

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KONJENİTAL KALP HASTALIĞI NEDENİYLE AMELİYAT  
OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI  
BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Emine ALPASLAN**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2022**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KONJENİTAL KALP HASTALIĞI NEDENİYLE AMELİYAT  
OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI  
BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Emine ALPASLAN**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Melek Serpil TALAS**

**ANKARA  
2022**

**ONAY SAYFASI**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**KONJENİTAL KALP HASTALIĞI NEDENİYLE AMELİYAT OLAN**  
**ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**  
**Öğrenci: Emine ALPASLAN**  
**Danışman: Doç. Dr. Melek Serpil TALAS**

Bu tez çalışması 14/01/2022 tarihinde jürimiz tarafından “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Emine İYİGÜN* (imza)  
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

**Tez Danışmanı:** *Doç. Dr. Melek Serpil TALAS* (imza)  
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:** *Doç. Dr. Hatice AYHAN* (imza)  
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

**Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN* (imza)  
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Nebahat BORA GÜNEŞ* (imza)  
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

12.6 Ocak 2022

*Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ OZKAN*  
**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren .. ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

26/01/2022

Emine ALPASLAN

*1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”*

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

*\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Melek Serpil TALAS danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Emine ALPASLAN

## TEŞEKKÜR

Öncelikle eğitim sürecimde ve bu çalışmanın yürütülmesi sırasında bilgisi, deneyimi ve sabrıyla her zaman desteğini hissettiğim kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Melek Serpil TALAS'a,

Çalışmaya değerli önerileriyle katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Handan BOZTEPE'ye,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren ve gerekli ortamı sağlayan Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Ankara Şehir Hastanesi'ne,

Araştırmaya gönüllü olarak katılan ve araştırma için vaktini ayırarak bilime katkı sağlayan tüm katılımcılara,

Çalışma sürecimde manevi desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Arş. Gör. Mustafa Sabri KOVANCI'ya,

Son olarak, eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan, bana inanan ve destekleyen sevgili aileme içtenlikle teşekkür ederim.

## ÖZET

**Alpaslan, E., Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocukların Ebeveynlerinde Travma Sonrası Büyümenin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.** Bu çalışma, konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde travma sonrası büyümenin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ankara Şehir Hastanesi'nde konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan ve Eylül 2019-Mart 2020 tarihleri arasında hastaneye başvuran çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırma örneklemine, konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan 27 çocuğun ebeveyni dahil edilmiştir. Araştırma verileri "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Travma Sonrası Büyüme Ölçeği", "Olayların Etkisi Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ile hastane ortamında, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada, konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin travma sonrası büyüme puanı  $71,67 \pm 13,54$  olarak bulunmuştur ve sosyal destek algısı ile yaşanan olayın etkisinin travma sonrası büyüme üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde travma sonrası büyümeyi ve etkileyen faktörleri araştıran yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma sonrası büyüme, ebeveyn, çocuk, konjenital kalp hastalığı



## ABSTRACT

**Alpaslan, E., Assesment of Posttraumatic Growth in Parents of Children Undergoing Surgery for Congenital Heart Disease, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Surgical Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2022.** This descriptive study was conducted to evaluate post-traumatic growth in parents of children who had surgery for congenital heart disease. The population of the study consisted of the parents of children who underwent surgery for congenital heart disease in Ankara City Hospital and were admitted to the hospital between September 2019 and March 2020. Parents of 27 children who had surgery for congenital heart disease were included in the study sample. Data were collected by face-to-face interviews with the participants in the hospital with the "Sociodemographic Information Form", "Post Traumatic Growth Scale", "The Impact of Events Scale" and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support". In the study, the post-traumatic growth score of the parents of children who had surgery for congenital heart disease was found to be  $71.67 \pm 13.54$ , and it was determined that the perception of social support and the effect of the event were effective on post-traumatic growth. As a result of the study, it is recommended to conduct new studies investigating post-traumatic growth in parents of children with congenital heart disease and the factors affecting it.

**Keywords:** Posttraumatic growth, parent, child, congenital heart disease

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	4
2.1. Konjenital Kalp Hastalığı	4
2.1.1. Tanımı ve İnsidansı	4
2.1.2. Konjenital Kalp Hastalıklarının Sınıflandırılması, Klinik Bulgular ve Tedavi Yöntemleri	4
2.1.3. Konjenital Kalp Hastalığında Tanı Yöntemleri	7
2.1.4. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Olmanın Aile Üzerine Etkisi	8
2.2. Travma Sonrası Büyüme	10
2.2.1. Travma Sonrası Büyüme Tanımı	10
2.2.2. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Unsurlar	13
2.2.3. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyal Destek Algısı	14
2.2.4. Travma Sonrası Büyüme ve Yaşanan Olayın Etkisi	15
2.3. Konjenital Kalp Hastalığı, Travma Sonrası Büyüme ve Hemşirelik	16
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20

3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	20
3.4.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği	21
3.4.3. Olayların Etkisi Ölçeği	21
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	22
3.5. Araştırmanın Uygulanması	22
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.8. Verilerinin Değerlendirilmesi	23
<b>4. BULGULAR</b>	24
4.1. Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocuk ve Ebeveyninin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. Travma Sonrası Büyüme ile Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisine Dair Bulgular	26
4.3. Tanımlayıcı Özellikler ile Travma Sonrası Büyüme, Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisine Dair Bulgular	27
<b>5. TARTIŞMA</b>	41
5.1. Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocuk ve Ebeveyninin Tanıtıcı Özellikleri	41
5.2. Travma Sonrası Büyüme ile Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi	43
5.3. Tanımlayıcı Özellikler ile Travma Sonrası Büyüme, Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi	45
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	50
<b>7. KAYNAKLAR</b>	51
<b>8. EKLER</b>	
EK 1. Etik Kurul İzin Yazısı	
EK 2. Hastane İzin Yazısı	
EK 3. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 4. Sosyo-Demografik Bilgi Formu-Ebeveyn	

