereklidir. Uygun başa çıkma yöntemlerini kullanarak duygusal ve fiziksel gerginliğini azaltan bireyler,

travma sonrası büyüme gösterebilir (Thomas ve Marks, 1995; Özlü ve ark., 2010; Bayraktar, 2012; Fernandes ve ark., 2015). Travma sonrası büyümeye katkıda bulunan bir diğer faktör ise, olaya maruziyet sırasında ya da sonrasında profesyonel destek almaktır. Yapılan çalışmalarda, sağlık personelinin destek ve danışmanlık alan bireylerin daha fazla travma sonrası büyüme gösterdikleri saptanmıştır (Garland ve ark., 2007; Jeon ve ark., 2015; Jeon ve ark., 2017).

Hastayla sürekli ilişkide bulunan, gözlem ve görüşmeler yapan, bakım veren psikiyatri klinik hemşireleri, stresle baş etme, damgalama, kişiler arası ilişkiler, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psikoeğitim programları düzenleyip uygulayarak, birey ve aileyi destekler (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910). Bu sayede hemşire bireyi her yönden ele alır ve bakım verdikleri bireylerin güçlenmesini sağlar (Çam, 2015).

Travma sonrası büyüme kavramı, sağlık bilimlerinde geniş bir çalışma alanı bulmasına rağmen (Mahapatro ve Parkar, 2005; Sanders ve Szymanski, 2013; Cormio ve ark., 2014; Çağlayan, 2016) stresle başa çıkmanın ve hemşirelik bakımını algılamanın ruhsal hastalığa sahip bireylerin travma sonrası büyüme düzeylerini nasıl etkilediğine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve hastalıklarıyla ilgili deneyimlerinin travma sonrası büyümeye etkisi var mıdır?
2. Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları nasıldır?
3. Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin hemşirelik bakımını algılama düzeyleri nasıldır?
4. Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyleri nasıldır?
5. Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ve hemşirelik bakımını algılamaları ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travmatik Yaşam Olayları ve Genel Özellikleri

Birey yaşamında ruhsal ve bedensel varlığını değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan birçok olayla karşılaşabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu olaylar, bireyin kontrol edemediği ve duygusal olarak üstesinden gelemediği, kendisine acı veren, ani ve beklenmedik olaylardır. Bu tür olaylara, travmatik yaşam olayları denir (Sayıl, 1992). Psikanalitik yaklaşımda bu tür olaylar, bireyin egosunun üstesinden gelemeyeceği ağırlıkta, içten ve dıştan gelen uyaranlar kümesi olarak tanımlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu yüzden birey, olay karşısında kendini güçsüz ve yalnız hisseder (Varcarolis, 2013).

Kriz, travma ve travmatik yaşam olayları kabaca aynı kavramlardır. Bu tür olayların genel özelliklerini tanımak riskli durumların belirlenmesini sağlar. Bu sayede bireyin içinde bulunduğu durum değerlendirilerek, olası problemler azaltılabilir (Calhoun ve Tedeschi, 1999). Bu olayların genel özellikleri:

- Önceden beklenmemesi ve normal yaşam deneyimlerinin dışında olması,
- Olayın niteliğinin ağır olması ve psikolojik olarak kişide zorlanma yaratması,
- Bireyin olay karşısında denetim gücünün olmaması (çaresizlik duygusu),
- Fiziksel olarak zarar görülmesi ya da böyle bir tehdidin olması,
- Uzun süreli problemlere yol açabilmesidir (Öztürk & Uluşahin, 2008).

Beklenmedik, bireyde psikolojik zorlanmaya neden olan, bireyin denetim gücünü yok eden olaylar; bireyi, aileyi ve toplumu etkileyebilir (Frisch ve Frisch, 2009). Bu olaylar doğal olaylar ve insanlar tarafından oluşturulan travmatik yaşam olayları olarak ikiye ayrılır.

Doğal olaylar arasında;

- Doğal afetler,
 - Sevilen bir kişinin ölümü,
 - Ruhsal ve bedensel bir hastalığa yakalanma (kendi veya ailesinden biri),
- İnsanlar tarafından oluşturulan travmatik yaşam olayları arasında ise;
- Anne-baba, eş, çocuk, arkadaştan ayrılma,
 - İstismar ve ihmale uğrama,

- Savaş, esir düşme,
- Ani iş kaybı veya iflas etme,
- Para kaybı,
- Yaşam koşullarının, iş durumunun, sosyal aktivitelerin, yeme alışkanlıklarının değişmesi,
- Mesleki, akademik ve ticari başarısızlık sayılabilir (Sayıl, 1992; Eskin, ve ark., 2006; Frisch ve Frisch, 2009; Varcarolis, 2013).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bireylerin %65'inin travmatik bir olaya maruz kaldığı saptanmıştır (Arıkan, 2007). Travmatik yaşam olaylarına maruz kalma durumunda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişme riski artmaktadır. Hollanda'da yapılan bir araştırmada bireylerin yaşam boyu herhangi bir travmatik olaya maruz kalma oranı %80.7, bu maruziyet sonucunda TSSB gelişme riski ise %7.4 olarak saptanmıştır. Kadınlarda ve genç bireylerde TSSB gelişme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vries ve Olf, 2009). Almanya'da toplumun yaşam boyu bir travmatik yaşam olayı yaşama durumu kadınlarda %17.7 erkeklerde %26 olarak belirlenmiş olup, devamında TSSB gelişme oranı ise kadınlarda %2.2, erkeklerde %1 olarak saptanmıştır (Perkoning ve ark., 2000).

Türkiye çeşitli türden travmatik yaşam olaylarının yaygın olarak görüldüğü bir ülke olmasına rağmen, yapılan araştırmalar daha çok doğa olayları sonucu meydana gelen travmalara odaklanmaktadır (Binbay ve ark., 2014). Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada en çok karşılaşılan ilk üç travmatik yaşam olayı sırasıyla afetler (deprem, sel, toprak kayması, patlama), aileden birinin ölmesi ve önemli bir kaza, hastalık geçirme ya da aileden birinin geçirmesi olarak saptanmıştır (Arıkan, 2007). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmaya göre ise, en çok yaşanan ilk üç travmatik olay; sevilen bir kişinin ölümü ya da hastalığı, özel bir insandan ayrılma ve kişisel bir hastalık olarak bulunmuştur (Altun ve Yazıcı, 2012).

2.2. Travmatik Yaşam Olaylarına Verilen Tepkiler

Travmatik yaşam olayları, olumsuz ve istenmeyen tepkilere neden olabilir. Bu olumsuz tepkiler bireyden bireye değişmekle birlikte; bireyde duygu, düşünce, davranış boyutuyla ve fizyolojik belirtilerle kendini göstermektedir. Bu belirtiler Tablo 2.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Travmatik yaşam olaylarına verilen tepkiler

Duygu boyutu	Travmatik yaşam olayına maruz olan bireylerde görülen en önemli duygusal yanıt, korku ve anksiyetedir. Baskın olan duygu, durumdan duruma değişmekle birlikte, anksiyete ve beraberinde depresyon sıklıkla görülmektedir. Ayrıca bireyde üzüntü, öfke, sinirlilik ve suçluluk duyguları da sıklıkla bulunmaktadır.
Düşünce boyutu	Travmatik olayla ilgili tekrar eden düşünceler, en yaygın travma sonrası yanıtıdır. Olaya maruziyetten sonraki günlerde ve haftalarda sıklıkla görülür. Ayrıca farkında olmadan olayla ilgili düşünme tekrarlı düşüncelere eşlik eder. Travmadan sonra “ <i>benlik saygısında azalma</i> ” düşünce boyutunda görülebilecek değişikliklerdendir.
Davranış boyutu	İlaç kötüye kullanımı, diğer insanlardan uzaklaşma ve agresif davranışlar travmadan sonra görülebilecek davranışsal problemlerdir.
Fizyolojik belirtiler	Ani ve beklenmedik durumlarda bireyin vücut sistemi aşırı uyarılır. Bu nedenle kişide yorgunluk, kas spazmı ve ağrısı, nefes alıp vermede zorluk görülebilir

Calhoun LG, Tedeschi R. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. London: Lawrence Erlbaum Associates;1999, p: 132-154.

Travmatik yaşam olayları, bireyde bir kriz durumu yarattığı için, bu olaylara verilen tepkiler krize verilen tepkiler gibidir. Caplan, 1964 yılında, krizin dört aşamasını tanımlamıştır. Birinci aşamada birey kriz yaratan durumdan dolayı anksiyete yaşar. Bu aşamada stresle başa çıkma becerilerini kullanarak anksiyete düzeyini azaltmaya çalışır. Eğer anksiyetesini azaltamazsa ikinci aşamaya geçer. Birey bu aşamada üzerinde bir baskı hissettiği için olaylara yanıtsız kalır. Üçüncü aşamada bireyin anksiyetesini gittikçe arttığı için olayı kontrol altına almaya çalışır. Birey olayı kontrol altına almak için bilişsel becerilerini, sosyal desteklerini kullanır ve olayı yeniden

gözden geçirir. Eğer kişi bu aşamada anksiyetesini kontrol altına alamazsa krizin dördüncü aşaması olan panik durumunu yaşar. Bu evre bazıları için panik ve anksiyete ile sürerken, bazıları için depresyon hatta psikozla bile devam edebilir (Akt. Frisch ve Frisch, 2009).

Travmatik yaşam olaylarının tamamı bireylerde duygu ve davranış yönünden değişikliklere neden olmasına rağmen, aynı travmatik olaya maruz kalan bireylerin verdiği tepkiler birbirinden farklıdır (Yüksel, 2001). Çünkü travmatik yaşam olayına verilen tepkiyi belirleyen bazı etkenler vardır. Bu etkenler; genetik yatkınlık, gelişim özellikleri, ego (benlik gücü), psikolojik sağlamlık, ruhsal hastalık öyküsü, sosyal destek sistemleri, kültürel farklılıklar, baş etme yöntemleri, travmatik yaşam olayları öyküsü, travmatik olaya hazırlıklı olup olmaması, travma nedeniyle ortaya çıkan yitimler ve travmanın niteliği olarak sıralanabilir (Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008)

2.3. Travmatik Yaşam Olayları Sonrası Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Sorunlar

Travmatik bir olaya verilen tepkiler, stresin azaltılması ve yeniden denge kurulmasına yardım eder. Travma sonrasında bireyin anksiyete ve depresyon belirtileri göstermesi normaldir. Bu belirtilerin birkaç haftadan uzun sürmesi, beraberinde madde kullanımı, ağır depresif belirtiler, psikoz, uyum güçlüğü, işlevsellikte bozulma gibi belirtilerin varlığı travmaya yanıtın patolojik bir hal aldığı gösterir (Yüksel, 2001).

Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler birçok faktöre bağlıdır. Travmanın bazen kendisi hastalık oluştururken, bazen de hastalığın tetikleyicisi durumundadır. Bayraktar'a (2012) göre temel olarak travma sonrası ortaya çıkan ruhsal sorunlar ikiye ayrılır. Birinci grupta akut stres tepkisi, akut stres bozukluğu (ASB), patolojik yas ve TSSB gibi "psikolojik travmanın gerekli olduğu, fakat yeterli olmadığı durumlar" yer alırken; ikinci grupta tümüyle psikiyatrik bozukluklardan oluşan "psikolojik travmanın tetikleyici olduğu, fakat gerekli olmadığı durumlar" yer almaktadır.

Ülkemizde ruhsal sorunların epidemiyolojisine ilişkin yapılan bir çalışmada, en çok doğa kaynaklı travmatik olaylar üzerinde çalışma yapıldığı ve doğa kaynaklı travmatik olaylardan sonra en çok depresyon ve TSSB görüldüğü saptanmıştır. İnsan

kaynaklı olan travmalarda ise ASB ve TSSB görülme oranlarının arttığı belirtilmektedir (Binbay ve ark., 2014). Travmatik yaşam olaylarından sonra sıklıkla karşılaşılan ASB ve TSSB'ye ilişkin bazı bilgiler aşağıda verilmiştir.

2.3.1. Akut Stres Bozukluğu

ASB travmatik yaşam olayları sonucunda görülen geçici bir bozukluktur. Başka herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan bireylerde travmatik yaşam olayından kaynaklanan bedensel ya da ruhsal zorlanma sonucunda ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Belirtileri TSSB belirtileriyle benzerlik gösterir. Farklı ASB belirtilerinin 2 gün ile 4 hafta arasında sürmesidir (Yüksel, 2001). Belirtiler travmatik olayın ortadan kalkması ya da olaydan uzaklaşılmasıyla birlikte geriler. Fakat bu aşamada birey ölüm, sakatlık gibi herhangi bir durumla karşı karşıya kalmışsa yas sürecine girer. Belirtilerin üç-dört haftadan uzun sürmesi durumunda, TSSB tanısı koyulur. Akut stres bozukluğu görülme oranı, bölgeden bölgeye değişiklik göstermekle birlikte, ülkemizde trafik kazaları, doğal afetler sıklıkla yaşandığından, bozukluğun toplumda yaygın olarak görüldüğü fakat birçok bireyin hekime gitmeden iyileştiği düşünülmektedir. (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, bireyin gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek travmatik bir olay yaşamasıyla, böyle bir olaya tanık olmasıyla ya da travmatik olayla ilgili yaşantılara tekrarlayan şekilde maruz kalmasıyla ortaya çıkar. Yaşanılan bu travmatik olay günlük ve alışılmış yaşamın dışında olduğu için bireyi güçsüz, yalnız, çaresiz hissettirir, korkutur ve dehşete düşürür (Amerikan Psychiatric Association, 2000; Varcarolis, 2013). TSSB belirtileri travmadan sonra genellikle birkaç ay içinde başlar. Travmadan uzun süre sonra ortaya çıkması çok nadirdir. Travmadan uzun süre sonra ortaya çıkan belirtilerin iyileştirilmesi daha zordur ve genellikle kronikleşmiştir (Varcarolis, 2013).

TSSB belirtilerinde; bireyin travma ile ilgili sıkıntı veren, yineleyici ve istemsiz oluşan anıları ve düşleri vardır. Birey travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi hisseder. Travmatik olayı çağrıştıran bir şey yaşadığında yoğun ruhsal sıkıntı hisseder ve belirgin fizyolojik tepkiler gösterir. Olayla ilgili duygu, düşünce ve anımsatıcılardan kaçınır. Yaşadığı olayın bir yönünü anımsayamaz, kendisi, başkaları

ve dünya ile ilgili olumsuz inanışları, beklentileri ve çarpık bilişleri vardır. Başkalarına yabancılaşır ve olumlu duygular yaşayamaz. Saldırganlık, öfke patlamaları yaşar. Her an bir şey olacak korkusuyla tetiktedir, odaklanma güçlüğü yaşar ve uyku problemleri vardır (American Psychiatric Association, 2014).

2.4. Travma Sonrası Büyüme

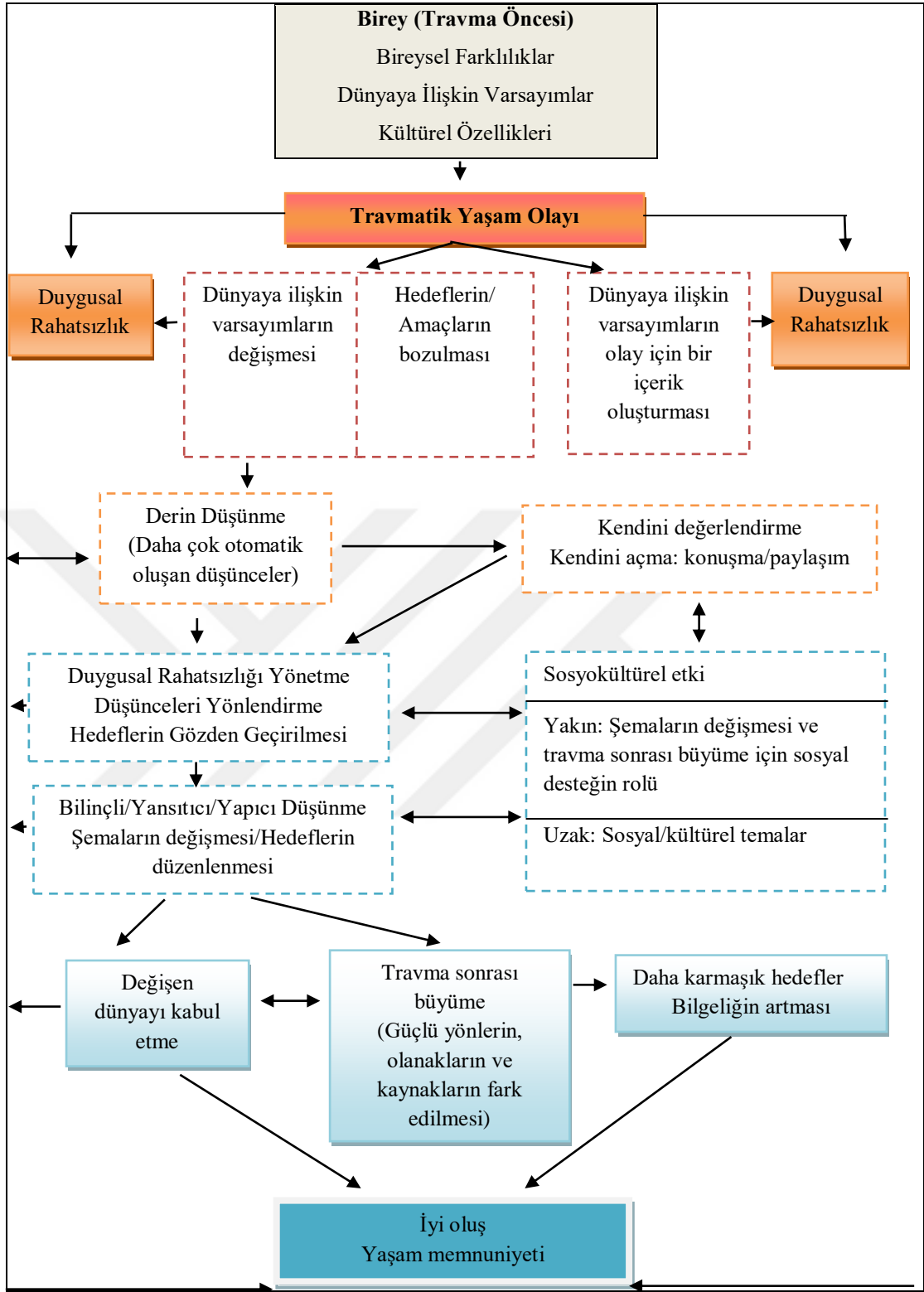
Travmatik yaşam olaylarından sonra bireyde yalnızca olumsuz değişimler değil, olumlu değişimler de görülmektedir. Bilimsel çalışmalarda genellikle travmatik yaşam olayının kişi üzerinde yarattığı negatif etkiler incelenmiş olup (Calhoun ve Tedeschi, 1999; Vazquez, 2013), son yıllarda travmadan güçlenerek çıkan bireyler ve yaşadıkları olumlu değişimler araştırmalara konu olmaya başlamıştır (Bayraktar, 2012). Travma sonrası büyüme kavramı, travmatik bir yaşam olayıyla mücadele sonrasında bireyin yaşadığı olumlu değişimleri ifade eder (Calhoun ve Tedeschi, 1999; Bayraktar, 2012).