EK 5. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

EK 6. Olayların Etkisi Ölçeği

EK 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK 8. Orjinallik Ekran Çıktısı

EK 9. Dijital Makbuz

## **9. ÖZGEÇMİŞ**

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ASD</b>	Atriyal Septal Defekt
<b>BT</b>	Bilgisayarlı Tomografi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	Elektrokardiyografi
<b>EKO</b>	Ekokardiyografidir
<b>KKH</b>	Konjenital Kalp Hastalığı
<b>KVC</b>	Kardiovasküler Cerrahi
<b>MR</b>	Manyetik Rezonans
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TELE</b>	Telekardiyografi
<b>TGA</b>	Büyük Arterlerin Transpozisyonu (Transposition of the Great Arteries)
<b>TOF</b>	Fallot Tetralojisi (Tetralogy of Fallot)
<b>VSD</b>	Ventriküler Septal Defekt

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>4.1.</b> Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri	24
<b>4.2.</b> Çocukların tanıtıcı özellikleri	25
<b>4.3.</b> Travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının ilişkisi	26
<b>4.4.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	27
<b>4.5.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının yaşa göre karşılaştırılması	28
<b>4.6.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	29
<b>4.7.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının aktif çalışma durumuna göre karşılaştırılması	30
<b>4.8.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının evlilik süresine göre karşılaştırılması	31
<b>4.9.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin yaşına göre karşılaştırılması	32
<b>4.10.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin eğitim durumuna göre karşılaştırılması	33
<b>4.11.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin aktif çalışma durumuna göre karşılaştırılması	34
<b>4.12.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılması	35
<b>4.13.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılması	36
<b>4.14.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocukla başka ilgilenen bulunma durumuna göre karşılaştırılması	37
<b>4.15.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun yaşına göre karşılaştırılması	38
<b>4.16.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun cinsiyetine göre karşılaştırılması	39
<b>4.17.</b> Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun tanısına göre karşılaştırılması	40

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Yapısal ve fonksiyonel kalp anomalilerini içeren konjenital kalp hastalığı (KKH), çocuklarda, yaşamın ilk yılındaki en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir ve bu hastalıkla doğan her üç çocuktan biri yaşamını yitirmektedir (1-3). Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan KKH, bebek ölüm nedenlerinin %10'unu, malformasyona bağlı ölüm nedenlerinin ise yaklaşık yarısını oluşturmaktadır ve insidansı %0,8-1,2 arasındadır (2-4).

KKH'nın tedavisinde cerrahi çok önemli bir yer tutmaktadır ve son yıllardaki düzeltici palyatif cerrahideki gelişmelerle, çocukların hayatta kalma ve yetişkinliğe erişme şansı artmıştır (5). Kronik bir hastalık olan KKH, çocuğun yaşamını olduğu kadar, ailesinin yaşamını da ciddi oranda etkilemektedir (6,7). Aileler, çocuk sahibi olmaya karar verdiklerinde, sağlıklı bir çocuk dünyaya getirmenin ve ebeveynlik işlevlerini tam anlamıyla yerine getirebilmenin umudunu taşırlar. Ancak, KKH tanılı çocuk sahibi olan ebeveynleri, anne-baba rollerinde, özel yaşamlarında, sosyal çevrelerinde, gelecek beklentileri ve planlarında, iş yaşamlarında değişiklikler ve çeşitli sorunlarla baş etme becerisi gerektiren uzun ve zorlu bir yolculuk beklemektedir (6-8). Ebeveynler, çocuğun tanı ve tedavi sürecinde psikolojik açıdan güç ve travmatik deneyimler yaşayabilmektedir. Bunlar arasında yeni ve değişik bir ortam olan hastanede uzun süre ve tekrarlı kalmak, çocuklarına yapılan ağırlı invaziv işlemlere tanıklık etmek, tıbbi tedavi ve bakım hakkında güç kararlar vermek zorunda kalmak, özellikle ameliyat dönemi ile erken postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamına şahitlik etmek ve çocuğa yardım edememek sayılabilir. Bu durum ebeveynlerde, stres, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir (8-10).

Literatürde travmatik deneyimlerle karşı karşıya kalmanın, bireyleri travma öncesi durumdan daha güçlü hale getirmesinin mümkün olabileceği belirtilmektedir (11-13). Yüksek dercede zorlayıcı yaşam koşullarıyla mücadelenin sonucunda gerçekleşen olumlu değişiklikler, Tedeschi ve Calhoun tarafından "Travma Sonrası Büyüme" kavramı ile ifade edilmiştir (13,14). Travma sonrası büyüme literatürde yeni bir kavram olarak karşımıza çıksa da, insanın zorluklar yaşayarak bilgeliğe,

olgunluğa ulaştığı düşüncesi eskiye dayanmaktadır ve birçok inanç sisteminde acı çekmenin bireyi olgunlaştırıp, değiştirdiğine dair inanışlar bulunmaktadır (15). Travma sonrası büyüme deneyimleri olarak gerçekleşen değişimler, yaşamdaki beş farklı alanda meydana gelmektedir. Bunlar; hayata verilen değerin artması ve önceliklerin yeniden değerlendirilmesi, insanlarla daha yakın ilişkiler geliştirilmesi, bireyin kendi gücünün ve yaşamındaki yeni olasılıkların farkına varması ve ruhsal olarak gelişim şeklinde ifade edilebilir (14). Hayata verilen değerin artması ve önceliklerin değiştirilmesi ile birey önceden fark etmediği ve günlük hayatın parçası olarak gördüğü şeylerden daha fazla keyif almaya başlayabilir ve böylece günlük hayat rutinlerinin dışına çıkabilir, önceliklerini değerlendirerek yaşamını kendisi için daha anlamlı ve doyumlu hale getirebilir. Travmatik deneyimden sonra, yakın ilişkilerine daha çok değer vermeye başlayabilir (16). Ayrıca travmatik yaşantı ile birlikte bireyin kendine olan güveni artarak, başka olumsuzluklarla daha güçlü mücadele edebileceği düşüncesi gelişebilir (14,17).

Travmatik olayla baş etmede alternatif çözüm yollarının bulunabilmesi, mevcut destek kaynaklarının farkına varılabilmesi, etkili baş etme biçimlerinin geliştirilebilmesi önemlidir. Çocuğunun ameliyat olmasıyla birlikte birçok travmatik deneyim yaşayan ebeveynlerin, travma sonrası büyümesini etkileyecek özellikleri belirlemek, baş etme mekanizmalarını güçlendirmek ve sosyal destek kaynaklarını fark etmelerini sağlamak faydalı olabilir. Sağlık bakımında kilit role sahip olan hemşirelerin, hastaları ve ailelerini yakından izleyebilme, anlayabilme ve travmatik deneyim yaşayan hasta çocuklara ve ailelerine bu süreçte gereksinim duydukları desteği sunabilme olasılıkları yüksektir (24-26). Ayrıca hemşireler, KKH'ya sahip çocukların ebeveynlerine, travmatik deneyimin olumsuz etkisini en aza indirecek müdahaleler yaparak, olumsuz deneyimin, gelişim için olumlu bir fırsata dönüştürülmesine katkı sağlayabilirler (25,26). Böylece hemşireler bütüncül bakımın gerektirdiği gibi hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik tüm gereksinimlerini değerlendirmiş, hasta birey ve ailesinin ihtiyaç duyduğu nitelikli bakımı sağlamış olurlar (24-26). Etkin bir sağlık bakım sistemi ve hemşirelerin desteği sayesinde, ailelerin güçlenmesi ve ebeveynlerin mevcut kaynaklarının farkına varması aile dinamiklerini sağlamlaştırabilir. Çocuğa etkili bir bakım sunmak ve yaşam kalitesini artırmak da ancak ailelerin güçlenmesiyle mümkün olabilecektir. Literatürde travma



sonrası büyüme konusunu alan araştırmaların çoğunlukla yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve onların aileleri üzerinde yapıldığı bildirilmektedir. Bunlardan bazılarının örneğini yoğun bakımda tedavi gören çocukların (18,20) ve ileri evre osteosarkomlu çocuk ve gençlerin aileleri (19), ilerlemiş kanser hastaları (21) ve meme kanseri olan hastalar (22,23) oluşturmaktadır. Ancak, KKH tanılı çocuklar ve onların ebeveynleriyle yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada; KKH nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin travma sonrası büyüme tanısının tanımlanması ve çalışma sonuçlarının sağlık bakım sistemine ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, KKH nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin travma sonrası büyüme tanısının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Ebeveynlerin travma sonrası büyüme ile yaşanan olayın etkisi ve sosyal destek algısı arasında ilişki var mı?
2. Ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile travma sonrası büyüme, yaşanan olayın etkisi ve sosyal destek algısı arasında ilişkisi var mı?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Konjenital Kalp Hastalığı

#### 2.1.1. Tanımı ve İnsidansı

Konjenital kalp hastalığı (KKH), fetal gelişim sırasında meydana gelen, doğumda veya doğum sonrasında tanılabilen kalbin yapısal ve fonksiyonel anomalilerini içerir. KKH, çocuklarda, yaşamın ilk yılındaki en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir ve bu hastalıkla doğan her üç çocuktan biri yaşamını yitirmektedir (1,27-29). Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan KKH, bebek ölüm nedenlerinin %10'unu, malformasyona bağlı ölüm nedenlerinin ise yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (2-4). Tüm sistemler içinde en sık görülen konjenital anomali türü olan KKH, tüm dünyada her 1000 canlı doğumdan 8-12'sinde görülmektedir (27-29). Ülkemizde doğum hızına göre, her yıl 13.000-15.000 bebeğin KKH ile dünyaya geldiği bildirilmektedir ve hastaların %30'u yenidoğan döneminde tedaviye ihtiyaç duymaktadır (29).

#### 2.1.2. Konjenital Kalp Hastalıklarının Sınıflandırılması, Klinik Bulgular ve Tedavi Yöntemleri

KKH'nın sınıflandırılmasında, fiziksel özelliklerden siyanoz ayırt edici olarak kullanılmıştır. KKH asiyanotik ve siyanotik olmak üzere iki ana grupta incelenmiştir (27-29). En sık karşılaşılan asiyanotik ve siyanotik kalp hastalıkları aşağıda yer almaktadır;

##### Asiyanotik Kalp Hastalıkları;

- Atriyal Septal Defekt (ASD)
- Ventriküler Septal Defekt (VSD)
- Patent Duktus Arteriyozus (PDA)
- Aort Koarktasyonu

##### Siyanotik Kalp Hastalıkları;

- Pulmoner Stenoz
- Fallot Tetralojisi (TOF)
- Triküspit Atrezisi

- Büyük Arterlerin Transpozisyonu (TGA)

### **Asiyantik Kalp Hastalıkları**

#### **Atriyal Septal Defekt (ASD)**

ASD, tüm KKH'nın %10-15 'ini oluşturur ve çocukluk çağında en sık ortaya çıkan KKH içinde ikinci, yetişkin yaşta ortaya çıkan KKH içinde birinci sıradadır (29). ASD, kalbin sağ ve sol atriumu arasındaki açıklığın (septumun) tam kapanmamasına bağlı olarak oluşur ve basıncı yüksek oksijenize kan kalbin sol tarafından sağ tarafına geçer. Oksijenden zengin olan kanın tekrar akciğerlere gitmesiyle birlikte, akciğere olan kan akımı ve damar basıncı artar (27,28). Tedavi edilmediği takdirde ileriki dönemlerde kalp yetmezliği ve kalp ritim bozukluklarına sebep olabilir. Çocukluk döneminde asemptomatik olmakla birlikte, yetersiz kilo alımı ve akciğer enfeksiyonlarına sık yakalanma belirtiler arasında sayılabilir. ASD cerrahi ile tedavi edilir ve tedavi sonunda dolaşım normale döner (29).