Travma sonrası büyüme kavramıyla ilgili öğretiler yüzyıllardır kabul görmektedir. Antik Yunan, İbranice ve erken dönem Hristiyan yazıları ve düşünceleri ile Budizm, Hinduizm ve İslam öğretileri acıdan olumlu sonuçlar çıkarılabileceğini işaret etmişlerdir (Calhoun ve Tedeschi, 1999). Din ve edebiyatta, insanın çektiği acıların onları ilime, gerçekliğe ve tanrıya yaklaştırdığı düşünülmüştür (Bayraktar, 2012). Frankl, Fromm, Caplan, Dohrenwend and Yalom gibi birçok sosyal bilimci de travmatik yaşam olaylarından sonra bireylerin hayatlarında pozitif değişikliklerin olmasının mümkün olduğunu söylemişlerdir (Calhoun ve Tedeschi, 1999).

Kavram olarak travma sonrası büyüme, Tedeschi ve Calhoun tarafından ilk 1995 yılında ortaya atılmış ve 2004 yılında revize edilmiştir (Werdel ve Wicks, 2012). Son yıllarda bu kavram, doğal afet (Karancı ve Acartürk, 2005; Guo ve ark., 2017), kaza (Çağlayan, 2016), hastalık (Mahapatro ve Parkar, 2005; Garland ve ark., 2007; Jordan ve ark., 2016) gibi travmatik yaşam olayları geçiren bireyler ve yakınlarında (Cormio ve ark., 2014) çalışılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerde travma sonrası büyüme gösterme oranı %3-98 arasında değiştiği bulunmuştur (Bayraktar, 2012).

2.4.1.Travma Sonrası Büyüme Süreci

Travma sonrası büyüme sürecinin açıklanmasında İşlevsel-Betimsel Model kullanılır (Bayraktar, 2012). Bu modele göre, travma sonrası büyüme süreci bireyin travmatik yaşam olayına maruz kalmasıyla başlar ve travmatik yaşam olayıyla mücadele sırasında ve sonrasında bireyde görülen olumlu değişikliklerle sonlanır. Travmatik olaya maruz kalan bireyde öncelikle duygusal bir rahatsızlık başlar. Bu rahatsızlığın kaynağı, dünyaya ilişkin bireyin şimdiye kadar oluşturduğu varsayımların, yaşamdaki hedeflerinin ve amaçlarının engellenmesidir. Bu engellenmişlik karşısında bireyde otomatik düşünceler oluşmaya başlar. Birey kendini değerlendirme ve başkalarına kendini açma yoluyla duygusal rahatsızlığını gidermeye çalışır. Bu süreci bireyin öncelikle sosyal destek sistemleri, sonrasında sosyal-kültürel durumu etkiler. Bu etkiye sosyokültürel etkiler denir. Bu etkiyle birlikte bireyde amaçlı düşünme başlar ve şemaları değişime uğrar. Bu değişim sonrasında birey değişen dünyayı kabul eder, güçleri, kaynakları ve olanaklarının farkına varır ve bu sayede travma sonrası büyüme gerçekleşir. Travma sonrası büyüme sonrasında bireyde, iyi oluş ve yaşam memnuniyeti artar (Calhoun ve ark., 2010). Travma sonrası büyüme sürecinin kapsamlı bir modeli Şekil 2.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Travma sonrası büyüme sürecinin kapsamlı bir modeli

Calhoun LG, Cann A, Tedeschi R. The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations. In: Weiss T, Berger R, eds. Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010, p: 1-14.

2.4.2. Travma Sonrası Büyüme Türleri

Travma sonrası büyüme farklı yollarla kendini gösterir. Bir birey bir alanda olumlu gelişme gösterirken, başka bir alanda gelişme göstermeyebilir ya da olumsuz gelişme gösterebilir (Tedeschi ve ark., 2009; Bayraktar, 2012). Son araştırmalar travmaya maruz kalan bireylerin, özellikle üç temel alanda travma sonrası büyüme gösterdiklerini kanıtlamıştır. Bu alanlar; benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişimdir (Calhoun ve Tedeschi, 1999).

- **Benlik Algısında Değişim:** Bu alanda bireyin kendi kendini algılama biçiminde değişiklik oluşur. Bu değişikliği yaşarken öncelikle birey, dünyayı tehlikeli, öngörülemeyen bir yer, kendini de savunmasız olarak algılar. Fakat kendi güçlerini fark ederek, daha önce olmadığı kadar savunmasız fakat şimdiye kadar olduğundan çok daha güçlü olduğu algısını geliştirir. Bu alanda birey, yaşamında yeni olasılıkların ortaya çıkması, yeni ilgi alanları ve aktiviteler geliştirme ya da hayatında yeni bir başlangıç yapma gibi gelişmeler gösterebilir (Calhoun ve Tedeshi, 2006). Travma sonrası büyümede bu alanındaki temalar şunlardır (Tedeschi ve ark., 2009; Bayraktar, 2012):

Hayatta kalana karşı kurban ifadesi: Bireylerin travmatik bir olay sonrasında kendilerini nasıl etiketledikleri travmayla başa çıkma ve travmatik olaydan olumlu sonuçlar alma yönünde bireyleri etkilemektedir. Travma sonrası büyüme için bireylerin kendini travmanın kurbanı yerine, travma sonrası hayatta kalan birey olarak görmesi çok önemlidir. Hayatta kalan olarak düşünüldüğünde birey kendini özel bir yere koymakta ve güçlü görmektedir.

Kendine güvenmek: Bu aşamada birey kendini başına gelebilecek başka travmalar konusunda hazırlamış ve başa çıkma becerilerini güçlendirmiş olarak kabul edecektir. Bu durum da bireyin gücünü arttıracaktır. Eğer ben bundan hayatta kalırsam, her şeyin üstesinden gelebilirim, düşüncesi oluşacaktır.

Kolay incinirlik ve hassasiyet: Travma sonrası büyüme yaşayan birey kendi hassasiyetlerini, incinebilir alanlarını tanıyan ve bu konuda kendini hazırlamış bireydir.

- **Yaşam Felsefesinde Değişim:** Travmaya uğrayan bireylerin yaşamlarına bakış açısı, sahip oldukları değerler, travma öncesine göre farklılaşan değerleri, ruhsal- manevi gelişim, bilgelik alanlarında değişim yaşanmaktadır (Tedeschi ve ark., 2009; Bayraktar, 2012):

Yaşam değeri ve öncelikleri: Özellikle hayatı tehdit eden travmatik olaylardan sonra bireyin ikinci bir şans düşüncesiyle yaşama verdiği değerin arttığı bilinmektedir. Bu bireyler yaşadıkları anın değerini bildiklerini ve küçük şeylerden zevk aldıklarını belirtmişlerdir.

Varoluşla ilgili tema ve anlam arayışı: Bazı travmatik yaşam olayları insanın varoluşunu sorgulamasına neden olur ve yaşamındaki temel değerlere ulaşmasını sağlar.

Ruhsal-manevi gelişim: Travma sonrasında bireylerde Tanrıya yaklaşma ve dini uygulamalarda artış görülmektedir.

Bilgelik: Travma sonrası büyümede, bilgelik duygusal bir gelişimdir. Birey belirsizliği tanıyıp, duygu ve bilişi birleştirerek ve birey olarak sınırlarını kabul ederek yaşamın değerini, yaşamdaki önceliklerini, zorluklarla nasıl başa çıkılabileceğini belirleyebilmektedir.

- **Başkalarıyla İlişkilerde Değişim:** Travma sonrası bireydeki önemli değişimlerden bir tanesi de, diğer insanlarla ilişkilerinde olan değişimdir. Travma sonrasında bireyin diğer insanlara bakış açısı genellikle ortaya çıkar. Özellikle acı deneyimi yaşayan bireylere karşı merhamet duygusuyla bağ oluşturdukları bulunmuştur (Calhoun ve Tedeshi, 2006). Bu alandaki temalar ise (Tedeschi ve ark., 2009; Bayraktar, 2012):

Kendini açma ve duygularını ifade etme: Travmatik deneyim yaşayan bireyler duygularını başka insanlara iletme, kendini ifade etme konusunda gelişim göstermektedirler.

Acıma, şefkat ve bu duyguları diğer bireylere aktarma: Travma yaşayan bireylerde bazı duygularda artış görülmektedir. Bunlar hassasiyet, acıma, empati, incinebilirlik, şefkat gibi duygulardır. Ayrıca diğer insanlara yardım

etme davranışı sıklıkla görülür. Bu bireyler kendi yaşadıklarını ve yaşadıklarından çıkarımlarını başkalarıyla paylaşma motivasyonu kazanırlar.

2.4.3. Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Kuramlar

Travma sonrası büyüme açıklayan kuramların gelişimi, hem psikoloji kuramlarına hem kavramın ortaya çıktığı zamandan itibaren yapılan çalışmalara hem de felsefi ve teolojik temellerden gelen yüzyılların tecrübesine dayanmaktadır. Psikoloji kuramları açısından bakıldığında travma sonrası büyüme kavramını en iyi açıklayan kuramlar Caplan'ın Kriz Kuramı, Varoluşçu Psikoloji, Rogers'ın Birey Merkezli Yaklaşım Modeli ve Pozitif Psikoloji Hareketi'dir (Werdel ve Wicks, 2012).

- **Kriz Kuramı:** Caplan, Kriz Kuramı'nı yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerle çalışırken geliştirmiştir. Bu çalışmanın sonunda Caplan, bireyin kendisi için kriz niteliğinde olan bir olayı yaşarken günlük hayatta kullandığı başa çıkma becerilerinin yetersiz kaldığını gözlemlemiştir. Başa çıkma becerilerinin bozulmasıyla birlikte bireyde, işlevselliğe karşın düzen kuramama duygusu hakim olmaya başlamıştır. Bu duyguyla birey, içinde bulunduğu durumu sonlandırmak için yeni yollar –başta çıkma becerileri- aramaya çalışır. Kriz Kuramı'nda, eğer başımıza gelen kriz durumları olmazsa kişinin kendini geliştirmek için yeni yollar aramaya girmeyeceği – kendi potansiyelini fark edemeyeceği- anlatılır (Akt. Werdel ve Wicks, 2012). Bireyin yeni yollar arayarak, kendi potansiyelinin farkına varmasıyla birlikte de bireyde gelişme ve büyüme görülecektir.
- **Varoluşçu Psikoloji:** Varoluşçu kuram, travma sonrası büyüme kavramının dayanağıdır. Bu kuram genellikle bireyin varoluşu ve varoluşu sebebiyle karşılaştığı durumlarda ortaya çıkan içsel çatışmalarını açıklamaya çalışır. Bireydeki dört temel varoluşsal kaygı –ölüm, özgürlük, izolasyon ve anlamsızlık- içsel çatışma ile sonuçlanır. İnsanlar ölümle karşılaştıklarında, geri dönüşü olmayan bir karar verdiklerinde ya da kendilerine göre anlam ifade eden şemanın yok olduğunu tecrübe ettiklerinde bu kaygılardan bir ya da birden fazlasını göstermeye yatkındırlar. Eğer birey bu temel varoluşsal kaygılara karşı farkındalık kazanırsa, anksiyete ve duygusal rahatsızlık yaratan stres ve travmaya karşı da daha uyanık hale gelecektir. Yaşanan duygusal rahatsızlık ve anksiyetenin şiddetine bağlı olarak bireyin pozitif

yönde büyüme deneyimine ya da negatif yönde psikopatoloji tecrübesine doğru ilerleyeceği savunulmaktadır. Ayrıca bireyin temel varoluşsal kaygılardan biri ya da daha fazlasıyla karşılaşması yeni bir yaşam anlamı oluşturmasını sağlayacaktır (Akt. Werdel ve Wicks, 2012).

- **Birey Merkezli Yaklaşım Modeli:** Carl Rogers, Birey Merkezli Yaklaşım Modeli'nde, bireyin özünde büyümeye, olgunlaşmaya yönelik bir motivasyonun olduğunu savunur. Birey, sosyal çevresi tarafından desteklendiği takdirde, anlam bulma ve büyüme eğiliminde olacaktır. Temel bir motivasyon olarak büyüme, her bireyde eşit biçimde yaşanmaz. Düşmanca yaklaşımları olan toplumlarda ve olumsuz koşullarda birey anksiyete, korku gibi duygular yaşar ve olgunlaşmadan uzaklaşır (Akt. Werdel ve Wicks, 2012).
- **Pozitif Psikoloji:** Pozitif psikoloji, ruh sağlığının pozitif boyutundan ortaya çıkmış bir yaklaşımdır (Eryılmaz, 2017). Temel odak noktası, bireyin hayatındaki en kötü şeyleri onarmaktan, kişiye pozitif nitelikler kazandırmaya kadar uzanan bir değişimi sağlamaktır. Öznel seviyedeki pozitif psikolojinin alanı, bireyin öznel deneyimleriyle ilgilidir. Bu deneyimler; geçmişe yönelik iyi oluş, hoşnutluk ve memnuniyet, geleceğe yönelik umut ve iyimserlik, şimdiye yönelik akış ve mutluluktur (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Geleneksel anlayış, semptomlara ve problemlere odaklanırken, pozitif psikoloji anlayışı bireyin güçlü yönlerine, yılmazlık düzeyine ve problemlerin üstesinden gelme becerilerine odaklanır. Bu sayede iyi oluşu sağlayan pozitif psikoloji, travma sonrası büyümeye katkı sağlar (Werdel ve Wicks, 2012).

2.4.4. Travma Sonrası Büyüme Etkileyen Faktörler

Travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler Linley ve Joseph'in (2004) yaptığı çalışmada kapsamlı bir şekilde sınıflandırılmıştır:

- **Travmatik yaşam olayının türü:** Yaşanılan olayın içerdiği özellikler travma sonrası büyüme düzeyini etkilemektedir. Bu özellikler olayın kontrol edilebilirliği, yaşamı tehdit etmesi, çaresizlik yaşatması gibi özelliklerdir.
- **Bilişsel değerlendirme:** Algılanan tehdit ya da zararın fazla olması travma sonrası büyüme düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

- **Sosyo-demografik değişkenler:** Yaşın pozitif ve negatif yönde etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Eğitim durumunun artması, kadın cinsiyetinde olma ve gelir düzeyinin yüksek olması yine travma sonrası büyüme düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.
- **Kişilik özellikleri:** Dürüstlük, dışadönüklük, atılganlık, tecrübeye açık olma, iyimserlik, özyeterlilik ve benlik saygısı yüksek olan kişilerin travma sonrası büyüme düzeyleri yüksekken, nevrotik kişilik özelliğine sahip kişilerin travma sonrası büyüme düzeyleri düşük bulunmuştur.
- **Stresle başa çıkma becerileri:** Bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı yaşadığı stresi, duygusal ve fiziksel gerginliği, azaltmak için kullandıkları yollar başa çıkma içinde yer alır (Bayraktar, 2012). Bireylerin stresle başa çıkma tarzları hayatlarını yeniden düzenlenmeleri yönünden önemlidir (Thomas ve Marks, 1995). Stresle başa çıkma tarzları ve travma sonrası büyüme birbiriyle ilişkili kavramlardır. Bireyin başa çıkma tarzları, travmaya ait bilgisini, travmayı değerlendirme sürecini ve bu süreçlerde ortaya çıkan bilişsel süreçlerine etki eder (Özlü ve ark., 2010). Ayrıca stresle başa çıkma tarzları yaşanan problem ve sonucunda ortaya çıkan duygularla aktif şekilde çabalamayı gerektirdiği için travma sonrası büyümeyi destekler (Fernandes, ve ark., 2015). İki temel başa çıkma yöntemi vardır. Bunlar duygu odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkmadır. Duygu odaklı başa çıkmada kaçınma, inkar, sıkıntılarını başka şeylerden çıkarma, dikkati dağıtma, duyguları yok sayma, mizahın artması, dua etme, madde kullanımı gibi yöntemler kullanılır. Problem odaklı başa çıkmada ise yüz yüze gelerek başa çıkma, doğrudan hareket etme, bilgi arama, mantıksal analizler, problem problem çözme tekniklerinin kullanılması yer alır (Bayraktar, 2012).
- **Din:** Dini uygulamalara katılmak, içsel dindarlık ve varoluşsal açıklığın travma sonrası büyüme düzeyini arttırdığı saptanmıştır.
- **Sosyal Destek:** Algılanan sosyal destek ve sosyal desteklerden memnun olmanın travma sonrası büyümeye katkıda bulunduğu bulunmuştur.
- **Bilişsel süreç:** Bilişsel süreç, travmadan sonra yeni bir dünya görüşü oluşturma yönünde bilişsel yeniden yapılanma için gereklidir. Derin

düşünme, müdahale ve kaçınma alanları travma sonrası büyüme ile pozitif ilişkilidir.