#### **Ventriküler Septal Defekt (VSD)**

VSD %20 oranla en sık görülen KKH türüdür ve kalbin iki ventrikülü arasındaki interventriküler septum üzerinde, bir açıklık bulunması durumudur (1,2,29). VSD'de kalbin basıncı yüksek olan sol tarafından, basıncı daha düşük olan sağ tarafına fazla miktarda oksijenden zengin kan geçer. Bu durumda daha önce akciğerler tarafından oksijenlenen kan akciğerlere tekrar gider. Bunun sonucunda akciğerlere giden kan akımı ile akciğer atardamar kan basıncı ve kalbin yükü artar. Belirtiler VSD'nin büyüklüğüyle ilişkili olarak değişir, akciğer sorunları sık görülür ve genellikle çocuğun büyüme ve gelişmesi yaşlarına göre daha geride kalır. VSD'nin standart tedavisi, VSD'nin cerrahi yöntemle kapatılmasıdır (27-29).

#### **Patent Duktus Arteriyozus (PDA)**

PDA, KKH içinde %5-10'luk kısmı oluşturur ve prematüre bebeklerde görülme olasılığı daha fazladır (29). Duktus arteriyozus, fetal yaşamda sol pulmoner arter ve desenden aorta arasındaki bağlantıyı sağlar. Normalde bebeğin doğumundan sonra kendiliğinden kapanması gerekir ancak, bu bağlantının açık kaldığı durumlar

PDA olarak adlandırılır. PDA'da, oksijenden zengin kanın bir kısmı tekrar akciğerlere döner ve bu durum akciğer arterinde basınç yükselmesine, sol kalp yükünün artmasına neden olur (27,28). PDA'lar bazen kendiliğinden kapanabilir. Tedavide prostoglandin inhibitörü olan indometazin kullanılır veya girişimsel kardiyolojik yöntemlerden kalp kateterizasyonu yapılabilir. Bu yöntemle kapatılmayan PDA'lara cerrahi tedavi uygulanır. Duktus kapatılınca dolaşım normal olarak devam eder (27-29).

### **Aort Koarktasyonu**

Aort koarktasyonu tüm KKH'larının %5-8'lik kısmını oluşturur (29). Aort koarktasyonunda torasik aortanın lümeninin herhangi bir seviyesinde konjenital darlık mevcuttur ve darlığın bulunduğu bölgeden kalbe kadar olan kısımdaki kan basıncı yüksektir. Bulgular, darlığın derecesine ve yaşa göre değişir. Takipne, taşikardi, beslenme zorluğu, terleme gibi ciddi klinik tablolar ortaya çıkabilir. Tedavide cerrahi uygulanır veya hastanın yaşına göre cerrahi tedavi dışında balon anjioplasti, stent yerleştirilmesi gibi girişimsel yöntemler de kullanılabilir (1,27-29).

### **Siyanotik Kalp Hastalıkları**

#### **Pulmoner Stenoz**

Pulmoner stenoz, tüm KKH'larının %10'luk kısmını oluşturur ve pulmoner kapağın üzerinde, altında, akciğer arterinde veya her üçünde birden darlık bulunmasıyla meydana gelir (27,29). Kanın dar bölgeden geçişini sağlamak için sağ ventrikül zorlanır ve basıncı yükselir. Belirti ve bulgular, darlığın derecesi ile atriyum ve ventriküller arasında açıklık bulunup bulunmamasına bağlı olarak ortaya çıkar. Darlık ileri düzeyde ise, bazen yaşamın ilk günlerinde müdahale gerekebilir. Tedavisinde cerrahi uygulanır (27-29).

#### **Fallot Tetralojisi (TOF)**

Fallot tetralojisi, dört kalp anomalisinin birlikte bulunduğu, %10 oranla en sık görülen siyanotik kalp hastalığı türüdür (29). Bu anomaliler; VSD, pulmoner stenoz, sağ ventrikül hipertrofisi ve aortanın sağa pozisyonudur. Fallot tetralojisi bebeklik döneminde veya daha sonra çocukluk döneminde ciddi siyanoz tablosuyla kendini

gösterir. Bazen ajitasyonun eşlik ettiği “hipoksik spell” olarak adlandırılan asidoz ve derin hipoksi ile karakterize nöbetler görülebilir. Daha büyük çocuklarda, egzersiz intoleransı, efor kısıtlılığı, siyanoz kaynaklı polisitemi, çomak parmak bulunabilir (27-29). Fallot tetralojisinin tedavisinde farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Hastanın yaşına ve anomalinin durumuna göre tam düzeltme veya şant ameliyatı ile çocuğun bu dönemdeki normal büyüme ve gelişmesi mümkün olabilir (28,29).

### **Triküspit Atrezisi**

Triküspit atrezisinde, sağ atriyum ile sağ ventrikülü birbirinden ayıran triküspit kapak gelişmemiştir. Bebeğin hayatta kalabilmesi ASD ve VSD bulunmasına bağlıdır. Siyanoz ve kalp yetmezliği gibi bulgular ortaya çıkabilir ve erken dönemde tedavi edilmesi gerekir. Tedavisinde genellikle akciğerlere giden kan akımını artırmak için şant ameliyatının yapılır (27,28).

### **Büyük Arterlerin Transpozisyonu (TGA)**

Bütün KKH'nın yaklaşık %8-10'unu oluşturan TGA, sağ ventrikülden aortanın, sol ventrikülden ise pulmoner arterin çıkmasıyla karakterizedir (28,29). Aortanın sağ ventriküle bağlı olması nedeniyle oksijenize olmayan kan sistemik dolaşımına vücuda pompalanır; pulmoner arterin sol ventriküle bağlı olması nedeniyle oksijenize kan tekrar akciğerlere pompalanır. Bu anomaliyle doğan bebeklerde, ağır hipoksi ve siyanoz tablosu ortaya çıkar ve bebeğin hayatta kalması PDA ve ASD gibi ilave başka anomalilerin varlığına bağlıdır (27-29). Tedavi edilmediği takdirde, doğumdan bir ay sonra bebeklerin %50'si; bir yaşını doldurmadan %90'ı yaşamını yitirir. Tedavi şekli çocuğun klinik durumu, yaşı, başka anomalilerin varlığına bağlı olarak değişikli göstermekle birlikte, palyatif ve düzeltici cerrahi yöntemler uygulanabilir (29).