- **Duygulanım:** Travma sonrası büyümeyi pozitif duygulanım olumlu, negatif duygulanım olumsuz yönde etkilemektedir.
- **Psikolojik rahatsızlık:** Depresyon ve anksiyete travma sonrası büyümeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

2.5. Travmatik Yaşam Olayı Olarak Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Olmak

Hastalık, insanlar için kaçınılmaz bir deneyimdir. Her birey yaşamının bir noktasında kendisi ya da bir yakınının hastalık tanısı alması riskiyle karşı karşıyadır. Hastalıkla karşılaşmadığı sürece, hastalığın getireceği olumsuz etkiler düşünülmez. Fakat ciddi bir hastalık tanısı almış olmak birey ve yakın çevresi için oldukça zor ve sarsıcıdır. Böyle bir durumda birey çeşitli başa çıkma yolları arayarak, durumunu düzeltmeye çalışacaktır (Bayraktar, 2012).

Ruhsal hastalık tanısı almış olmak, travmatik yaşam olayları içinde sayılmaktadır (Sayıl, 1992; Berry ve ark., 2013). Bunun ilk sebebi psikopatolojik belirtilerdir. Ruhsal hastalıklarda görülebilen pozitif (halüsinasyonlar, sanrılar) belirtiler, bireyin korkmasına neden olmakta; negatif belirtiler ise (enerji azlığı, odaklanamama, sosyal izolasyon gibi) bireyin durumunu olumsuz olarak algılamasına neden olmaktadır. Tüm bunlar bireyin içinde bulunduğu durumu travmatik bir deneyim olarak algılamasına sebep olmaktadır (Mazor ve ark., 2016).

Ruhsal hastalıkların travmatik deneyim olarak ele alınmasının diğer bir nedeni, bu bireylerin damgalamaya ve damgalamanın olumsuz etkilerine maruz kalmalarıdır. Ruhsal hastalık tanısı almış birey, toplumdaki kalıp yargılarla karşı karşıya kalır ve toplum tarafından akıl hastası olarak etiketlenir. Bir süre sonra bireyde kendi üzerindeki bu etiketi kabul eder ve utanç duygusu geliştirir. Bu utanç duygusu kişinin kendi kendini de etiketlemesine neden olur (Ersoy ve Varan, 2007). Yapılan çalışmalarda bireylerin toplumda sıklıkla damgalamaya maruz kaldıkları ve içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları bulunmuştur (Yüksel ve Taşkın, 2005; Tel ve Ertekin Pınar, 2012).

Toplumlarda psikiyatri hastalarının, özellikle şizofren tanılı hastaların, hastalıklarına ve kendilerine yöneltilen mitler damgalamanın önemli bir sebebidir. Şizofreni hastaları toplumda tehlikeli, saldırgan, ne zaman ne yapacağı belli olamayan, mantıklı karar veremeyen, güvenilmez, tembel kişiler olarak görülmektedir. Şizofreni hastalığının da tedavisinin olmadığına, ağırlaşarak devam ettiğine, kişilik bölünmesi anlamına geldiğine, karakter zayıflığı ve iradesizlikten ortaya çıktığına inanılmaktadır (Üçok, 1999).

Bireyin toplum ve kendisi tarafından damgalanmasının yanı sıra, bakım ve tedavi aldığı ekip tarafından da damgalandığını gösteren çalışmalar vardır. (Özmen ve ark., 2003; Özyiğit ve ark., 2004; Bağ ve Ekinci, 2005). Bireylerin tedavilerini sağlayacak, bakımlarını sürdürecekt kişiler ve toplum tarafından damgalanmaları tedavi almak için kuruma başvurmalarını engellemekte ve yardım almalarını geciktirmektedir. Bu durum hastalığın erken tanı ve tedavisini güçleştirmekte, tedavi alma durumunun kesintiye uğramasına sebep olmakta ve tedavi sürecine uyumu bozmaktadır (Bağ ve Ekinci, 2005; Bahar, 2007; Sönmez, 2008).

Damgalamanın getirdiği olumsuz etkilerden bir diğeri de, bireylerin iş bulmakta zorlanmasıdır (Üçok, 1999). Geliri olmayan bu bireyler, sağlık hizmetlerine erişmede zorluk çekmekte, evsiz kalmakta, kötü koşullarda yaşamakta ve bu sebeplerden dolayı sosyal ilişkileri bozulmaktadır (Kammer, 1993; Üçok, 1999; Schulze ve Angermeyer, 2003; Bostancı, 2005). Ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylerin yaşadığı bu damgalama süreci ve beraberinde getirdiği olumsuz yaşantılar bireylerin benlik saygılarının düşmesine neden olmaktadır (Link ve ark., 2001; Taşkın, 2007).

Ruhsal hastalıklara ilişkin belirtiler, mitler, bireyin yaşadığı damgalanma ve bu sürecin getirdiği olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde, ruhsal hastalık tanısı almış olmanın travmatik bir deneyim olduğu açıktır. Fakat diğer travmatik deneyimleri yaşayan bireyler gibi ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin de, hastalıkları sürecinde etkili başa çıkma yolları geliştirebilecekleri, hastalık sürecini en uygun şekilde yönetebilecekleri ve travma sonrası büyüme gösterebilecekleri düşünülmektedir. Bu aşamada ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin (sağlık personeli, aile vs.) desteği, toplumun yanlış inançlarının düzeltilmesinin çok önemli olduğu öngörülmektedir.

2.6. Travma Sonrası Büyüme ve Psikiyatri Hemşireliği

Hemşirelik, terapötik ve kişiler arası bir süreçtir. Sağlığın yükseltilmesi için diğer insani süreçlerle birlikte işler (Peplau, 1991). Hemşirelik, hasta olsun ya da olmasın her yaştan birey, aile, grup ya da toplumla işbirliği ve özerklik ilkesine dayalı olarak bakımının sürdürülmesini kapsar. Sağlığın yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıklarda, engellikte ve ölüm sırasında bakım sistemlerinin yönetimi ve eğitimi içerir (<http://www.icn.ch>, Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2017).

Hemşirelikte dört temel kavram vardır. Bunlar hemşirelik, insan, sağlık-hastalık ve çevredir (Velioğlu, 2012). Hemşireliğin odak noktası insandır. Hemşire insanın doğasını bilmeli, onu etkileyen biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel öğeleri tanımlamalı ve bakımını o yönde sürdürmelidir. İnsanı etkileyen öğeler çevrede var olur ve insan çevresiyle sürekli, karşılıklı ve kendiliğinden oluşan bir etkileşim içindedir. Hemşireliğin temel amacı ise sağlığın sürdürülmesi ve hastalık durumunda bireyin gereksinim duyduğu bakımı verilmesidir (Gümüş, 2014). Hemşireliğin dört temel kavramı ve travma sonrası büyüme kavramı arasında benzerlikler vardır. Temel kavramlar bize, insanın çevresiyle bir bütün olduğunu ve onunla karşılıklı bir etkileşim halinde bulunduğunu vurgulamaktadır. Travma sonrası büyüme kavramında da benzer olarak; bireyin travma sonrası büyüme göstermesinde bazı çevresel faktörlerin etkili olduğu savunulmaktadır. Bu faktörler bireyin sosyal çevresinden gelen sosyal destek algısı ve inançlarını içeren kültürel özellikleridir (Calhoun ve Tedeschi, 1999; Linley ve Joseph, 2004).

Psikiyatri hemşireliği, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesini, ruhsal hastalıkların önlenmesini ya da var olan ruhsal hastalık ile başa çıkmasını sağlayan bir disiplindir. Aynı zamandan birey, aile ya da toplumun geçirdiği yaşantılardan anlam bulmasını sağlayan, profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği, kişiler arası bir süreçtir. Amacı, ruhsal hastalık tanısı almış bireylere, daha iyi bir yaşam sürdürebilmeleri için var olan potansiyellerini keşfetmek ve geliştirmek üzere yardım etmektir (Çam, 2014).

Psikiyatri hemşireliğinin felsefesini oluşturan görüşler şunlardır (Kum, 1996):

- Her birey değerlidir, kendini geliştirmek ve sağlıklı olmak ister.
- Her bireyin değişme potansiyeli vardır.

- Her birey biyopsikososyal alanlarıyla bir bütündür ve alanlardan birinde ortaya çıkan sorun diğerini de etkiler.
- Tüm insanların karşılanması gereken ortak temel gereksinimleri vardır, hemşirelik bakımı birey, aile ve toplumun gereksinimlerine temellenir.
- Bireyin ortaya koyduğu her davranışın bir anlamı vardır.
- Birey sorunlarla başa çıkma gücüne sahiptir ve hastalık durumları bireylerin gelişimi için bir fırsattır.
- Birey karar verebilme ve bunları uygulayabilme gücüne sahiptir, bakımıyla ilgili kararlara katılmalıdır.
- Tüm insanlar eşit haklara sahiptir ve bu haklar korunmalıdır.
- Ruh sağlığı sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçasıdır.
- Bireyde var olan gelişim ve değişim potansiyeli kişilerarası ilişki yoluyla artırılabilir.

Bu görüşlere bakıldığında, bireyin sorunlarla başa çıkma gücü olduğu, değişme ve gelişme potansiyelinin olduğu ve hastalık durumunun bireyin gelişimi için bir fırsat olduğu ifade edilmektedir. Bu ifadeler, travma sonrası büyümenin de belirleyicilerindedir. Travma sonrası büyüme kavramı da, bireyin yaşadığı olumsuz durumu olumluya çevirebileceğini, her bireyin içinde bu potansiyeli taşıdığını, bunu sağlayan faktörlerden birinin başa çıkma becerileri olduğunu belirtmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Calhoun ve Tedeschi, 1999).

Hemşirelik kuram ve modelleri de travma sonrası büyüme kavramını destekleyen bakış açısına sahiptir. Peplau "*Kişilerarası İlişkiler Kuramı*"nda insanı stresli durumlar karşısında ortaya çıkan anksiyeteyi başa çıkma becerilerini kullanarak yönetebilen ve yeni duruma uyum sağlayabilen bir canlı olarak tanımlamıştır. (Peplau, 1991). Travelbee "*İnsan İnsana İlişkiler Kuramı*"nda hemşireliğin amacı; birey, aile ya da toplumun acı çekme ve hastalık deneyiminin önlenmesi, önlenemiyorsa bu deneyimlerle başa çıkmasının sağlanması ve gerekliyse bu deneyimden anlam bulmasına yardım etmesi ve deneyimden büyümesinin sağlanması olarak ifade etmiştir (Akt. Smith ve Parker, 2015). Roy "*Adaptasyon Kuramı*"nda ise insanın çevresinden gelen uyaranlara başa çıkma tarzları ile tepki gösterdiğini, başa çıkma tarzlarının insanın adaptasyon sisteminin kontrolünü oluşturduğunu belirtmiştir. Adaptasyonu ise insanın geçirdiği değişime pozitif tepki verme ya da

uyum için çaba gösterme süreci olarak tanımlamıştır (Akt. Gümüş, 2014). Neumann “Sistemler Modeli”nde ise insanın yaşamında birçok stresörle karşılaştığı ve bu stresörlerin evrensel olduğunu vurgulamıştır. Stresörle karşılaşan insan stresle başa çıkma tarzlarını kullanarak yanıt vermeye çalışmaktadır. Bu yanıt insandan insana değişir. Modelde amaç, insan için olası stresörleri tanımlamak, bireyin stresöre yanıtını belirlemek ve yeniden uyumunu sağlamaktır. Yeniden uyumda önemli olan bireyin başa çıkma tarzlarını güçlendirmek, hastalığın tekrarını önlemek ve optimum iyilik halini sağlamaktır (Akt. Smith ve Parker, 2015). Sözü geçen hemşirelik kuramlarının, bireylerin başa çıkma becerilerini kullanmasıyla yaşamlarında stres yaratan olayları kontrol altına alarak ve yeniden uyumu sağlayarak, travma sonrası büyümeye katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

2.6.1. Travma Sonrası Büyümede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireler çalışma yaşamlarında sıklıkla travmatik bir olay yaşamış bireylerle karşı karşıya kalırlar. Bireylerin hayatlarındaki travmatik yaşam olaylarını ve bu olayların nasıl yönetileceğini anlamak, hemşire olmayı öğrenmenin özüdür. Travmatik yaşam olaylarını anlamak bütün hemşireler için önemli olmasına rağmen, özellikle psikiyatri hemşireleri için çok daha önemlidir. (Frisch ve Frisch, 2009). Çünkü hastanelerde travma yaşamış bireyle karşılaşılacak kliniklerden biri psikiyatri kliniğidir. Travma yaşamış ya da halen yaşayan bireyin fark edilmesi, gereksinimlerine yönelik bakımın verilmesi ve sonuç olarak yaşadığı travmadan güçlenerek çıkmasında hemşirenin rolü büyüktür. Çünkü hemşire, bireyin kişilik özelliklerini, stresle başa çıkma durumunu, sosyal desteklerini ve yaşadığı olayı değerlendirerek; bireyin uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesini ve travmadan güçlenerek çıkmasını sağlayan bir sağlık profesyoneli (İnci ve Boztepe, 2013)

Travmatik yaşam olaylarıyla sıklıkla karşılaşan hemşirelerin travmaya uğrayan bireye yardım edebilmeleri için travma sonrası büyüme kavramını ve bu kavramı etkileyen değişkenleri bilmesi gerekmektedir. Çünkü birçok birey travmaya maruz kalırken sadece bazı bireyler travma sonrası büyüme yaşamaktadır. Hemşireler travma sonrası büyüme kavramına hakim oldukları takdirde, bireylerin travmadan güçlenerek çıkmalarına yardımcı olacaklardır. Ayrıca hasta ve yakınlarını doğal ortamı içinde gözlemleme fırsatı bulan hemşireler, bu bireylere gereksinimi olan bakımı verebileceklerdir (İnci ve Boztepe, 2013).

Hemşirelerin travma sonrası büyümei etkileyen faktörlerin yanı sıra, hangi olayların travmatik olay olarak algılanabileceğini de bilmeleri gerekmektedir. Sıklıkla hastanelerde akut ve kronik hastalıklara sahip bireylere karşılaşılan hemşireler, hastalık tanısı almış olmanın travmatik bir deneyim olabileceğini ve bu travmatik deneyimden olumlu sonuçlar elde edilebileceğinin farkında olmalıdır. Bu sayede hemşire, bireyin hastalığına verdiği tepkiyi, kendisi ve ailesi için bu durumun anlamını, gerçekçi olmayan düşünce ve beklentilerini belirleyebilir. Bunları belirleyen hemşireler ise, biyopsikososyal yönden birey ve ailesine kaliteli bir bakım sunmuş olurlar (İnci ve Boztepe, 2013).

Literatürde travmatik yaşam olayı sonrası bireyin büyüme gösterebilmesi için travmayla çalışan sağlık profesyonellerinin uygulaması gereken bazı klinik ipuçları verilmiştir. (Joseph ve ark., 2012). Bunlar:

- Bireyle aktif ve empati kurularak konuşulması,
- Bireyin anılarıyla ilgili konuşması desteklenmesi, olayı değerlendirmesi ve olayın kendisi için anlamı ve önemini keşfetmesi sağlanması,
- Bireyin sosyal destekleri tanımlanması,
- Duygusal olarak rahatsızlık yaratan durumu kabul etmesine yardım edilmesi,
- Var olan etkin başa çıkma yöntemleri desteklenmesi ve farklı başa çıkma yöntemleri öğretilmesi,
- Negatif duygu durum azaltılmaya çalışılması, pozitif duygu durumun desteklenmesidir.

Travmatik yaşam olayları önceden beklenmeyen ve normal yaşam deneyimlerinin dışında olduğu için bireyin başa çıkma yöntemlerini etkisiz hale getirir, bireyde psikolojik zorlanmaya, çaresizlik, yalnızlık duygularına uzun süreli problemlere neden olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Frisch ve Frisch, 2009; Varcarolis, 2013). Travmatik bir olaydan sonra bireyde ortaya çıkan olumsuz yanıtın azaltılması ve travma sonrası büyüme gösterebilmesi için psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bakımda göz önünde bulundurması gereken tanı ve girişimlerin olduğu düşünülmektedir. Bu tanımlar ve tanımlara ait girişimler Tablo 2.2’de verilmiştir.

Tablo 2.2. Travma sonrası büyüme katkıda bulunabilecek olası hemşirelik tanıları ve girişimler

Hemşirelik Tanıları	Girişimler
Acı çekme	Bireyle güven temelli ilişki kurulur. Acı çekme/yas ile ilgili tepkiler açıklanır ve desteklenir. Kayıpla ilgili yaşantılar değerlendirilir. Bireyin güçlü yönlerinin farkında olması sağlanır.
Anksiyete	Bireyin anksiyete düzeyi değerlendirilir. Anksiyetesini tanımlamasına yardım edilir. Anksiyeteyi kesme teknikleri öğretilir. Uygunsa gerilimi azaltacak girişimler (gevşeme egzersizleri, müzik vb.) ve aktiviteler (fiziksel aktivite, oyunlar vb.) uygulanır.
Benlik kavramında rahatsızlık	Bireyin kendine bakış açısı, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. Durumu hakkında soru sormaya cesaretlendirilir. Durumu hakkındaki yanlış bilgi ve inançları düzeltilir.
Düşük benlik saygısı	Güven verici bir ilişki içerisinde bireyin güçlü yönleri, kaynakları incelenir. Sosyal etkileşimi geliştirilir.
Etkisiz Başetme	Bireyin mevcut başa çıkma becerileri değerlendirilir. Olası başa çıkma becerileri tartışılır. Gevşeme egzersizleri öğretilir. Etkili başa çıkma becerilerini kullanması için desteklenir. Benzer durumdaki kişilerle bağlantı kurulur.
Güçsüzlük	Yaşanılan travmatik olayın birey üzerindeki etkileri değerlendirilir. Kayıplarını paylaşması için desteklenir. Kişisel güçlerini ve değerlerini tanıması için bireye yardım edilir. Bireydeki olumlu gelişmeler için geribildirim verilir. Bireyin kontrol edebildiği yaşam alanları için sorumluluk alması konusunda desteklenir.
Kronik keder	Birey duygularını paylaşması için desteklenir. Destek gruplarına katılması sağlanır. Kronik kederin özellikleri açıklanır, normal bir tepki olduğu ve yaşam boyu dalgalanmalarla devam edeceği yönünde farkındalık yaratılır.