#### **2.1.3. Konjenital Kalp Hastalığında Tanı Yöntemleri**

KKH tanılanmasında anamnez ve fizik muayeneye eşlik eden en yardımcı yöntem ekokardiyografidir (EKO) ve hemen her türlü kalp anomalisinde detaylı değerlendirme sağlar. Fetal ekokardiyografi ile 16-20. gebelik haftasından sonra prenatal tanı konulabilir (29). Bunların yanı sıra Bilgisayarlı Tomografi (BT),

Manyetik Rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemleri de hem kardiyak anatomi, büyük damarların ve pulmoner venlerin anatomisi hem de kalp fonksiyonlarının değerlendirilmesi için sıklıkla başvuru yapılan yöntemlerdir. Elektrokardiyografi (EKG), Telekardiyografi (TELE) de tanı koymada kullanılan tekniklerdendir. Kardiyak kateterizasyon ve anjiyografi yöntemleri tanılamanın yanı sıra günümüzde daha çok tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (29,30).

#### **2.1.4. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Olmanın Aile Üzerine Etkisi**

Aileler, çocuk sahibi olmaya karar verdiklerinde, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmenin ve ebeveynlik işlevlerini tam anlamıyla yerine getirebilmenin umudunu taşırlar (6,31). Kronik hastalıkla doğan bir bebek dünyaya geldiğinde, onları kendilerinin bir uzantısı olarak gören ebeveynler büyük ölçüde kayıp ve yas duyguları yaşayabilirler. Çünkü, sağlıklı bir çocuğa sahip olmak onların benlik saygısını olumsuz yönde etkiler (6). KKH, çocuğun yaşamını olduğu kadar, ailesinin yaşamını da ciddi oranda etkilemektedir (6-7). Ebeveynler, çocuklarına KKH tanısı konduğunda, hastalığın ailesel geçiş veya gebelikte yaşanan birtakım olumsuzluklara bağlı olduğunu düşünerek suçluluk duyguları yaşayabilirler ve ebeveynlerin bu tepkisi, çocuğun hastalık süreci boyunca devam edebilir, her durum değişikliğinde yeniden aktive olabilir (6,31).

KKH, çoğunlukla doğumda tanılanır ve bebeğin uzun süre hastanede yatmasını gerektirebilir. Bu süreçte bebeğini göremeyen, kucağına alamayan ve bakım veremeyen ebeveynler kendilerini engellenmiş hissedebilirler ve normal ebeveyn bebek ilişkisi kuramadıkları için suçlu ve yetersiz hissedebilirler (6,7). Ayrıca bu süreçte ebeveynleri, anne-baba rollerinde, özel yaşamlarında, sosyal çevrelerinde, gelecek beklentileri ve planlarında, iş yaşamlarında değişiklikler ve çeşitli sorunlarla baş etme becerisi gerektiren uzun ve zorlu bir yolculuk beklemektedir (6-8). Ebeveynler, çocuğun tanı ve tedavi sürecinde de psikolojik açıdan güç ve travmatik deneyimler yaşayabilmektedir. Bunlar arasında yeni ve değişik bir ortam olan hastanede uzun süre ve tekrarlı kalmak, çocuklarına yapılan ağırlı invaziv işlemlere tanıklık etmek, tıbbi tedavi ve bakım hakkında güç kararlar vermek zorunda kalmak, özellikle ameliyat dönemi ile erken postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinin

fiziksel ortamına şahitlik etmek ve çocuğa yardım edememek sayılabilir (6-8). Perioperatif süreçte, ebeveynlerin, çocuklarını hastaneye getirmeden günler önce fiziksel ve psikolojik açıdan ameliyata hazırlamaları gerekmektedir. Ameliyat öncesi dönem, çocuğun 1-2 gün önceden hastaneye yatması, fiziksel hazırlığının yapılması, muayene edilmesi, laboratuvar testlerinin uygulanması, EKG, EKO, akciğer grafisi çekilmesi ve kalp kateterizasyonu yapılması gibi işlemleri içerir. Bu süreçte çocuk ve ebeveynin psikolojik açıdan da ameliyata hazır olması önem taşımaktadır (6). Ameliyat öncesi, çocuğun ebeveynleri ile birlikte hastaneyi ve yoğun bakım ünitesini ziyaret etmesi, hastane çevresini tanınması, sağlık çalışanlarıyla iletişim kurması yararlı olabilir. Çocuğu ameliyata hazırlarken ebeveynlerin de orada bulunması ve çocuğun ameliyat sonrası görüntüsüne hazırlanması gerekir. Çünkü ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde çocuğa bağlanan destek cihazları ve tüpler ebeveynleri korkutabilir. Bu cihazların ve tüplerin ne amaçla kullanıldığı, çocuğun yakından izlendiği, ağrısının ilaçlarla giderildiği ve anestezi nedeniyle bilincinin kapalı olduğu ebeveynlere açıklanmalıdır (6-8). Ebeveynler için özellikle postoperatif dönemin ilk günleri oldukça zorlu bir süreçtir. Çocuğun mortalite ve morbidite riski oldukça yüksek olan açık kalp cerrahisi geçirmesi, komplikasyon riskinin yüksek olması, cerrahi sonrası bir süre yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi, çeşitli destek cihazlarına ve tüplere bağlı olması, ağırlı işlemlere maruz kalması ebeveynler için güç durumlardır (6). Bu nedenle, çocuk yoğun bakım ünitesindeyken ebeveynlerin ziyaretine izin verilmesi ve kendi duygularını ifade etmelerine olanak sunulması son derece değerlidir. Ebeveynlerin, kaygı ve korkuları ile baş etmeleri ve çocuklarının bakımına katılabilecek gücü bulabilmeleri için duygusal yönden desteğe ihtiyaç duyarlar. Ebeveynler yoğun bakımın fiziksel ortamından rahatsızlık duyarlar ve çocuğa yapılan ağırlı invaziv işlemler nedeniyle çocuğa yardım edemediklerini düşündükleri için çaresiz hissederler (6,7). Bu durum ebeveynlerde, stres, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir (8-9).

KKH olan bir çocuğa sahip olmak ebeveynlerin yaşamını duygusal ve bilişsel yönden etkilediği gibi maddi yönden de etkilemektedir. McClungve arkadaşları (2018) kronik hastalıkların, uzun bir tedavi süreci, çoklu ameliyatlar ile tekrarlı hastanede kalış gerektirebildiğini ve bu durumun aileler için maddi açıdan masraflı olması nedeniyle ailenin ekonomik kaynaklarını zayıflattığını bildirmişlerdir (32). ABD'de

(Amerika Birleşik Devletleri) yapılan iki araştırmada, diğer çocuklarla karşılaştırıldığında, KKH olan çocukların tedavi ve bakım sürecinin çok daha yüksek bir maliyet gerektirdiği bildirilmiştir (33,34). Ailede sürekli bakım gerektiren bir çocuğun bulunması, bazen annelerin iş yaşamından çekilerek sadece çocuğun bakımına odaklanmasına ve bu durumla birlikte aylık toplam gelirin azalarak babanın finansal sorumluluk yükünü artırabildiği belirtilmiştir (6,32). Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada (2016), KKH tanılı çocuğu olan ebeveynlerin gelir düzeylerinin yüksek olmasının, çocuğun daha iyi sağlık bakımı alabilmesinde önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (35).

KKH olan çocuk ve ailesi genellikle çevrelerinde korku, acıma ve ön yargıyla karşı karşıya gelebilmektedir ve bu durum ailenin sağlıklı şekilde sosyalleşme olasılığını azaltabilir. Toplumdaki diğer bireyler sıklıkla, KKH olan çocuk ve ailesiyle nasıl iletişim ve ilişki kuracaklarını bilemezler. Bu olumsuz tepkiler, çocuk ve ailesinin kendilerini reddedilmiş hissetmelerine sebep olabilmektedir (6). Ailede oluşan sosyal izolasyon duygusunu azaltmada yakın akraba, arkadaş, komşu ve sağlık profesyonelleri gibi sosyal destek kaynaklarının varlığı son derece önem taşımaktadır. Sosyal destek ağları, yaşanan olaya uyumu kolaylaştırmakta, sağlığı geliştirici etkinlikleri ve sağlıklı yaşam şeklini teşvik etmekte, moral ve başa çıkma üzerinde olumlu etki yaratmaktadır (6,36).

KKH tanısı alan çocuğun ebeveynleri, çocuğun tedavi sürecinde psikolojik açıdan zorlu ve travmatik birçok deneyim yaşayabilmektedirler. Literatürde travmatik deneyimlerle karşı karşıya kalmanın, bireyleri travma öncesi durumdan daha güçlü hale getirmesinin mümkün olabileceği belirtilmektedir (11-13). Zorlayıcı yaşam koşullarıyla mücadelenin sonucunda gerçekleşen olumlu değişiklikler, Tedeschi ve Calhoun tarafından “Travma Sonrası Büyüme” kavramı ile ifade edilmiştir (13,14).

## **2.2. Travma Sonrası Büyüme**

### **2.2.1. Travma Sonrası Büyüme Tanımı**

Travma, bireyin yaşamına karşı gerçek bir tehditle karşılaşması, fiziksel bir zarara maruz kalması ya da bu duruma tanık olması ve buna karşın yoğun çaresizlik, korku hissetmesi şeklinde tanımlanabilir. Travmatik olay beklenmedik bir biçimde kişinin yaşamını, vücut bütünlüğünü, sevdiklerinin yaşamını tehdit altında



algılamasına neden olurken baş etme mekanizmalarının da olumsuz etkilenmesiyle ilişkilidir (12). Travmaların bireyler üzerinde fiziksel sonuçları olabildiği gibi travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete gibi ruhsal durumu etkileyen sonuçları da olabilir (8,15,37).

Travmatik olay karşısında bireylerin tepkileri farklılık gösterebilmektedir. Bazı bireyler travmatik bir deneyimden, travma öncesi durumuna göre daha güçlü çıkabilir ve bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutta olumlu değişimler yaşayabilir (12). Travmatik durum sonrasında bireyde meydana gelen olumlu değişimler ‘‘travma sonrası büyüme’’, ‘‘stresle ilişkili büyüme’’ ve ‘‘olumlu psikolojik değişim’’ gibi ifadelerle tanımlanmıştır (12,13). Travma sonrası büyüme, literatürde son yıllarda karşımıza çıkan bir kavram olarak görünse de zorlu yaşam deneyimleri sonucu oluşan olumlu değişimler uzun yıllardır din, felsefe gibi alanlarda sıkça ele alınmıştır (15,38). Nietzsche acı çekmenin bireyi olgunlaştırdığını ve gelişimine katkı sağladığını ifade etmiştir (13). Mortalite oranları yüksek hastalığa sahip bireylerle yapılan bir çalışmada (2018), bu bireylerin yaşadıkları zorlu deneyim sonucu hayata yükledikleri anlamın ve değerini değiştirdiğini, hayattan daha fazla zevk aldıklarını, başkalarıyla ilişkide olumlu değişim yaşadıklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (39).

Tedeschi ve Calhoun (1996) travma sonrası büyümenin yaşamın beş alanında ortaya çıkan değişimlerle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu değişim alanları; hayata değer vermede olumlu değişim, başkalarıyla ilişkide olumlu değişim, kendilik algısında olumlu değişim, başkalarıyla ilişkide olumlu değişim, inanç sisteminde olumlu değişim ve yeni olanakların fark edilmesi şeklinde sıralanmaktadır (12-15).