Tablo 2.2. Devam Travma sonrası büyüme katkıda bulunabilecek olası hemşirelik tanıları ve girişimler

Post travma sendromu	Bireyle sessiz bir odada durum değerlendirilir. Güven verici ortam sağlanır ve ilişki kurulur. Yaşadığı duygu ve belirtilerin travma geçiren diğer bireyler tarafından da deneyimlendiği ifade edilir. Korku, öfke, suçluluk duygularını ifade etmesi sağlanır. Düzenli terapötik görüşmeler yapılır.
Stres yüklenmesi	Mevcut stresörler (içsel ve dışsal) değerlendirilir. Bireye stres döngüsünü kırması öğretilir. Uyku bozukluğu varsa düzeltilmeye çalışılır. Daha dengeli, sağlığı geliştirici bir yaşam şekline ulaşmak için amaçlar belirlenir. Sağlık öğretimi başlatılır.

Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis Çeviren Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2012, s: 29-456.

Temelde travmatik yaşam olayları sonrasında hemşirenin yapması gereken, bireyin anksiyetesini azaltmak, bunun için gerekli yöntemleri öğretmek, bilişsel yöntemlerle işlevsiz düşünceleri değiştirmek ve etkili baş etme yöntemlerini öğretmektir. Hemşire bireyin yaşadığı durumu nasıl algıladığı ile ilgili konuşmasını sağlamak ve onu aktif, empati kurarak dinlemekle sorumludur (Yüksel, 2001; Frisch ve Frisch, 2009). Ruhsal hastalığa sahip olmak her ne kadar bireylerde anksiyete ve umutsuzluğa neden olsa da, aynı zamanda değişim ve gelişim için de bir motivasyon kaynağıdır (Roe ve Chopra, 2003). Eğer psikiyatri hemşireleri bu durumun farkında olarak bakım sürecini yönlendirirlerse, bireylerin travma sonrası büyüme göstermelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Şubat 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği açık bir klinikdir ve hastane yerleşkesi içinde Psikiyatri Merkezi Binası 2. katta yer almaktadır. Toplam 30 yatak kapasitesi bulunan klinikte, sekiz hemşire çalışmaktadır. Klinikte bulunan hemşire sayısı 08-16 şiftinde üç (sorumlu hemşire ve iki klinik hemşiresi), 16-24 şiftinde iki, 24-08 şiftinde bir hemşiredir. Teslimler, hemşire odasında ve yazılı gözlemler aracılığıyla yapılmaktadır.

Hemşireler klinikte hastaların tıbbi tedavileri ve bakımlarını sürdürmekte ve iş-uğraşı etkinliği, günaydın toplantısı, tatlı perşembe etkinliği, spor saati, sinema saati, okuma saati, gezi saati gibi etkinlikleri yönetmektedir. Hemşirelerin tamamı kliniğin tümünden sorumlu olacak şekilde çalışmaktadır. Hemşireler hastalarla yatışın ilk günü öykü almak için bir form rehberliğinde görüşme yapmaktadır. Klinikte çalışan hemşireler ara ara progresif gevşeme, nefes egzersizi gibi etkili başa çıkma yolları eğitimi yapmaktadır. Ayrıca Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dördüncü sınıf öğrencileri ilk dönem Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında haftada ikişer gün (toplam iki şube bulunmaktadır), ikinci dönem de bu dersin intörlüğü kapsamında ise dört gün klinik uygulamaya çıkmaktadır. Öğrenci hemşireler klinik uygulamaları sırasında klinikte yatan bireylere psikiyatrik bakım vermektedirler.

Klinikte hastalar bakımlarına bire bir katılmaktadırlar. Sabah kalktıklarında hastalar öncelikle odalarını toparlayıp kahvaltı için salona inmektedirler. Tüm yemekler diğer hastalar ve personelle birlikte salonda yenmektedir. Yemekten sonra hastalar yanlarına sularını alarak yaşam bulgularını alınması ve tedavilerin uygulanması için hemşire deskine gelmektedirler. Gün içinde yapılan uğraşı terapisi, spor saati, sinema

saati, tatlı perşembe gibi aktivitelerin planlanması ve uygulanmasında sorumlu olan hastalar ve hemşire birlikte çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında psikiyatri kliniğine yatan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem ise güç analizi ile örneklem büyüklüğünün hesaplanması yöntemiyle, G-power programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul ve ark., 2007; Erdoğan ve ark., 2014). Araştırmada temel soru psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyini etkileyen faktörler olduğu için korelasyon analizi yapılması gerektiğine karar verilmiştir. G-power programından güç analizi tipi araştırma öncesi gücün hesaplanması için kullanılan A priori olarak belirlenmiştir. Korelasyon analizinde iki yönlü etki için, %80'lik güçte, 0.05'lik hata düzeyinde ve 0.3 etki büyüklüğünde alınması gereken minimum kişi sayısı 82 olarak bulunmuştur (Tablo 3.1). Araştırmanın dâhil etme kriterlerini karşılayan 122 kişi ile araştırma sonlandırılmıştır. Araştırma sonrası güç analizi tekrarlanmıştır. Araştırmanın gücü, korelasyon yapılan ölçekler bakımından %99 olarak bulunmuştur (Tablo 3.2). Güç analizi yöntemiyle örneklem belirlenmesi ve veriler toplandıktan sonra araştırma gücünün hesaplanması aşamalarında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan destek alınmıştır.

Tablo 3.1. G-Power priori güç analizi raporu

t tests - Correlation: Point biserial model		
Analysis	A priori: Compute required sample size	
Input	Tail(s)	Two
	Effect size $ \rho $	0.3
	α err prob	0.05
	Power (1- β err prob)	0.80
Output	Noncentrality parameter δ	2.8477869
	Critical t	1.9900634
	Df	80
	Total sample size	82

Tablo 3.2. G-Power post-hoc güç analizi (Travma sonrası büyüme envanteri ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği korelasyon sonuçlarına göre)

t tests - Correlation: Point biserial model		
Analysis	Post-hoc: Compute required sample size	
Input	Tail(s)	Two
	Effect size $ \rho $	0.6348228
	α err prob	0.05
	Total sample size	122
Output	Noncentrality parameter δ	9.0749713
	Critical t	1.9799304
	Df	120
	Power (1- β err prob)	0.99

Tablo 3.3. G-Power post-hoc güç analizi (Travma sonrası büyüme envanteri ve hastanın hemşirelik bakımını algılayış ölçeği korelasyon sonuçlarına göre)

t tests - Correlation: Point biserial model		
Analysis	Post-hoc: Compute required sample size	
Input	Tail(s)	Two
	Effect size $ \rho $	0.5513620
	α err prob	0.05
	Total sample size	122
Output	Noncentrality parameter δ	7.2998199
	Critical t	1.9799304
	Df	120
	Power (1- β err prob)	0.99

3.3.1. Katma Kriterleri

- Psikiyatri kliniğinde yatıyor olmak,
- Okuma yazma bilmek,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.3.2. Dışlama Kriterleri

- İşitme, görme, anlama ve algılama gibi engellere sahip olmak.

3.4. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğinin ve işlerliğinin değerlendirilmesi için, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan beş kişi ile formların ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sırasında formlarda herhangi bir düzeltme

yapılmadığı için, alınan veriler araştırmaya dâhil edilmiştir. Formlar ortalama 30 dakikada doldurulmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasına Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alındıktan sonra başlanmıştır. Bu araştırmanın verileri, araştırmanın yapılacağı dönemde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne yatışı yapılan bireylerden elde edilmiştir. Araştırmacı verileri bireylerin hemşirelik bakımını değerlendirebilmeleri için, bireylerin taburculuğunun planlandığı hafta içinde toplamıştır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden ve diğer katma kriterlerini karşılayan bireylerle, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıklarıyla ilgili deneyimlerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (EK- 4), “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” (EK- 5), “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği” (EK- 6) ve “Travma Sonrası Büyüme Envanteri” (EK- 7) ile toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Form, sosyo-demografik özellikleri içeren yedi, bireyin hastalık özelliklerini içeren dört soru olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek için yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu ve gelir durumu sorgulanmıştır. Hastalık deneyimi ile ilgili sorularda ise psikiyatri kliniğinde yatmasına neden olan hastalık, bu hastalığın kaç yaşında başladığı, kaç yıldır tedavi aldığı ve kaç kez psikiyatri kliniğine yattığı sorularına cevap aranmıştır. Kişisel bilgi formundaki sorular literatürden yararlanarak, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Mahapatro ve ark., 2005; Şişe, 2013; Mazor ve ark., 2016).

3.6.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Başa Çıkma Yolları Envanteri ismiyle Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiştir. Dörtlü likert tipinde olan ölçek, 66 maddeden oluşmaktadır (0 = hiç kullanılmıyor, 3 = sıklıkla kullanılıyor). Ölçek ülkemizde önce Siva (1988) tarafından kullanılmıştır. Ülkemizde kullanılırken

orijinal ölçekteki 66 maddeye kültüre özgü eklemeler yapılarak toplam 74 maddelik bir ölçek oluşturulmuştur (Akt. Şahin ve Durak, 1995). Daha sonra ölçeğin bu halinin çok uzun olduğu düşünülerek, ölçekte kısaltma çalışmaları yapılmış ve ölçek 30 maddeye indirilmiştir. Başa Çıkma Yolları Envanterinin kısaltılmış halinin faktör yapısı incelenmek için üç farklı çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin “kendine güvenli yaklaşım” (8,10,14,16,20,23 ve 26 numaralı maddeler), “çaresiz yaklaşım” (3,7,11,19,22,25,27 ve 28 numaralı maddeler), “boyun eğici yaklaşım” (5,13,15,17,21 ve 24 numaralı maddeler), “iyimser yaklaşım” (2,4,6,12 ve 18 numaralı maddeler) ve “sosyal destek arama” (1,9,29 ve 30 numaralı maddeler) olmak üzere toplamda beş faktörden oluştuğu saptanmıştır. Etkili yöntemlerden (problem odaklı) kendine güvenli yaklaşım, bireyin stresle mücadele etme gücü ve inancının olduğunu; iyimser yaklaşım bireyin olaylara mantık çerçevesinden bakarak, stresini kontrol edebildiğini; sosyal destek arama ise bireyin başkalarından yardım alarak stres yaratan durumla başa çıkmaya çalıştığını ifade etmektedir. Etkisiz yöntemlerden (duygu odaklı) olan çaresiz yaklaşım, bireyin stresle başa çıkmaya yönelik inancının ve güvenin olmadığı durumu, boyun eğici yaklaşım ise kaderden kaynaklandığını düşünerek stres yaratan olayların kabul edildiği durumu ifade etmektedir. Ölçek puanlamasında sosyal destek arama alt faktöründe 1 ve 9 numaralı maddeler ters madde puanlanmakta, diğer tüm maddeler düz puanlanmaktadır. Bu beş alt ölçeğin her birinden alınan yüksek puanlar o alt ölçeğin temsil ettiği başa çıkma tarzının kullanımındaki yoğunluğa işaret etmektedir. Eğer tek toplam puan isteniyorsa boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşımın tüm maddeleri ve 1. ve 9. Maddeler ters çevrilerek toplam puan elde edilir. SBTÖ alt boyutlarının üç ayrı çalışmadan elde edilen güvenirlik katsayıları kendine güvenli yaklaşım için Cronbach’s Alpha değeri .80-.62 arasında, çaresiz yaklaşım için .73-.68 arasında, boyuneğici yaklaşım için 0.47-.72 arasında, iyimser yaklaşım için .68-.49 arasında ve sosyal destek arama için .47-.45 arasında bulunmuştur(Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin Cronbach’s Alpha değeri .82 bulunmuştur. Faktörler açısından bakıldığında ise kendine güvenli yaklaşım için Cronbach’s Alpha değeri .77, çaresiz yaklaşım için .74, boyun eğici yaklaşım için .65, iyimser yaklaşım için .75 ve sosyal destek arama için .59 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ), Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Ölçek; hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve aldıkları bakım ile ilgili memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenilirliği Çoban tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Likert tipi ölçekte hemşirelik bakımının kalitesine yönelik 15 ifade bulunmaktadır. Her bir ifade; yanıtız=0, katılıyorum=1, biraz katılıyorum=2, kararsızım=3, katılmıyorum=4 ve kesinlikle katılmıyorum=5 değerindedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçekten en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanda yükselme hastanın hemşirelik bakımından memnuniyetinin azaldığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri .92 olarak bulunmuştur. Yapılan test-tekrar test güvenilirliği sonucunda iki ölçüm arasında korelasyon katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışını ölçek için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Çoban, 2006). Bu çalışmada Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği'nin Cronbach's Alpha değeri .91 bulunmuştur.

3.6.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE), Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 21 maddeden oluşmakta ve 0 (bu değişikliği yaşamadım) ve 5 (bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Bu ölçekten alınan yüksek puan travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğine işaret etmektedir. Orijinal ölçek beş faktörlü yapıdadır. Ölçeğin Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenilirliği Kağan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır.. Ölçme aracının Türkçe versiyonu üç faktörlü bir yapı göstermiştir. Bu alt boyutlar için Cronbach's Alpha değeri "benlik algısında değişim" için .88, "yaşam felsefesinde değişim" için .78, "başkalarıyla ilişkilerde değişim" için .77 ve tüm maddeler için .92'dir. İki haftalık test tekrar test intrakorelasyonları toplam puanlar için .83 ve alt boyutlar için .70 ve .85 arasında değişmektedir. TSBE'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur (Kağan ve ark., 2012). Bu çalışmada, TSBE'nin Cronbach's Alpha değeri 0.90 bulunmuştur. Alt faktörler açısından bakıldığında Cronbach's Alpha değeri benlik

algısında değişim için .87, yaşam felsefesinde değişim için .74 ve başkalarıyla ilişkilerde değişim için .68 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyleri

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu), hastalıklarıyla ilgili deneyimleri (psikiyatri kliniğinde yatmasına neden olan hastalık, bu hastalığın kaç yaşında başladığı, kaç yıldır tedavi aldığı, psikiyatri kliniğine kaç kez yatış yapıldığı), stresle başa çıkma tarzları, hemşirelik bakımını algılayışları

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (EK- 1) ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni (EK- 2) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçeklerle ilgili ölçek sahiplerinden kullanım izni alınmıştır (EK- 8). Katılımcılardan ise bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK- 3).

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizi lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Science) 23.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Akdeniz Üniversitesi İstatistik Danışma Birimi'nden destek alınmıştır. Veriler bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson Momentler arpımı korelasyon analizi, yüzdelik hesaplama, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan testlerde istatistiksel anlamlılık sınırı için hata payı 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan 122 birey ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler ölçek maddeleri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları tablolar halinde değerlendirilmiştir. Öncelikle “katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri” ile ilgili bulgular verilmiştir. Sonrasında ise katılımcıların “stresle başa çıkma tarzları, hemşirelik bakımını algılayışları ve travma sonrası büyüme düzeylerini etkileyen faktörler ve bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri” sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özellikleri

Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ait bulgular Tablo 4.1 ve 4.2’de incelenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (N=122)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%		
Cinsiyet				
Kadın	67	54.9		
Erkek	55	45.1		
Eğitim Durumu				
Okuryazar ve ilkökul	35	28.7		
Ortaokul ve lise	50	41.0		
Üniversite ve üzeri	37	30.3		
Medeni Durum				
Evli	44	36.1		
Bekar	78	63.9		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	37	30.3		
Çalışmıyor	85	69.7		
Gelir Durumu Algısı				
Kötü	22	18.0		
Orta	74	60.7		
İyi	26	21.3		
TOPLAM	122	100		
	\bar{X}	$\pm SS$	Minimum	Maksimum
Yaş	37	11	19	64
Çocuk sayısı	1	1	0	5

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1) yaş ortalamasının 37 ± 11 ve %54.9’unun kadın olduğu görülmektedir. Bu bireylerin %41’inin ortaokul ve lise düzeyinde eğitim aldığı, %63.9’unun bekar ve %60.7’sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çocuk sayıları ortama 1 ± 1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık özellikleri (N=122)

Hastalık Özellikleri	n	%		
Psikiyatri Kliniğinde Yatmaya Neden Olan Hastalığın Özelliği				
Psikotik özellikli olan	44	36.1		
Psikotik özellikli olmayan	78	63.9		
TOPLAM	122	100		
	\bar{X}	\pm SS	Minimum	Maksimum
Hastalığın Başlama Yaşı	28	11	13	59
Tedavi Süresi	8	9	1	37
Psikiyatri Kliniğine Yatış Sayısı	3	4	1	25

Katılımcıların hastalık özelliklerine bakıldığında (Tablo 4.2) ise yatarak tedavi olmalarına neden olan hastalığın %63.9 oranla psikotik özellikli olmadığı saptanmıştır. Ayrıca hastalığın başlama yaşı ortalama 28 ± 11 , tedavi süresi ortalama 8 ± 9 yıl ve psikiyatri kliniğine yatış sayısı ortalama 3 ± 4 olarak belirlenmiştir.