***Hayata değer vermede olumlu değişim:*** Bireyler travmatik olaylar karşısında, savunmasızlık, çaresizlik duyguları yaşayabilirler ve bunun neticesinde hayatın geçici olduğunu, belirli olayları tahmin ve kontrol edilemeyeceğini anlarlar (37). Birey hayatın değerini anlama boyutunda, yaşamın ona bağışlanan ikinci bir şans olduğu düşünerek; belirli olaylara yüklediği önem ve anlam derecesini değiştirmeye, ufak şeylerle mutlu olmaya, gündelik rutin işlerden daha fazla keyif almaya ve her anı daha kaliteli yaşamının gerektiğine dair bir bakış açısı kazanırlar (15). Bu durum bireylerin yaşam önceliklerinde ve hayata değer vermede olumlu değişimi ile sonuçlanır (37).

***Başkalarıyla ilişkide olumlu değişim:*** Travmatik olayla karşılaşan birey, bu zorlu süreçle baş etmek durumunda kalmaktadır ve bu süreçte destek alma arayışına

girebilir. Yakın ilişkilerin ve sevdiklerinin hayatında sahip olduğu önemi ve onları kolaylıkla kaybedebileceğine dair farkındalık kazanabilir. Diğer insanlara karşı empati, şefkat ve merhamet duygusu artar ve zorluk yaşayan diğer insanlara yardım etme düşüncesi gelişir. Birey kendi deneyimlerini paylaşır, yakınlarına kendini açar ve bu sayede kişilerarası ilişkilerini daha derin duygusal bağlarla sağlamlaştırır. Böylece, başkalarıyla olan ilişkileri daha çok anlam kazanır (15,37).

***Kendilik algısında olumlu değişim:*** Birey yaşadığı travma deneyimi sonrasında, bu acı ve zorlu sürecin kendini daha iyi ve güçlü bir insana dönüştürdüğünü, hayata karşı daha tecrübeli ve zorlukların üstesinden kolaylıkla gelebilecek donanımda ve kendine güveni artmış hisseder (15). Birey yaşadığı deneyimle birlikte hayatın tahmin edilemez ve her an değişen koşullara sahip tehlikeli bir yer olduğunu anlar ve gelecek zorluklara karşı hazırlıklı olarak daha kolay üstesinden gelebilir. Travmatik deneyimden önceki haliyle travma sonraki halini kıyasladığında, daha güçlü ve beceri kazanmış duruma gelir (15, 37).

***İnanç sisteminde değişim:*** Travmatik olay yaşayan bireyler, yaşadıkları olumsuz olayda bir anlam arama çabasına girebilir ve yaşam felsefesindeki değişikliklerle birlikte maneviyata yönelebilirler. Dini inanışlar kişide anlam bulma ve daha yüksek ruhani bir varlığın olduğu inancını artırabilir. Ayrıca yaşanan olumsuz olayda bir anlam bulma, bilişsel anlamda bireyin baş etme mekanizmalarını olumlu yönde destekleyebilir (12-15,37). Tedeschi ve Calhoun (2004) travma sonrası büyüme ile kişinin iyimserlik, psikolojik sağlık ve dayanıklılık özelliklerinin ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (14). Bireyin travma öncesindeki spiritüel durumu da travma sonrasındaki büyümesinde önemli bir etken olabilmektedir (37).

***Yeni olanakların fark edilmesi:*** Travmatik olayla mücadelenin sonunda birey, hayatının birçok alanında yeni olanaklar ve seçeneklerin olduğunu farkına varabilir. Travma öncesi durumda var olmayan veya farkında olmadığı yollar ve fırsatların bulunduğunu keşfedebilir (15). Bu durum travma sonrasında temel inanç ve yaşam felsefesini değiştirmesi ve olaylara bakış açısının farklı olmasıyla ilişkili olabilir. Değişim için daha çok çaba sarf etmeye, alternatif çözüm yolları arayıp bulmaya ve yeni olanaklar, fırsatlar fark etmeye başlayabilir (37,40).

### 2.2.2. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Unsurlar

Travma sonrası büyüme, çeşitli bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar arasında bireyin sosyodemografik özellikleri, baş etme becerileri, duygularını paylaşabilmesi, travmatik olayın şiddeti, sosyal destek kaynaklarının varlığı sayılabilir (38,41,42).

Travma sonrası büyüme ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisinin incelendiği çalışmalarda, cinsiyetin travma sonrası büyümede etkili bir değişken olduğu, kadınların travma sonrası büyümeye erkeklerden daha yatkın olduğu bildirilmiştir (12,43,44). Gökahmetoğlu (2021) yaptığı çalışmada kadın katılımcılarda travma sonrası büyümenin erkeklerden daha fazla olduğu sonucunu elde etmiştir (43). Marmara depremini yaşayan bireylerle yapılan bir çalışmada travma sonrası büyümenin kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (44). Literatürde cinsiyet ile travma sonrası büyüme arasında ilişki olmayan çalışmalar da bulunmaktadır; kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada (2011) travma sonrası büyüme puanlarında cinsiyet değişkenine göre farklılık bulunmadığı görülmüştür (45). Çimen (2020) tarafından yapılan bir çalışmada da benzer şekilde cinsiyet ve travma sonra büyüme arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (46). Belizzi ve Blank (2006) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışma sonucunda, genç kadınların, yaşlı kadınlardan daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğini, evli veya partneri olan ve eğitim düzeyi düşük kadınların travma sonrası büyüme algısının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (47). Cordova ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada yaş ile travma sonrası büyümenin ilişkili olduğu, genç bireylerde daha fazla travma sonrası büyümenin görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (48). Travma sonrası büyümenin ve yaş ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar yaşlı insanlarda daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (49,50).