4.2. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri

Katılımcıların SBTÖ, HHBAÖ ve TSBE puan ortalamaları ve bu ölçeklere ilişkin bazı bulgular Tablo 4.3'te incelenmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları ölçeği, hemşirelik bakımını algılayış ölçeği ve travma sonrası büyüme envanteri puan ortalamaları, standart sapmaları ve minimum-maksimum değerler (N=122)

ÖLÇEKLER	\bar{X}	\pm SS	Minimum	Maksimum	Ölçek Sınırları
SBTÖ	54.95	14.74	24	85	0-90
Etkili Yöntemler	33.45	9.92	5	48	0-48
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.72	5.19	1	21	0-21
İyimser Yaklaşım	9.86	4.26	0	15	0-15
Sosyal Destek Arama	7.87	3.10	1	12	0-12
Etkisiz Yöntemler	20.49	9.41	3	40	0-42
Çaresiz Yaklaşım	13.25	6.19	0	24	0-24
Boyun Eğici Yaklaşım	7.25	4.58	0	18	0-18
HHBAÖ	25.73	12.41	15	75	0-75
TSBE	66.56	26.23	0	105	0-105
Kendilik Algısında Değişim	36.73	14.84	0	55	0-55
Yaşam Felsefesinde Değişim	17.09	8.88	0	30	0-30
İlişkilerde Değişim	15.09	7.12	0	25	0-25

Tablo 4.3.'te SBTÖ'ye ilişkin bulgulara bakıldığında katılımcıların etkili başa çıkma yöntemlerinden aldığı puan ortalaması (\bar{X} : 33.45) etkisiz başa çıkma tarzlarından aldığı puan ortalamasından daha yüksektir. Başa çıkma tarzlarından en yüksek puan kendine güvenli yaklaşımda (\bar{X} :15.72), en düşük puanı boyun eğici yaklaşımda (\bar{X} : 7.25) bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan değerlendirildiğinde ise (\bar{X} : 54.95) psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin etkili başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

HHBAÖ toplam puanı incelendiğinde (\bar{X} : 25.73) psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin hemşirelik bakımını kaliteli olarak algıladığı ve bakımdan memnun oldukları saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3'te TSBE'ye ilişkin bulgular incelendiğinde, alt faktörlerden alınan en yüksek puanın kendilik algısında değişim alanında (\bar{X} : 36.73), en düşük puanın ilişkilerde değişim alanında (\bar{X} : 15.09) olduğu görülmüştür. Ölçekten alınan toplam puan değerlendirildiğinde ise (\bar{X} : 66.56) psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların hemşirelik bakımını algılayış ölçeği ve travma sonrası büyüme envanteri'nde en çok puan verdikleri ilk üç madde ile en az puan verdikleri madde

HHBAÖ	İlk Üç Madde <ul style="list-style-type: none">• Hemşireler ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarımdan eminim.• Hemşireler sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.• Hemşireler sayesinde iyi bakıldığımı hissettim. Son Madde <ul style="list-style-type: none">• Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.
TSBE	İlk Üç Madde <ul style="list-style-type: none">• Daha güçlü bir inanca sahibim.• Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.• Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. Son Madde <ul style="list-style-type: none">• Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.

Tablo 4.4'te katılımcıların HHBAÖ ve TSBE'nde en çok puan verdikleri ilk üç madde ile en az puan verdikleri madde gösterilmektedir.

4.3. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları, hemşirelik bakımını algılayışları ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile bu bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri arasındaki ilişki tablolar halinde incelenmiştir.



Tablo 4.5. Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği puan ortalamalarının dağılımı ve aralarındaki ilişki (N=122)

SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ	Toplam SBTÖ Puanı $\bar{X} \pm SS$	Etkili yöntemler $\bar{X} \pm SS$	Etkisiz Yöntemler $\bar{X} \pm SS$	Kendine Güvenli Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	Çaresiz Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	Boyun Eğici Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	İyimser Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	Sosyal Destek Arama $\bar{X} \pm SS$
CİNSİYET¹								
Kadın	53.13±15.07	33.76±10.34	22.63±9.04	15.73±5.44	14.06±6.33	8.57±4.38	10.36±4.39	7.67±3.27
Erkek	57.18±14.15	33.07±9.49	17.89±9.28	15.71±4.93	12.25±5.93	5.64±4.34	9.25±4.06	8.11±2.89
	t: -1.517	t: 0.380	t: 2.845	t: 0.023	t: 1.613	t: 3.693	t: 1.428	t: -0.775
	p= .693	p= .448	p= .915	p= .543	p= .529	p= .942	p= .546	p= .053
EĞİTİM DURUMU^{2,4}								
Okuryazar ve İlkokul	52.23±13.47	35.77±8.93	25.54±9.70	16.80±5.23	15.63±6.06	9.91±4.73	10.86±4.35	8.11±3.08
Ortaokul ve lise	56.46±15.35	34.32±10.18	19.86±8.68	15.68±5.20	13.02±6.22	6.84±4.27	10.58±4.35	8.06±3.18
Üniversite ve üzeri	55.51±15.09	30.08±8.5	16.57±8.08	14.76±5.10	11.30±5.65	5.27±3.68	7.95±3.98	7.38±3.04
	F: 0.884	F: 3.409	F: 9.550	F: 1.404	F: 4.734	F: 11.169	F: 5.826	F: 0.665
	p= .416	p= .036	p < .001**	p= .250	p= .011*	p < .001**	p= .004**	p= .516
			Fark: 1>3		Fark: 1>3	Fark: 1>3	Fark: 1>3	
MEDENİ DURUM¹								
Evli	54.86±14.55	34.95±9.02	22.09±10.34	16.52±5.03	13.84±6.85	8.25±4.91	10.59±4.00	7.84±3.21
Bekar	55.01±14.95	32.60±10.36	19.59±8.79	15.27±5.26	12.91±5.81	6.68±4.32	9.45±4.38	7.88±3.05
	t: -0.053	t: 1.259	t: 1.415	t: 1.283	t: 0.796	t: 1.835	t: 1.427	t: -0.74
	p= .775	p= .278	p= .064	p= .597	p= .078	p= .253	p= .351	p= .318
ÇALIŞMA DURUMU¹								
Çalışıyor	57.81±15.38	33.92±10.50	18.11±9.29	16.19±6.16	11.57±6.31	6.54±4.32	10.00±4.85	7.73±3.02
Çalışmıyor	53.72±14.38	33.25±9.73	21.53±9.33	15.52±5.22	13.98±6.03	7.55±4.69	9.80±4.01	7.93±3.15
	t: 1.415	t: 0.342	t: -1.864	t: 0.655	t: -2.000	t: -1.123	t: 0.237	t: -0.326
	p= .483	p= .499	p= .861	p= .971	p= .485	p= .345	p= .109	p= .486

Tablo 4.5. Devam Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği puan ortalamalarının dağılımı ve aralarındaki ilişki (N=122)

GELİR DURUMU ALGISI²								
Kötü	51.50±13.94	31.50±10.36	22.00±8.65	14.41±5.18	13.95±5.88	8.05±4.16	8.50±4.45	8.59±3.35
Orta	55.08±14.45	33.61±9.92	20.53±9.31	15.89±5.19	13.36±6.21	7.16±4.28	9.97±4.21	7.74±2.97
İyi	57.54±16.17	34.65±9.73	19.12±10.42	16.35±5.25	12.31±6.50	6.81±5.73	10.69±4.16	7.62±3.29
	F: 1.006	F: 0.621	F: 0.557	F: 0.929	F: 0.452	F: 0.462	F: 1.658	F: 0.742
	p= .369	p= .539	p= .575	p= .398	p= .637	p= .631	p= .195	p= .478
HASTALIK ÖZELLİĞİ¹								
Psikotik özellikli olan	55.55±13.38	35.05±9.51	21.50±8.40	16.45±5.10	13.09±5.19	8.41±4.35	10.50±3.85	8.09±3.15
Psikotik özellikli olmayan	54.63±15.54	32.55±10.11	19.92±9.94	15.31±5.24	13.33±6.72	6.59±4.61	9.50±4.46	7.74±3.09
	t: 0.329	t: 1.337	t: 0.888	t: 1.713	t: -0.207	t: 2.136	t: 1.247	t: 0.593
	p= .149	p= .471	p= .034*	p= .826	p= .003**	p= .504	p= .203	p= .803
YAŞ³	r: -0.062	r: 0.087	r: 0.161	r: 0.137	r: 0.134	r: 0.134	r: 0.087	r: 0.016
	p= .499	p= .339	p= .077	p= .132	p= .140	p= .140	p= .339	p= .860
ÇOCUK SAYISI³	r: -0.104	r: 0.088	r: 0.212*	r: 0.099	r: 0.191*	r: 0.617**	r: 0.088	r: -0.002
	p= .254	p= .335	p= .019	p= .278	p= .035	p< .001	p= .335	p= .980
HASTALIĞIN BAŞLAMA YAŞI³	r: -0.042	r: 0.000	r: 0.033	r: 0.001	r: 0.040	r: .598**	r: 0.000	r: -0.065
	p= .650	p= .999	p= .717	p= .992	p= .660	p< .001	p= .999	p= .479
TEDAVİ SÜRESİ³	r: -0.015	r: 0.095	r: 0.105	r: 0.104	r: 0.036	r: .333**	r: 0.095	r: -0.052
	p= .871	p= .300	p= .249	p= .254	p= .696	p< .001	p= .300	p= .572
PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE YATIŞ SAYISI³	r: 0.116	r: 0.060	r: -0.100	r: 0.044	r: -0.215*	r: 0.074	r: 0.060	r: 0.058
	p= .205	p= .513	p= .274	p= .629	p= 0.017	p= .420	p= .513	p= .526

*p< .05 ve ** p< .01

¹ İstatistiksel analizinde t testi kullanılmıştır.

² İstatistiksel analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

³ İstatistiksel analizinde korelasyon kullanılmıştır.

⁴ Post-hoc Sheffe Testi yapılmıştır.

Tablo 4.5'e göre psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin SBTÖ ve alt boyutları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu algısı ve psikiyatri kliniğine yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > .05$); eğitim, çocuk sayısı, hastalık özelliği, hastalığın başlama zamanı ve tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < .05$).

Eğitimle; SBTÖ faktörlerinden etkisiz yöntemler ($p < .001$), çaresiz yaklaşım ($p = .011$), boyun eğici yaklaşım ($p < .001$) ve iyimser yaklaşım ($p = .004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını bulmak için Post-hoc Sheffe testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre ilkökul ve altı eğitim düzeyinde etkisiz yöntemlerin, çaresiz yaklaşımın, boyun eğici yaklaşımın ve iyimser yaklaşımın üniversite ve üzeri eğitim düzeyine göre daha fazla kullanıldığı saptanmıştır.

Hastalık özellikleri açısından bakıldığında etkisiz yöntemler ($p = .034$) ve çaresiz yaklaşımda ($p = .003$) istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Psikotik özellikli olmayan hastalıklarda etkisiz yöntemlerin ve çaresiz yaklaşımın daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir.

Çocuk sayısı ($p < .001$), hastalığın başlama yaşı ($p < .001$) ve tedavi süresi ($p < .001$) ile boyun eğici yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre çocuk sayısı, hastalığın başlama yaşı ve tedavi süresi arttıkça boyun eğici yaklaşımı kullanmanın arttığı bulunmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre hastanın hemşirelik bakımını algılayış ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (N=122)

SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ	Toplam HHBAÖ puanı $\bar{X} \pm SS$
CİNSİYET¹	
Kadın	24.90±13.83
Erkek	26.75±10.46
	t: -0.818 p= .605
EĞİTİM DURUMU²	
Okuryazar ve İlkokul	22.51±11.85
Ortaokul ve lise	26.02±12.81
Üniversite ve üzeri	28.38±12.02
	F: 2.066 p= .131
MEDENİ DURUM¹	
Evli	24.84±13.44
Bekar	26.23±11.85
	t: -0.592 p= .791
ÇALIŞMA DURUMU¹	
Çalışıyor	24.68±12.09
Çalışmıyor	26.19±12.59
	t: -0.617 p= .700
GELİR DURUMU ALGISİ²	
Kötü	23.86±12.40
Orta	25.92±12.15
İyi	26.77±13.46
	F: 0.345 p= .709
HASTALIK ÖZELLİĞİ¹	
Psikotik özellikli olan	27.41±13.95
Psikotik özellikli olmayan	24.78±11.44
	t: 1.124 p= .143
YAŞ³	r: -0.265** p= .003
ÇOCUK SAYISI³	r: 0.240** p= .008
HASTALIĞIN BAŞLAMA YAŞI³	r: -0.020 p= .831
TEDAVİ SÜRESİ³	r: 0.101 p= .269
PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE YATIŞ SAYISI³	r: -0.204* p= .024

*p< .05 ve **p< .01

¹ İstatistiksel analizinde t testi kullanılmıştır.

² İstatistiksel analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

³ İstatistiksel analizinde korelasyon kullanılmıştır.

Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin HHBAÖ ile sosyo-demografik ve hastalık özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4.5); cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu algısı, hastalık özelliği, hastalığı başlama yaşı ve tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$). Fakat yaş ($p = .003$), çocuk sayısı ($p = .008$) ve psikiyatri kliniğinde yatış sayısı ($p = .024$) ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu ilişkiye göre bireyin yaşı ve psikiyatri kliniğine yatış sayısı arttıkça hemşirelik bakımının kalitesini algılaması ve bakımdan memnuniyeti artmakta, bireyin çocuk sayısı arttıkça hemşirelik bakımının kalitesini algılaması ve bakımdan memnuniyeti azalmaktadır (Tablo 4.6)

Tablo 4.7’de psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile TSBE faktörleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bulgulara göre travma sonrası büyüme envanteri toplam puanı ve faktörlerle, kişisel ve hastalık özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre travma sonrası büyüme envanteri puan ortalamalarının dağılımı (N=122)

SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ	Toplam TSBE puanı $\bar{X} \pm SS$	Kendilik Algısında Değişim $\bar{X} \pm SS$	Yaşam Felsefesinde Değişim $\bar{X} \pm SS$	İlişkilerde Değişim $\bar{X} \pm SS$
CİNSİYET¹				
Kadın	65.67±28.61	36.47±16.10	16.26±8.98	18.38±7.62
Erkek	67.63±23.20	37.05±13.30	18.10±8.73	14.72±6.50
	t: -0.410 p= .191	t: -0.213 p= .216	t: -1.140 p= .964	t: 0.508 p= .140
EĞİTİM DURUMU²				
Okuryazar ve İlkokul	69.80±27.07	38.54±15.01	17.00±9.11	16.71±7.34
Ortaokul ve lise	65.10±29.36	35.66±16.74	16.78±9.61	15.08±7.31
Üniversite ve üzeri	65.46±20.78	36.49±11.92	17.62±7.80	13.57±6.49
	F: 0.373 p= .689	F: 0.392 p= .677	F: 0.097 p= .908	F: 1.777 p= .174
MEDENİ DURUM¹				
Evli	68.84±26.34	37.59±15.40	17.43±8.74	16.23±6.65
Bekar	65.27±26.25	36.26±14.61	16.91±9.01	14.45±7.34
	t: 0.721 p= .650	t: 0.475 p= .946	t: 0.310 p= .336	t: 1.328 p= .576
ÇALIŞMA DURUMU¹				
Çalışıyor	69.57±26.31	37.59±14.42	19.05±8.98	15.24±7.74
Çalışmıyor	65.25±26.24	36.36±15.10	16.25±8.75	15.02±6.89
	t: 0.835 p= .915	t: 0.419 p= .623	t: 1.615 p= .595	t: 0.156 p= .346

Tablo 4.7. Devam Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre travma sonrası büyüme envanteri puan ortalamalarının dağılımı (N=122)

GELİR DURUMU ALGISI²				
Kötü	62.36±28.46	34.18±15.28	14.86±9.05	15.64±8.05
Orta	68.41±24.70	38.05±14.36	17.69±8.51	15.07±6.62
İyi	64.85±28.96	35.15±15.97	17.31±9.81	14.69±7.92
	F: 0.516	F: 0.762	F: 0.865	F: 0.104
	p= .598	p= .469	p= .424	p= .901
HASTALIK ÖZELLİĞİ¹				
Psikotik özellikli olan	69.30±27.02	38.32±14.53	17.57±9.29	16.11±7.06
Psikotik özellikli olmayan	65.01±25.81	35.85±15.05	16.83±8.69	14.51±7.14
	t: .865	t: 0.882	t: 0.437	t: 1.194
	p= .762	p= .878	p= .702	p= .533
YAŞ³				
	r: 0.088	r: 0.067	r: 0.015	r: 0.163
	p= .336	p= .463	p= .868	p= .072
ÇOCUK SAYISI³				
	r: 0.049	r: 0.003	r: 0.054	r: 0.070
	p= .591	p= .978	p= .553	p= .446
HASTALIĞIN BAŞLAMA YAŞI³				
	r: 0.047	r: 0.097	r: -0.071	r: 0.097
	p= .605	p= .289	p= .439	p= .290
TEDAVİ SÜRESİ³				
	r: 0.044	r: 0.054	r: 0.060	r: 0.026
	p= .627	p= .553	p= .512	p= .774
PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE YATIŞ SAYISI³				
	r: -0.015	r: -0.016	r: -0.074	r: 0.071
	p= .867	p= .858	p= .420	p= .438

*p< .05 ve ** p< .01

¹ İstatistiksel analizinde t testi kullanılmıştır.

² İstatistiksel analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

³ İstatistiksel analizinde korelasyon analizi kullanılmıştır.

4.4. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.8. Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları, hemşirelik bakımını algılayışları ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

ÖLÇEKLER		Toplam SBTO	Etkili Yöntemler	Etkisiz yöntemler	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Toplam HHBAÖ
Toplam HHBAÖ	r	-0.065	-0.156	-0.062	-0.097	0.028	-0.166	-0.169	-0.106	1.000
	p	.474	.086	.496	.290	.758	.068	.063	.246	
Toplam TSBE	r	0.403**	0.555**	-0.046	0.555**	-0.135	0.087	0.441**	0.242**	-0.304**
	p	< .001	< .001	.612	< .001	.139	.342	< .001	< .001	.001
Benlik Algısında Değişim	r	0.369**	0.539**	-0.010	0.551**	-0.116	0.136	0.461**	0.168	-0.302**
	p	< .001	< .001	.914	< .001	.205	.136	< .001	.065	.001
Yaşam Felsefesinde Değişim	r	0.414**	0.410**	-0.216*	0.438**	-0.252**	-0.104	0.267**	0.213*	-0.224*
	p	< .001	< .001	.017	< .001	.005	.257	.003	.019	.013
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	r	0.244**	0.490**	0.135	0.434**	0.046	0.216*	0.392**	0.303**	-0.283**
	p	.007	< .001	.138	< .001	.617	.017	< .001	.001	.002

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (2 yönlü)

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 yönlü)

Tablo 4.8’de psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları, hemşirelik bakımını algılayışları ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişki bütün faktörler açısından incelenmiştir.

TSBE toplam puanı ile SBTÖ toplam puanı ve HHBAÖ toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < .05$). Buna göre TSBE toplam puanı arttıkça SBTÖ toplam puanı artmakta, HHBAÖ toplam puanı azalmaktadır. SBTÖ ile HHBAÖ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p < .05$).

Alt boyutlar açısından bakıldığında ise, TSBE alt boyutlarından benlik algısında değişim ile toplam SBTÖ, etkili yöntemler, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama arasında, yaşam felsefesinde değişim ile boyun eğici yaklaşım hariç SBTÖ bütün alt boyutları arasında ve başkalarıyla ilişkilerde değişim alanında etkisiz yöntemler ve çaresiz yaklaşım hariç bütün alt boyutlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < .05$).

5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarına, hemşirelik bakımını algılamalarına ve travma sonrası büyüme düzeylerine ilişkin dikkate değer sonuçlara ulaşılmıştır. Hastaların stresle başa çıkmada etkili yöntemleri daha fazla kullandığı, hemşirelik bakımını kaliteli algıladığı ve travma sonrası büyüme düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgulara ilişkin ayrıntılar aşağıda belirtildiği şekli ile;

1. Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler,
2. Katılımcıların hemşirelik bakımını algılayışları ve etkileyen faktörler,
3. Katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri ve etkileyen faktörler,
4. Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları, hemşirelik bakımını algılayışları ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişki başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırmada katılımcıların stresle başa çıkmada daha çok etkili yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Literatürde ruhsal hastalıklar ve stresle başa çıkma tarzlarını araştıran çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalar ruhsal hastalığa sahip bireylerin etkili başa çıkma yöntemlerini kullandığını belirlerken (Cohen, Hassamal, & Begum, 2011; Gloria & Steinhardt, 2016), bazı çalışmalar etkisiz başa çıkma yöntemlerinin kullanıldığını belirlemişlerdir (Aksoy ve Kelleci, 2016; Mingrone ve ark., 2016; Moret-Tatay ve ark., 2016; Adan ve ark., 2017). Shrestha'nın (2015) çalışmasında ise, her iki yöntemin birlikte kullanıldığı saptanmıştır. Etkili başa çıkma yöntemlerinin kullanılması hiç kuşkusuz avantajlı bir durum olarak kabul edilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Şizofreni tanılı bireylerde de etkili yöntemlerin kullanılmasının semptomların şiddeti ve yaşam kalitesi üzerinde daha etkin olduğu saptanmıştır (Rudnick ve Martins, 2009). Bu çalışmada katılımcıların etkili başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanmalarının sebebinin, bireyin daha önce hastaneye yatma deneyiminden elde ettiği bilgiler, hasta grubunun etkileşimi sonrasında birbirinden öğrenme, klinik hemşirelerinin ara ara

yaptığı progresif gevşeme, nefes egzersizi gibi etkili başa çıkma yolları eğitimi ve öğrenci hemşirelerin yaptığı stresle başa çıkma eğitimleri olabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların etkili başa çıkma yöntemlerini kullanabilmesi için klinikte yapılan uygulamaların desteklenmesi ve arttırılarak devam edilmesi gerekmektedir.

Çalışmada katılımcıların bazı sosyo-demografik ve hastalık özellikleriyle, SBTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Bu özelliklerden ilki, eğitim düzeyidir. Çalışmada bireylerin eğitim düzeyi düştükçe, etkisiz yöntemleri kullanma oranlarının arttığı saptanmıştır ($p < .05$). Şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan bir grup bireyde yapılan çalışmada da benzer şekilde etkisiz yöntemler ile eğitim durumu arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Mingrone ve ark., 2016). Bu bulgudan farklı olarak, Sağbaş'ın (2009) çalışmasında, eğitim durumuyla stresle başa çıkma düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ayrıca çalışmada eğitim düzeyi ile stresle başa çıkmada "iyimser yaklaşım" kullanma arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Buna göre eğitim düzeyi azaldıkça, iyimser yaklaşımı kullanma düzeyi artmaktadır. Literatürde bu sonucu destekleyecek herhangi bir araştırmaya ulaşılmamış olmakla birlikte, eğitim düzeyi azaldıkça bilgiye erişimi kolaylaştıran sosyo-demografik özelliklerin, araştırmacı özelliğın, okuma oranının azalması gibi sebeplerle bireyin içinde bulunduğu durumu gerçekçi değerlendirememesine bağlı iyimser yaklaşımı başa çıkma yöntemi olarak kullandığı düşünülebilir.

Katılımcıların stresle başa çıkmalarını etkileyen bir diğer özellik sahip oldukları çocuk sayısıdır. SBTÖ'de etkisiz başa çıkma yollarından biri olan "boyun eğici yaklaşım" ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Bu ilişkiye göre katılımcıların çocuk sayısı arttıkça boyun eğici yaklaşımı kullanma durumu artmaktadır. Sağbaş'ın (2009) ruhsal bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmasında ise çocuk sahibi olanların olmayanlara göre stresle başa çıkma yeteneklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun Sağbaş'ın (2009) çalışmasından farklı olmasının sebebinin, çalışmamızdan farklı olarak çocuğu olan bireyin daha fazla olması, bu bireylerin çoğunluğunun evli olması ve büyük bir kısmının kadın olması gibi grubun kişisel özellikleri olabileceği düşünülmektedir.

SBTÖ ile hastalık özellikleri arasında sahip olunan hastalığın özelliği, hastalığın başlama yaşı ve tedavi süresi değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Hastalık özelliği açısından bakıldığında, hastalık tanısı psikotik özellikli olmayan katılımcıların etkisiz yöntemlerden “çaresiz yaklaşımı” daha fazla kullandığı saptanmıştır ($p < .05$). Depresyon ve alkol madde bağımlılığı tanısı almış bir grup bireyde yapılan çalışmada, bireylerin daha çok “bastırma, suçlama ve yer değişme” gibi başa çıkma yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Paparrigopoulos ve ark., 2007). Yine aynı tanıya sahip farklı bir grup üzerinde yapılan çalışmada, bireylerin daha çok etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Adan ve ark., 2017). Literatürde bu bulguyu destekleyen farklı çalışmalarda bulunmaktadır (Aksoy ve Kelleci, 2016; Mingrone ve ark., 2016; Moret-Tatay ve ark., 2016). Çalışmada psikotik özellikli olmayan hastalıklar grubunda depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, alkol madde kullanım bozukluğu gibi hastalıklar yer almaktadır. Bu hastalıklar bireyin duygu durumunun çökkün olduğu, stresle başa çıkma becerilerinin zayıfladığı hastalıklardır (Varcarolis, 2013). Bu hastalıklarda etkisiz başa çıkma becerilerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmada sahip olunan hastalığın özelliği gibi başlama yaşı da etkisiz yöntem kullanmaya eğilimi arttırmıştır. Hastalığın başlama yaşı arttıkça etkisiz yöntemlerden olan “boyun eğici yaklaşımı” kullanma durumu artmaktadır ($p < .05$). Literatürde bu bulguyu destekleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılmasına rağmen, yaş arttıkça başa çıkma becerilerinin azaldığı bilgisinden yola çıkarak (Montel ve ark., 2011; Rogers ve ark., 2017), hastalığın geç başlamasının etkisiz başa çıkmayla ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Çalışmada etkisiz başa çıkma yöntemi kullanmaya neden olan bir diğer durum ise hastalığın tedavi süresi olarak bulunmuştur. Hastalığın tedavi süresiyle paralel olarak, “boyun eğici yaklaşımı” kullanma durumu artmaktadır ($p < .05$). Bu sonuçla paralel olabilecek bir çalışma, alkol madde bağımlılığı ve majör depresyon tanılı bireylerde yapılmıştır. Buna göre, etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullanma durumu arttıkça, relaps görülme riski artmakta, dolayısıyla tedavi süresi uzamaktadır (Adan ve ark., 2017). Bu durum, tedavi süresinin uzamasıyla, bireyin iyi oluşa dair inancının azalması, ümitsizliğe düşmesi ve sonuç olarak yaşadıklarına boyun eğmesi olarak düşünülebilir.

5.2. Katılımcıların hemşirelik bakımını algılayışları ve etkileyen faktörler

Bu çalışmanın ikinci sorusu ile katılımcıların hemşirelik bakımını algılayışları ve etkileyen faktörlere yanıt aranmıştır. Hasta memnuniyeti ve hemşirelik bakımını algılayış, farklı dinamiklerden etkilenen, karmaşık bir kavram olup, kaliteli hasta bakımının en önemli belirleyicilerindedir (Arslan ve ark., 2012). Hastane hizmetlerinden genel memnuniyeti belirleyen en önemli değişkenin “hemşirelik bakımından memnuniyet” olduğu bildirilmiştir. Bu yüzden genel memnuniyeti arttırmak için, hemşirelik bakımından memnuniyeti arttırmak gerekmektedir (Zaim, 2010).

Çalışmada hastaların hemşirelik bakımından hemşirelik bakımını kaliteli olarak algıladıkları ve bakımdan memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmalarda da bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır (Demir ve ark., 2011; Arslan ve ark., 2012; Sertdemir, 2012). Psikiyatri kliniklerinin doğası gereği hastalar bakımlarına bire bir katılmakta ve süreci yönetmektedirler. Hastaların kendi bakımlarına katıldıklarında, hemşirelik bakımını daha iyi algılandığı bilinmektedir (Johansson ve ark., 2002). Çalışma yapılan klinikte hastalar bakım ve tedavilerine bire bir katılmaktadırlar. Sabah kalktıklarında hastalar öncelikle odalarını toparlayıp kahvaltı için salona inmektedirler. Tüm yemekler diğer hastalar ve personelle birlikte salonda yenmektedir. Yemekten sonra hastalar yanlarına sularını alarak takiplerin alınması ve tedavilerin uygulanması için hemşire deskine gelmektedirler. Gün içinde yapılan uğraşı terapisi, spor saati, sinema saati, tatlı perşembe gibi aktivitelerin planlanması ve uygulanmasında sorumlu olan hastalar ve hemşire birlikte çalışmaktadır. Klinikte bireysel görüşmeler yapılmamasına ve hasta merkezli çalışma prensibi benimsenmemesine rağmen, genel uygulamalardan bile hastalar fayda sağlamaktadır ve bakımı kaliteli olarak algılamaktadır. Bakıma katılmanın yanı sıra, hasta hemşire arasındaki iletişim, empati, güven, işbirliği, dürüstlük, saygı ve sabır arttıkça bakımdan memnuniyet artmaktadır. (Johansson, Oleni, & Fridlund, 2002). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin terapötik ilişki kurmak ve bu ilişkiyi sürdürmek için bu özelliklere sahip olması gerekmektedir (Varcarolis, 2013; Townsend, 2016). Gözlemlerimize göre klinikte çalışan hemşireler hasta bakımını güven verici bir ortamda, işbirliği kurarak, saygı ve sabır ilkelerine uyarak sürdürmektedirler.

Katılımcıların HHBAÖ ile ilgili ifadelerden en çok memnun oldukları üç madde sırasıyla madde 9 (Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim), madde 6 (Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler) ve madde 15 (Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin her ihtiyaç duyulduğunda hastayı destekleyeceği, yanında olacağı düşüncesi Sertdemir'in (2012) çalışmasının sonuçlarıyla örtüşmektedir. En az memnun olunan madde ise madde 5'tir (Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar). En az memnun olunan maddenin sebebinin, çalışma yapılan klinikte, bireyin hastalığının akut döneminde olması ve ajitasyon yaşaması durumunda sessiz odaya alınması ve kimyasal tespit uygulanması olduğu düşünülmektedir.

Literatürde bireyin önceki deneyimleri, sosyal çevresinden ve basın aracılığı ile edindiği bilgiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyen kavramlar olarak saptanmıştır. Fakat bu kavramların hangi yönden memnuniyeti arttırdığına dair tutarlı sonuçlar elde edilememiştir (Yılmaz, 2001; Johansson ve ark., 2002; Demir ve ark., 2011; Arslan ve Kelleci, 2011). Bunun sebebi sağlık alanında alınan hizmette yönelik memnuniyetin hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve ilişkili diğer faktörlere bağlanmasının çok doğru bir yaklaşım olmamasıdır. Çünkü hemşirelerin memnuniyeti artırmak için sosyo-demografik özelliklere müdahale şansı yoktur. Bu özellikler yalnızca hastanın beklentileri üzerinde etkilidir. Beklentiyi karşılamak ise, kaliteli hizmet vermek anlamına gelmemektedir. Burada önemli olan, insan odaklı ve mümkün olan en üst düzeyde kaliteli hizmet sunmaktır (Şahin ve ark., 2005).

Çalışmada hemşirelik bakımının algılanması ile cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir algısı, hastalık özelliği, hastalığın başlama yaşı, tedavi süresi gibi özellikler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kişisel özelliklerden sadece "yaş" ve "çocuk sayısı" ile hemşirelik bakımını algılayış arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Katılımcıların yaşı arttıkça hemşirelik bakımını daha iyi algılamakta ve bakımdan memnuniyetleri artmaktadır. Literatürde hastaların hemşirelik bakımını araştıran çalışmalarda da benzer olarak yaş arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığı saptanmıştır (Johansson ve ark., 2002; Tan ve Akgün Şahin, 2009; Şişe, 2013; Yıldız ve ark., 2014). Yaş düştükçe hemşirelik bakımının daha az kaliteli

algılanmasının temel nedeninin gençlerin bakımdan beklentilerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yaşlı bireyler aldıkları sağlık hizmetini önceki hizmetlerle kıyaslayıp, gelişme kat edildiğini düşünerek daha yüksek düzeyde memnuniyet bildirmiş olabilirler (Şişe, 2013).

“Çocuk sayısı” açısından bakıldığında ise tam tersi bir ilişki ortaya çıkmış, çocuk sayısı arttıkça, hemşirelik bakımından memnuniyetin azaldığı saptanmıştır. Literatürde çocuk sayısı ile hemşirelik bakımından memnuniyeti karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma yapılan klinik açık bir klinikdir, dolayısıyla refakatçi kabul edilmektedir. Gözlemlerimize göre refakatçi olarak genellikle eş, çocuk ya da abi-abla kalmakta ve refakatçi varlığında hemşire, bakımdan memnuniyeti belirleyecek uygulamaları (iletişim kurma, güven verme, işbirliği yapma, sabır gösterme gibi) doğrudan refakatçiye devretmektedir. Bu hizmetleri alamayan bireylerin de bakımdan memnuniyetinin düşmüş olabileceği düşünülmektedir.

Bireyin hastaneye yattığında alacağı bakım ile ilgili beklentileri, önceki deneyimlerine bağlı olarak değişir. Daha önce hastaneye yatan bireyler nasıl bir tedavi ve bakım alacaklarını ve bu konudaki beklentilerini tanımlarlar. Bu durum bireyin hemşirelik bakımından memnuniyeti ve bakımın kalitesini algılama düzeyini etkiler (Yılmaz, 2001). Eğer bireyin hastaneye yatışla ilgili önceki deneyimleri olumluysa, memnuniyet düzeyi daha fazla olacaktır (Zaim, 2010). Çalışmada psikiyatri kliniğine “yatış sayısı” ile hemşirelik bakımını algılayış arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre psikiyatri kliniğine yatış sayısı arttıkça bakımdan memnuniyet artmaktadır. Literatürde farklı kliniklerde yapılan çalışmalarda, yatış sayısı arttıkça, memnuniyet düzeyinin arttığını (Bulut ve Timur Taşhan, 2017) ve azaldığını (Arslan ve Kelleci, 2011; Yıldız ve ark., 2014) ya da yatış sayısı ile memnuniyetin ilgisinin olmadığını (Şişe, 2013) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu artış, azalış ya da aynı kalma hastanın beklentisiyle ilgilidir. Hasta bir önceki yatışında beklentiler oluşturur, bakım beklentilerin üzerine çıkarsa yüksek memnuniyet, çıkmazsa düşük memnuniyet ile sonuçlanır. Çalışma yapılan klinikte hemşirelik uygulamaları günden güne iyileştirilmektedir. Terapötik ortamın devamlılığını sağlayacak uygulamalar sürdürülmekte ve farklı uygulamalar eklenmektedir. Veri toplama aşamasında daha önce yatışı yapılan bireylerden kliniğe

ve hemşirelik bakımına dair olumlu geribildirimler alınmıştır. Çalışmada yatış sayısı ile memnuniyet arasındaki bağlantının bu sebeple olabileceği düşünülmektedir.

5.3.Katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri ve etkileyen faktörler

Katılımcıların TSBE toplam puanı (66.56±26.23) yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiklerini ifade etmektedir. Mazor ve arkadaşları da (2016) yaptıkları çalışmada, psikoz tanısı hastaların travma sonrası büyüme düzeylerini yüksek (61.16±21.87) bulmuşlardır.

Katılımcıların TSBE’nde en çok değişim gösterdiklerini ifade ettikleri ilk üç madde sırasıyla; madde 18 (Daha güçlü bir inanca sahibim), madde 5 (Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım) ve madde 1 (Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti) olarak bulunmuştur. En az değişim gösterdiklerini belirleyen madde ise madde 14’tür (Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum). Yapılan bir çalışmada, psikozun ilk atağından sonra bireylerin kendilerini ve yaşadıkları hayatı sorguladıkları ve bu sorgulama sonucunda kendileri, başkaları ve dünya hakkında yeni inançlar oluşturdukları sonucuna varmışlardır. Bazı bireylerin ise güçlendiğini, benlik algılarının geliştiğini ve kendilerine yeni hedefler koyduklarını saptamışlardır (Attard ve ark., 2017). Prati ve Pietrantonini’nin (2009) yaptığı metaanaliz çalışmasında, bireylerin en çok dini başa çıkma yöntemlerini kullanarak travma sonrası büyüme gerçekleştirdikleri bulunmuştur. Jeon ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da, Tanrı’ya inanmanın ve dua etmenin etkili bir başa çıkma yöntemi olduğu ve travma sonrası gelişime katkı sağladığı görülmüştür. Bu çalışmaların sonuçları, katılımcıların en çok değişim gösterdiği maddeleri açıklar niteliktedir. Ayrıca, ülkemizde yapılan bir çalışmada, Türk toplumunda “dini inanç ve Tanrı’ya güvenme” stresle başa çıkmayı kolaylaştıran bir faktör olduğu saptanmıştır (Çağlayan, 2016). Katılımcıların cevaplarında bu kültürel özelliğin de katkısı olduğu düşünülmektedir.

Sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.), bireyin sosyal destekleri (eş, çocuk, arkadaş vb.), stresle başa çıkma tarzları, travmatik olayın niteliği, travmatik olaya maruziyet süresi, sıklığı gibi değişkenler bireyin travma sonrası büyüme gösterip göstermeyeceğini belirleyen faktörlerdendir (Linley ve Joseph, 2004). Bu çalışmada, travma sonrası büyümede etkili olabileceği düşünülen, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu algısı,

hastalığın özelliği, çocuk sayısı, hastalığın başlama yaşı, tedavi süresi ve psikiyatri kliniğine yatış sayısı gibi parametrelere ilişkin veriler toplanmıştır. Bu parametrelerle travma sonrası büyüme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Mazor ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, bu çalışmayla uyumlu olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastanede kalış süresi ile travma sonrası büyüme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun yanı sıra düşük sosyoekonomik durumun travma sonrası büyümeyi olumsuz etkilediği görülmüştür (Çağlayan, 2016; Mazor ve ark., 2016). Bu çalışmada sosyodemografik değişkenlerin travma sonrası büyüme düzeyini etkilemediğine dair varılan sonucun, örneklem sayısı ile ilgili olabileceği, daha fazla sayıda katılımcı ile yapılacak benzer çalışmalarda sonucun değişebileceği düşünülmektedir.

5.4. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hemşirelik Bakımını Algılayışları ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki İlişki

Bireyin yaşamında kullandığı başa çıkma becerileri, onun stresli durumlara uyum sağlamasına yardımcı olmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Yani bir bireyin stresle başa çıkma tarzları, ruhsal bir bozukluğa nasıl yanıt vereceğini belirleyen faktörlerdendir (Berry ve ark., 2013). Çünkü ruhsal bozukluğu olan bireyler, hastalıkla başa çıkma ve psikolojik adaptasyon sürecinde, yalnızca hastalık sürecinin getirilerine odaklanmazlar. Aynı zamanda bireysel gelişme ve değişim için de aktif bir süreç başlatırlar (Roe ve Chopra, 2003). Mazor ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada, stresle etkili bir biçimde başa çıkamayan bireylerin daha az travma sonrası büyüme gösterdiklerini saptamıştır. Jordan ve arkadaşları (2016) travmanın birey üzerindeki etkilerini belirlemede etkili olan bazı faktörleri saptamışlardır. Bunlardan ilki bireyin kullandığı stresle başa çıkma becerileridir (Jordan ve ark., 2016). Çağlayan (2016) yaptığı çalışmada, motor kazası geçiren bireylerden travma sonrası büyüme gösterenlerin, problem odaklı başa çıkma tarzını (etkili yöntem) kullandıklarını saptamıştır. Buna göre literatürle paralel olarak bu çalışmada da, stresle etkili bir biçimde başa çıkabilen bireylerin, daha fazla travma sonrası büyüme gösterdikleri saptanmıştır.

Travma sonrası büyümenin alt boyutları olan “benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim” ile etkili başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Çağlayan’ın (2007)

araştırmasında, travma sonrası büyümenin alt boyutları ve problem odaklı başa çıkma ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise TSBE'nin alt boyutlarıyla problem odaklı başa çıkma, inanç, duygusal destek, yaşamın yeniden planlanması gibi etkili başa çıkma tarzları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Fernandes ve ark., 2015).

Yapılan bir metaanaliz çalışmasında travma sonrası büyüme ile stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama arasında en çok, boyun eğici yaklaşım arasında ise en az anlamlı ilişki saptanmıştır (Prati ve Pietrantonio, 2009). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde travma sonrası büyüme ve alt boyutları ile iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama arasında kuvvetli bir korelasyon bulunmuşken, boyun eğici yaklaşım sadece travma sonrası büyümenin bir alt boyutuyla ilişkilendirilebilmiştir. Yani travma sonrası büyüme gösteren kişiler başa çıkma tarzlarından en çok iyimser yaklaşımı ve sosyal destek aramayı kullanırken, en az boyun eğici yaklaşımı kullanmaktadırlar. Travma sonrası büyümede iyimser yaklaşımı en çok kullanmalarının sebebinin travmaya olumlu bakmanın, gelişim ve değişim için bir fırsat olarak görmenin travma sonrası büyümeyi kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörlerden biri de, bireyin sosyal destekleridir. Başa çıkma tarzı olarak sosyal destek arayan bireylerin, daha fazla travma sonrası büyüme gösterecekleri düşünülmektedir. Etkisiz yöntemlerden boyun eğici yaklaşımın travma sonrası büyüme gösterenlerde daha az kullanılmasının sebebinin ise, değişim ve gelişim için boyun eğmekten çok, değişim için yeni yollar ve çareler aramaktan geçeceği varsayılmaktadır (Tedeschi ve ark., 2009).

Çalışmada “başkalarıyla ilişkilerde değişim ile yaşam felsefesinde değişim” alanlarıyla ve sosyal destek arama arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. TSBE içinde yer alan ve başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyutuna giren madde 6 (Başım sıkıştığında insanlara güvенеbileceğimi daha iyi anladım), madde 8 (Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım), madde 20 (Diğer insanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim) ve madde 21 (Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim) bireylerin sosyal destekleri algıları hakkında değişimleri direk göstermektedir (Kağan ve ark., 2012). Ayrıca literatürde sosyal destek algısı yüksek olan bireylerin, daha fazla travma sonrası büyüme

gösterdikleri bulunmuştur (Linley ve Joseph, 2004; Scrignaro ve ark., 2011) Bu sebeplerle bu iki alt boyutlar arasında pozitif ilişki literatür ile uyumaktadır. Hemşireler hastanın sosyal desteklerini değerlendirmesini, uygun sosyal destek almasını sağlayarak travma sonrası büyüme katkıda bulunabilirler.

Travma sonrası büyüme alt boyutlarından “yaşam felsefesinde değişim” ile etkisiz yöntemler ve çaresiz yaklaşım arasındaki negatif bir korelasyon bulunmuştur. Yaşam felsefesinde değişim alt boyutu içerisinde birey, hayata karşı değişen bakış açısını, değerlerini, manevi-ruhsal gelişimini ve bunlarla birlikte elde ettiği bilgeliği tanımlamaktadır (Calhoun ve Tedeshi, 2006). Ayrıca birey, kendi sınırlarını tanıyarak yaşamdaki önceliklerini, zorluklarla nasıl başa çıkması gerektiğini belirlemektedir (Bayraktar, 2012). Bu alt boyutun içerisinde aktif bir başa çıkma hali vardır. Bu değişkenler arasında negatif ilişki olması bizim için önemlidir. Çünkü bireyin travma sonrası büyüme gösterebilmesi için, kendini çaresiz ve kurban olarak hissetmesinden ziyade, bireysel özelliklerini tanıması ve sorunlarıyla başa çıkabilmesi beklenir (Bayraktar, 2012). Bu alanda hemşireler bireye durumuyla ilgili alternatif yollar öğretilip, bakış açısını geliştirilerek yaşam felsefesinde değişime katkıda bulunabilirler.

Travma sonrası büyümenin alt boyutlarından olan başkalarıyla ilişkilerde değişim ile etkisiz bir başa çıkma yöntemi olan boyun eğici yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < .05$). Boyun eğici yaklaşım etkisiz bir başa çıkma yöntemi olmasına rağmen, travma sonrası büyüme katkı sağlayabilmiştir. Benzer olarak yapılan bir çalışmada boyun eğici yaklaşımla, manevi değişim ve kişisel güçlenme alanlarında pozitif bir ilişki saptanmıştır (Çağlayan, 2016). Kesimci ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, boyun eğici yaklaşımın yüksek düzeyde travma sonrası büyüme sağladığı belirlenmiştir. Çin’de meydana gelen büyük bir depremden sekiz yıl sonra yapılan çalışmada, bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile travma sonrası büyüme düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaşmaya göre etkili ve etkisiz başa çıkma yöntemlerinden her ikisinin de travma sonrası büyümede önemli olduğu saptanmıştır. Stresle başa çıkmada etkili yöntemleri kullanan bireylerin, bireysel güçlenme, hayattan memnuniyet ve yeni olanaklar alanlarında, etkisiz yöntemleri kullananların ise başkalarıyla ilişkiler alanında travma sonrası büyüme gösterdiği bulunmuştur (Guo ve ark., 2017). Hemşire bireyin hangi başa çıkma

tarzını kullanırsa kullansın, travma sonrası büyüme gösterebileceğinin farkında olmalı ve bakımı bunu destekleyecek şekilde devam ettirmelidir.

Bireyin sosyal destekleri travma sonrası büyüme düzeyine katkıda bulunan etmenlerdendir (Linley ve Joseph, 2004; Prati ve Pietrantonio, 2009; Jeon ve ark., 2015). Bu çalışmada sosyal desteğe benzer olarak, hastalık sürecinde profesyonel bir destek olarak hemşirelik bakımı almanın ve bu bakımı olumlu algılamanın travma sonrası büyüme düzeyine etki edebileceği düşünülmüş ve çalışmaya bu yönde bir parametre eklenmiştir. Çalışma sonuçları göstermiştir ki; bireyin hemşirelik bakımını kaliteli olarak algılaması ve bakımdan memnun olması ile travma sonrası büyüme düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($p < .05$). Bu ilişkiye göre hemşirelik bakımından memnuniyet arttıkça, travma sonrası büyüme düzeyi artmaktadır. Jeon ve arkadaşlarının (2015) kök hücre transplantasyonu olmuş bireylerde yapmış olduğu çalışmada, transplantasyon sonrası sağlık personelinin destek ve hemşirelerden danışmanlık alan bireylerin daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiği saptanmıştır. Garland ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, sağlık profesyonellerinden destek almanın, travma sonrası büyümeyi arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca travmatik yaşam olaylarına maruz kalan kişilerde travma sonrası büyüme düzeyini arttıran faktörleri inceleyen bir çalışmada sağlık profesyonellerinden danışmanlık almanın travma sonrası büyüme düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Jeon ve ark., 2017). Tüm bu bulgular ışığında hemşirelik bakımını kaliteli algılamanın ve bakımdan memnun olmanın travma sonrası büyümeyi olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ulaşılabilen literatür doğrultusunda, psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyini belirleyen ilk çalışma olması açısından özgündür. Ayrıca travma sonrası büyüme düzeyine, hemşirelik bakımının etkisini araştırması sebebiyle de literatürden farklıdır. Bu çalışmadan elde edilen önemli sonuçlar ve yapılan öneriler aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan bireyler stresle başa çıkmada daha çok etkili yöntemleri kullanmaktadır.
- Bireylerin eğitim durumu azaldıkça etkili başa çıkma yöntemlerini kullanma durumları azalmaktadır.
- Bireylerin çocuk sayısı arttıkça etkisiz bir yöntem olan boyun eğici başa çıkmayı kullanma durumları artmaktadır.
- Psikotik olmayan hastalık özelliğine sahip bireyler, çaresiz yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar.
- Hastalığın başlama yaşı ve tedavi süresi arttıkça, boyun eğici yaklaşımı kullanma durumları artmaktadır.
- Araştırmaya katılan bireyler, klinikteki hemşirelik bakımından memnundurlar ve hemşirelik bakımını kaliteli algılamaktadırlar.
- Bireylerin yaşı, psikiyatri kliniğine yatış sayıları arttıkça ve çocuk sayısı azaldıkça bakımdan memnuniyet artmaktadır.
- Bireyler ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra yüksek düzeyde travma sonrası büyüme göstermişlerdir.
- Bireylerden etkili başa çıkma tarzlarını kullananların, travma sonrası büyüme düzeyleri yüksek bulunmuştur.
- Psikiyatri kliniğinde yatan bireyler stresle etkili başa çıkma yöntemlerini kullandıkça, benlik algılarında, yaşam felsefelerinde ve başkalarıyla ilişkilerinde olumlu değişimler saptanmıştır.

- Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle etkisiz başa çıkma yöntemleri kullanmalarıyla, daha az oranda yaşam felsefelerinde değişim yaşadıkları belirlenmiştir.
- Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin travma sonrası büyüme düzeyini etkili başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik bakımından memnuniyet olumlu yönde etkilemektedir.

Bu sonuçlar göz önüne alınarak;

Eğiticilere,

- Ruhsal hastalığın travmatik bir deneyim olarak algılanabileceği hakkında sağlık profesyonellerine farkındalık yaratılması,
- Sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalık tanısı alan bireyin travma sonrası büyüme gösterebileceği konusunda bilgilendirilmesi,
- Hemşirelik bakımının travma sonrası büyümeyi desteklediğine dair farkındalık yaratılması,
- Lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatına travma sonrası büyüme konusunun eklenmesi önerilmektedir.

Ruh sağlığı ve psikiyatri alanında çalışan hemşirelere,

- Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin hastalıklarına bakış açılarının (duygu ve düşüncelerinin) bireysel görüşme ve grup toplantılarıyla ortaya çıkarılması,
- Ruhsal hastalık tanısı alan bireylere, stresle etkili başa çıkma yöntemleri öğretilerek yaşadıkları zorluklardan güçlenerek çıkmalarının sağlanması,
- Hemşirelik bakımını planlarken, hastaların travma sonrası büyüme düzeyini destekleyecek şekilde planlamaları önerilmektedir.

Araştırmacılara,

- Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin, hastalıklarına bakış açılarının, travma sonrası büyüme düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin nitel araştırmalarla açığa çıkarılması,

- Yeni tanı almış bireylerin travma sonrası büyüme düzeyini arttıracak girişimsel çalışmaların ve ileriye yönelik izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Adan A, Antunez J, Navarro J. Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*. 2017; 251: 325-332.

Aksoy A, Kelleci M. Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2016; 29: 210-218.

Altun F, Yazıcı H. Üniversitede okuyan kadınların travmatik yaşantıları ve psikolojik yardım alma durumları. *Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu*. Ankara: Neyi Matbaacılık. 2012, s. 109-118.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* Çeviren Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. HYB Yayıncılık, Ankara: 2014, s: 143-157.

Amerikan Psychiatric Association. *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Çeviren Köroğlu E. *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri*. HYB Yayıncılık, Ankara: 2000, s: 191-211.

Arıkan G. Prevalence of Traumatic Events and Determinants of Posttraumatic Growth in University Students. *Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N Karancı)

Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 14(1): 1-8.

Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(6): 717-724.

Attard A, Larkin M, Boden Z, Jackson C. Understanding adaptation to first episode psychosis through the creation of images. *J. Psychosoc. Rehabil. Ment. Health*. 2017; (in press)

Bağ B, Ekinci M. Sağlık Personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005; 3(11): 107-127.

Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2: 101-110.

Bandelow B, Späth C, Tichauer G, Broocks A, Hajak G, Rütger E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43(4): 269-278.

Bayraktar S. Psikolojik Travma. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012, s: 29-55.

Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33: 526–538.

Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, Ulaş H. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014; 25(4): 264-281.

Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*. 2005; 18(1): 32-38.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 detroit area survey of trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 626-632.

Bulut H, Timur Taşhan Ş. Sezaryan olan kadınların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(1): 1-6.

Calhoun LG, Tedeschi R. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. London: Lawrence Erlbaum Associates;1999, p: 132-154.

Calhoun LG, Tedeshi R. Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice London: Lawrence Erlbaum Associates; 2006, p. 3-21.

Calhoun LG, Cann A, Tedeschi R. The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations. In: Weiss T, Berger R, eds. Posttraumatic Growth and Culturally

Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010, p: 1-14.

Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis Çeviren Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2012, s: 29-456.

Cohen CI, Hassamal S, Begum N. General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2011; 127: 223-228.

Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso M, Mattioli V. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. Frontiers in Psychology. 2014; 5: 1-8.

Çağlayan P. The Determinants of Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Among Motor Vehicle Accident Survivors: Personality, Coping Mechanisms, and Ruminations. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N Karancı)

Çam MO. Psikiyatri hemşireliğinde bakımın sanatsal incelikleri. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics.2015; 1(1): 1-8.

Çam O. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. Çam O, Engin E, düzenleyen, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı içinde. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2014, s: 3-21.

Çoban Gİ. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. M Kaşıkçı).

Demir Y, Gürol Arslan G, Eşer İ, Khorshid L. Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011; 19(2): 68-76.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014, s: 186-190.

Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği T türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18(2): 163-171.

Erwin BA, Heimberg R, Marx B, Franklin M. Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2006; 20(7): 896-914.

Eryılmaz A. Pozitif psikoterapiler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017; 9(3): 346-392.

Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17(4): 266-275.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-191.

Fernandes T, R A, Fatima S. Coping strategies and posttraumatic growth in mastectomy patients. The International Journal Of Humanities & Social Studies.2015; 3(6): 22-28.

Frisch NC, Frisch LE. Psychiatric Mental Health Nursing. Clifton Park: Delmar Cengage Learning; 2009.

Garland SN, Carlson L, Cook S, Lansdell L, Specia M. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. Support Care Cancer. 2007; 15: 949-961.

Gloria CT, Steinhardt M. Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. Stress and Health. 2016; 32: 145-156.

Guo J, Fu M, Xing J, Qu Z, Wang X. Coping style and posttraumatic growth among adult survivors 8 years after the 2008 Wenchuan earthquake in China. Personality and Individual Differences. 2017; 111: 31-36.

Gümüş AB. Hemşirelik Kuram ve Modelleri. Çam O, Engin E düzenleyen, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı içinde. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2014, s: 57-85.

Hastaoğlu S. Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Sabuncu).

İçyeroğlu G. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2011; 6(17): 140-145.

İnci, F., & Boztepe, H. (2013). Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi? Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2), 80-84.

Jeon GS, Park SY, Bernstein K. Socio-demographic and psychological correlates of posttraumatic growth among Korean americans with a history of traumatic life experiences. Archives of Psychiatric Nursing. 2017; 31(3): 256-262.

Jeon M, Yoo I, Kim S, Lee J. Post-traumatic growth in survivors of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Psycho-Oncology. 2015; 24: 871-877.

Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scandinavian Journal of Caring Science. 2002; 16: 337-344.

Jordan G, Malla A, Iyer S. Posttraumatic growth following a first episode of psychosis: a mixed methods research protocol using a convergent design. BMC Psychiatry. 2016; 16(262): 1-10.

Joseph S, Murphy D, Regel S. An affective–cognitive processing model of post-traumatic growth. Clinical Psychology and Psychotherap. 2012; 19: 316-325.

Kağan M, Güleç M, Boysan M, Çavuş H. Travma sonrası büyüme envanterinin Türkçe versiyonunun normal toplumda hiyerarşik faktör yapısı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11(5); 617-624.

Kammer L. Stigmatization of the psychiatric patient: future perspectives for healthcare professionals. Hospital Topics. 1993; 71(2): 20-24.

Karancı N, Acartürk C. Post-traumatic growth among marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology*. 2005; 11(4): 307-323.

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

Kum N. Giriş. Kum N, düzenleyen, *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı içinde*. İstanbul: Birlik Ofset; 1996, (s. 1-4).

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer - Publishing Company; 1984, p: 117-139.

Link BG, Struening E, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2001; 52(12): 1621-1626.

Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17(1): 11-21.

Mahapatro F, Parkar SR. A comparative study of coping skills and body image: mastectomized vs lumpectomized patients with breast carcinoma. *Indian Journal of Psychiatry*. 2005;47(4): 198-204.

Mazor Y, Gelkopf M, Mueser K, Roe D. Posttraumatic growth in psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2016; 7: 1-11.

Mingrone C, Montemagni C, Sandei L, Bava I, Mancini I, Cardillo S, Rocca P. Coping strategies in schizoaffective disorder and schizophrenia: Differences and similarities. *Psychiatry Research*. 2016; 244: 317-323.

Montel S, Albertini S, Spitz E. Coping strategies as related to medical and demographic data in amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurologica Scanddinavica*. 2011;136-141.

Moret-Tatay C, Bentyo-Arrojo M, Laborde-Bois S, Martinez-Rubio D, Senent-Capuz N. Gender, coping and mental health: a bayesian network model analysis. *social behavior and personality*. 2016; 44(5): 827-836.

Özlu A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011; 11: 89-94.

Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4: 5-12.

Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2008.

Özyiğit Ş, Savaş H, Ersoy M, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*. 2004; 42(3): 105-112.

Paparrigopoulos T, Liappas J, Tzavellas E, Soldatos C. Coping styles of alcohol-dependent individuals comparison with depressed patients and controls. *Social Behavior And Personality*. 2007; 35(5): 599-614.

Peplau HE. *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing Company; 1991, p:3-43.

Perkonig A, Kessler R, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101: 46-59.

Pietruch M, Jobson L. Posttraumatic growth and recovery in people with first episode psychosis: an investigation into the role of self-disclosure. *Psychosis*. 2012; 4 (3), 2013-223.

Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth:a meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*. 2009; 14: 364-388.

Roe D, Chopra M. Beyond coping with mental illness: toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2003; 73(3): 334-344.

Rogers HL, Siminoff L, Longo D, Thomson M. Coping with prediagnosis symptoms of colorectal cancer. *Cancer Nursing*. 2017; 40(2): 145-151.

Rudnick A, Martins J. Coping and schizophrenia: A re-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009; 23(1): 11-15.

Sağbaşı Ö. Ruhsal Bozukluklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Batmaz).

Sanders A, Szymanski K. Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*. 2013; 49: 554-559.

Sayı I. Olağanüstü Koşullarda Krize Müdahalenin Yeri ve Önemi. *Kriz Dergisi*. 1992; 1(1): 4-7.

Schulze B, Angermeyer M. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003; 56: 299-312.

Scrignaro M, Bami S, Magrin M. The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2011; 20: 823-831.

Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*. 2000; 55(1): 5-14.

Sertdemir T. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Algılanan Stresörlerin ve Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Prof. Dr. Z Durna).

Shrestha R. Stressful life events and coping strategies among patients with generalized anxiety disorders. *Journal of Institute of Medicine*. 2015; 37(3): 112-112.

Smith MC, Parker M. Nursing Theories & Nursing Practice. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2015.

Sönmez EU. Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Doç. Dr. M Yanık)

Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikolojii Dergisi. 1995; 10(34): 56-73.

Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisi'nde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2005; 15(4): 137-142.

Şişe Ş. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi. 2013; 14: 69-75.

Tan M, Akgün Şahin Z. Kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(3): 38-45.

Taşkın O. İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanma Algısı. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2007, s: 31-40.

Tedeschi RG, Calhoun L. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress. 1996; 9(3): 455-471.

Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Issues. eds Tedeschi RG, Park C, Calhoun L, Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis içinde. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2009, s. 1-22.

Tel H, Ertekin Pınar Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3(2): 61-66.

Thomas SF, Marks DF. The measurement of coping in breast cancer patients. Psycho-Oncology. 1995; 4: 231-237.

Townsend MC. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice Çeviren Özcan CT, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 2016, s: 107-243.

Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. Psikiyatri Dünyası. 1999; 3: 67-71.

Varcarolis EM. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Missouri: Elsevier Saunders; 2013, p: 386-395.

Vazquez C. A new look at trauma: From vulnerability models to resilience and positive changes. Moore K, Kaniasty K, Buchwald P, Sese A. içinde, Stress and Anxiety – Applications to health and well-being, work stressors and assessment. Berlin: Logos Verlag; 2013, p: 27-40.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Basın; 2012, s: 67-103.

Vries GJ, Olf M. The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. Journal of Traumatic Stress. 2007; 22 (4): 259-267.

Werdel MB, Wicks R. Primer on Posttraumatic Growth: An Introduction and Guide. New Jersey: John Wiley and Sons; 2012.

Yıldız T, Önler E, Başkan B, Koluçak B, Malak A, Özdemir A, Aydınılmaz H. Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi. 2014; 2(3): 123-130.

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

Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergis. 2001; 5(2): 69-74.

Yüksel EG, Taşkın O. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6(2): 113-121.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001.

Zaim H. Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları. 2010; 2(59): 1-24.



EKLER

EK- 1 Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu


Sayı : 70904504/ 527
Konu :

26.11.2015

Sayın
Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Psikiyatri Kliniğine Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Hemşirelik Bakımını
Algılayışlarının Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte
sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı


Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr


T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


2015


KARAR


ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Kliniğine Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:347	Tarih: 25.11.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

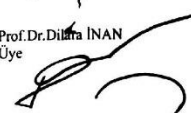

Prof.Dr. Arda TAŞATARGIL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

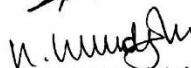

Prof.Dr. Arda TAŞATARGIL
Başkan



Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

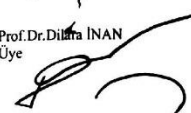

Prof.Dr.Can CEVİKOL
Üye



Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye


Prof.Dr.Dilra İNAN
Üye



Prof.Dr.Necmiye HADİMİOĞLU
Üye


Prof.Dr.Gülay ÖZBİLİM
Üye



Doç.Dr. Yeşim ŞENOL
Üye (İzinli)



Doç.Dr.Gülşah ÖZEL BAYSAL
Üye


Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İzinli)


Doç.Dr.Ali Berkant AYCI
Üye


Doç.Dr.Dije KIPMEN KORGUN
Üye


Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (İzinli)


Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

Ek- 2 Kurum İzin Yazısı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.06
Konu : Buket ŞİMŞEK ARSLAN Uygulama

ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 02/02/2016 tarihli ve 11133 sayılı yazı,

Enstitümüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Buket ŞİMŞEK ARSLAN'ın "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının, Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi " konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmasını; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapabildiğinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek:1 sayfa ilgi yazı

Adres Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058
Yerleşke/Antalya
Telefon 0(242)227 44 95 Faks0(242) 310 60 08
e-Posta saglikbil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ http //saglikb akdeniz.edu.tr/tr

Bilgi için: Burhan ÇAKMAZ
Unvanı Memur
Tel No 0 242 227 44 95



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-302.14.06
Konu : Buket ŞİMŞEK ARSLAN Uygulama

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/12/2015 tarihli ve 113045 sayılı yazı,

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Buket ŞİMŞEK ARSLAN**'ın "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının, Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr. Murat TURHAN
Başhekim

EK- 3 Aydınlatılmış Onam

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN BİREYLERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYİNE ETKİSİ

AYDINLATILMIŞ ONAM

Sayın Katılımcı,

Adım Buket ŞİMŞEK ARSLAN. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışma konumu “Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi” olarak belirledim. Bu amaçla, sizin cevaplamanız için sosyodemografik bilgilerinizin ve hastalığınızla ilgili bazı soruların bulunduğu kişisel bilgi formu, stresle başa çıkma yöntemlerinizi ölçen “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, aldığımız hemşirelik bakımını değerlendirmenizi sağlayan “Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği” ve hastalığınız sonrasındaki olumlu değişimleri değerlendireceğiniz “Travma Sonrası Büyüme Envanteri” kullanılacaktır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılımınız benim için çok değerlidir.

Bu araştırmada soruların tarafınızdan okunup yanıtlanması beklenmektedir. Soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmanın psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisinin belirlemesi yönüyle yeni veriler sağlayacağı düşünülmektedir. Sizden alınacak tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılma ve istediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkınız vardır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Buket ŞİMŞEK ARSLAN
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının İmzası

EK- 4 Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Eğitim durumunuz
 - a) Okur-yazar
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise
 - f) Üniversite ve üzeri
4. Medeni durumunu
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Boşanmış
5. Varsa çocuk sayınız
6. Çalışma durumunuz
 - a) Var
 - b) Yok
7. Gelir durumunuz
 - a) Kötü
 - b) Orta
 - c) İyi
8. Psikiyatri kliniğine yatmanıza neden olan hastalığınız nedir?
.....
9. Bu hastalığınız kaç yaşında başladı?
10. Kaç yıldır tedavi alıyorsunuz?
11. Psikiyatri kliniğine kaçınıcı yatışınız?.....

EK-5 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Sizi ne kadar tanımlıyor

Bir sıkıntı olduğunda.....	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların 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 bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()

Bir sıkıntım olduğunda...	%0	%30	%70	%100
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	()	()	()	()
25- "keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
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- 6 Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği

HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ (HHBAÖ)

Aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Sizden her ifadeye tanımlanan yargılara katılma durumunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler.					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler.					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımin benim için ne demek olduğunu anladıklarımı hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımın başa çıkımda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlatıldılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

EK- 7 Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

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

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

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

EK- 8 Ölçek İzin Yazıları

EK- 8.1. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İzin Yazısı

23.05.2017

Gmail - Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği



buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

3 ileti

buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>
Alıcı: nesrinhislisahin@gmail.com

5 Ekim 2015 16:34

Sayın Nesrin Hisli Şahin,

Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"nin kullanım izni konusunda size bu mesajı yazıyorum. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında da yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hocam Antalya Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu'dur.

Yüksek lisans tezimde çalışmak üzere "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi" başlıklı konuyu belirlemiş olup, şu anda öneri aşamasındayım. Tez konumdaki değişkenlerden biri olan Stresle Başa Çıkma Tarzları kavramını sizin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"ni kullanarak belirlemek istiyorum.

Ölçeğinizi çalışmamda kullanma izni talep ediyorum. Saygılarımla.

Arş. Gör. Buket ŞİMŞEK ARSLAN

Buket ŞİMŞEK ARSLAN
Araştırma Görevlisi
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu
Tel: 02423102993
E-mail: buketsmsek@gmail.com

Nesrin Hisli Şahin <nesrinhislisahin@gmail.com>
Alıcı: buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>

8 Ekim 2015 08:55

Sayın Şimşek,

Stresle Başetme Ölçeği'ni araştırma **amaçlı olarak** kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

5 Ekim 2015 16:34 tarihinde buket şimşek <buketsmsek@gmail.com> yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

—
Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin
Başkent Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü
Bağlıca Kampüsü
Eskişehir Yolu 20. Km.
Ankara

EK- 8.2. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği İzin Yazısı

23.05.2017

Gmail - Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği



buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği

3 ileti

buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>
Alıcı: laypek_6@hotmail.com

5 Ekim 2015 16:25

Sayın Gülay İpek Çoban,

Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği"nin kullanım izni konusunda size bu mesajı yazıyorum. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında da yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hocam Antalya Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu'dur.

Yüksek lisans tezimde çalışmak üzere "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi" başlıklı konuyu belirlemiş olup, şu anda öneri aşamasındayım. Tez konumdaki değişkenlerden biri olan Hemşirelik Bakımını Algılayış kavramını sizin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği"ni kullanarak belirtmek istiyorum.

Ölçeğinizi çalışmamda kullanma izni talep ediyorum. Saygılarımla.

Arş. Gör. Buket ŞİMŞEK ARSLAN

Buket ŞİMŞEK ARSLAN
Araştırma Görevlisi
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu
Tel: 02423102993
E-mail: buketsmsek@gmail.com

gülay ipek <laypek_6@hotmail.com>
Alıcı: buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>

5 Ekim 2015 16:29

Sayın Buket Şimşek
Ölçeğinizi çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kolaylıklar ve başarılar dilerim. Kadriye Hocama selamlar, sevgiler
Yrd. Doç. Dr. Gülay İpek Çoban
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

iPhone'umdan gönderildi

5 Eki 2015 tarihinde 16:27 saatinde, buket şimşek <buketsmsek@gmail.com> şunları yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK- 8.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri İzin Yazısı

23.05.2017

Gmail - Travma Sonrası Büyüme Envanteri



buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>

Travma Sonrası Büyüme Envanteri

3 ileti

buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>
Alıcı: boysan.murat@gmail.com

5 Ekim 2015 16:09

Sayın Murat Boysan,

Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendirdiğiniz "Travma Sonrası Büyüme Envanteri"nin kullanım izni konusunda size bu mesajı yazıyorum. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında da yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hocam, Antalya Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu'dur.

Yüksek lisans tezimde çalışmak üzere "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi" başlıklı konuyu belirlemiş olup, şu anda öneri aşamasındayım. Tez konumdaki değişkenlerden biri olan Travma Sonrası Büyüme kavramını sizin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendirdiğiniz "Travma Sonrası Büyüme Envanteri"ni kullanarak belirlemek istiyorum.

Envanterinizi çalışmamda kullanma izni talep ediyorum. Saygılarımla.

Arş. Gör. Buket ŞİMŞEK ARSLAN

Murat Boysan <boysan.murat@gmail.com>
Alıcı: buket şimşek <buketsmsek@gmail.com>

5 Ekim 2015 18:17

Buket Hanım,
Şimdiye kadar çevirisini yaptığımız bütün ölçekler ektedir.
Saygılarımla,
Murat Boysan

Murat Boysan, Ph. D.

Assistant Professor

Yüzüncü Yıl University Department of Psychology

Faculty of Arts TR 65080 Campus, Van - Turkey

Tel: +90 432 2251051 /3225

Fax: +90 432 2251188

e-mail: boysan.murat@gmail.com

[Alıntılanan metin gizlendi]

 Ölçekler.rar
215K

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Buket	Uyruğu	TC
Soyadı	ŞİMŞEK ARSLAN	Tel no	0551 704 07 75
Doğum tarihi	17.05.1991	e-posta	buketsmse@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Sincan Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2008
Lisans	Ankara Üniversitesi	2012
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora	-	-

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi	(4 ay) 2012
Hemşire	Ankara Üniversitesi	2012-2013
Araştırma Görevlisi	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	2013-2014
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi	2014- Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	95

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-		

Burslar-Ödüller: -

Yayımlar:

Ergün G. , Şimşek Arslan B., "Reviewing the relation between the problem solving skills of school of health students and their social skill levels", Journal of Human Sciences, vol.14, pp.902-913, 2017

Şimşek Arslan B., Buldukoğlu K., "Çocukla Terapötik Görüşmenin Hemşirelik Sürecine Göre İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, cilt.1, ss.657-663, 2015

Kongre veya Sempozyumlarda Sunulan Bildiriler:

Şimşek Arslan B., Buldukoğlu K., "Çocukla Terapötik Görüşmenin Hemşirelik Sürecine Göre İncelenmesi", Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 11-13 Mayıs 2015, ss.657-663. (Poster Bildiri)

Şimşek Arslan B., Keser İ., "Tip 1 Diyabet Olgu Sunumu "Hastalığım Amaç mı? Araç mı?""", 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, KONYA, TÜRKİYE, 26-28 Mart 2015, ss.54-54. (Poster Bildiri)

Ergün G., Şimşek Arslan B., "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Özellikleri ve Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", TPD 18. Yıllık Toplantı ve Klinik Sempozyumu, ANTALYA, TÜRKİYE, 23-26 Nisan 2014, ss.44-44. (Poster Bildiri)