Travma sonrası büyümede bireylerin kişilik özellikleri önem taşımaktadır. Tedeschi ve Calhoun, bireyin travmatik olayla karşılaştığında durumu nasıl yönettiği ile kullandığı baş etme mekanizmalarının travma sonrası büyümede önemli bir etken olduğunu bildirmektedir (12-14). Linley ve Joseph (2004) tarafından 39 araştırma makalesinin incelendiği bir derleme çalışması sonucunda; psikolojik sağlamlık, deneyime açık olma, dürüstlük, dışa dönüklük ve uyumluluk gibi kişisel özelliklerin travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (38). Tedeschi ve

Calhoun (2004) deneyimlere açıklık, dışa dönük, uyumlu, dürüst ve uzlaşıcı kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümede olumlu etkisi bulunduğunu; kaçınmacı kişilik özelliklerinin ise olumsuz etkili olduğunu bildirmişlerdir (14). Özçetin ve Hiçdurmaz (2017) travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık kavramlarının birbirleriyle ilişkili olduğunu ve psikolojik sağlamlığın bireylerin iyi oluş düzeylerini artırarak, travmatik süreçten en az hasarla çıkmalarına katkı sağladığını bildirmişlerdir (51). Kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada baş etme mekanizmalarını aktif şekilde kullanabilen bireylerin travma sonrası büyüme düzeyi, baş etme mekanizmalarını aktif kullanamayan, kaçınmacı kişilik özelliğine sahip bireylerden daha yüksek bulunmuştur (52). Göğüs kanseri hastalarla yapılan bir çalışma sonucunda, baş etme mekanizması olarak problem çözmeyi kullanmanın ve yüksek sosyal destek algısının travma sonrası büyüme ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (53).

Tedeschi ve Calhoun (1998), sosyal desteğin travma sonrası büyümede önemli bir unsur olduğunu, travmatik deneyim sonrasında ortaya çıkan değişimlerin, destekleyici kişilerin ve çevrenin varlığına bağlı olarak mümkün olabileceğini bildirmişlerdir (13).

### **2.2.3. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyal Destek Algısı**

Sosyal destek, Oktan (2005) tarafından bireyin çevresinden gördüğü sevgi, saygı, ilgi, güven duygusu, takdir edilme, sosyal ve maddi yardımlar şeklinde tanımlanmıştır (54). Bir başka deyişle, bireyin sevildiğini, ait olduğunu, önemsendiğini ve değer gördüğünü hissetmesidir (55). Doğan (2008) ise sosyal desteği, bireyin çevresinden yardım talep edebilmesi ve verilen yardımı kabul etmesi şeklinde tanımlamıştır (56). Sosyal destek, bireylerin birbirleriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkan, algıladıkları duygusal ve maddi destekler ile kurulan sosyal bağlardır (57). Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin fiziksel ve bilişsel olumlu etkilerinin yanında, travmatik olayların olumsuz etkilerini azaltarak bireye psikolojik açıdan fayda sağladığını bildirmektedirler (58). Bireyin sosyal destek kaynakları içinde yakın ilişkileri, ailesi, akrabaları, arkadaşları, komşuları, danışmanları, öğretmenleri, din görevlileri ile sağlık profesyonelleri sayılabilir (59).

Literatürde, sosyal destek kavramı alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek şeklinde ikiye ayrılmıştır. Sosyal destek kaynaklarından belirli bir zamanda

alınan destek miktarı ‘‘alınan sosyal destek’’; kişinin ihtiyacı olduğunda destek alabileceği güvenli bağları olduğunu bilmesi ise ‘‘algılanan sosyal destek’’ şeklinde ifade edilmiştir (60). Ayrıca algılanan sosyal desteğin bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde daha belirleyici rol oynadığı, alınan sosyal desteğin niceliksel, algılanan sosyal desteğin ise niteliksel olduğunu ve bireyler için sosyal desteğin niteliğinin, niceliğinden daha önemli olduğu bildirilmiştir (61).

Algılanan sosyal destek, bireyin değerli olduğunu, önemsendiğini hissetmesi ve gereksinim duyduğunda ona yardım edebilecek sosyal destek kaynaklarına ulaşabileceğini bilmesi ile bu durumdan duyduğu memnuniyet şeklinde açıklanabilir (62). Goldsmith (2008) ise algılanan sosyal desteği, bireyin ihtiyaç duyduğunda var olan veya olabilecek desteğe dair algısıdır (63).

Calhoun ve arkadaşları (2010) bireyin çevresinden aldığı sosyal desteğin, travmatik durumla başa çıkmasını olumlu bir şekilde etkilediğini ve travma sonrası büyümesine katkı sağladığını bildirmiştir (42). Ayrıca sosyal destek algısının, bireyin yalnız olma hissinden sıyrılmasını sağlayarak travma sonrası büyümede etkili olduğu belirtilmiştir (14,64). Bunun yanı sıra, bilişsel anlamda sosyal destek hissetmesinin kişide, yaşadığı travmatik deneyimle ilgili olumlu düşüncelere sebep olabileceği fikri de mevcuttur (14). Literatürde travma sonrası büyüme ile algılanan sosyal destek ilişkili bulunduğu birçok çalışma mevcuttur. Örneğin; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalan bebeklerin annelerine yönelik yapılan bir çalışmada (2013) travma sonrası büyüme ile sosyal destek algısı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu ve sosyal desteğin travma sonrası büyümenin yordayıcılarından olduğu bildirilmiştir (65). Leung ve arkadaşları (2010) çalışmalarında sosyal destek algısı ile travma sonrası büyüme arasında önemli bir ilişki saptamıştır (66). Otizm tanılı ve Down sendromlu çocukların anneleriyle yapılan bir araştırmada (2019), annelerin travma sonrası büyümesinde sosyal desteğin yordayıcı olduğu sonucu elde edilmiştir (67). Sosyal desteğin travma sonrası büyümede olumlu etkisi olduğunu gösteren benzer çalışmalar mevcuttur (68-70).

#### **2.2.4. Travma Sonrası Büyüme ve Yaşanan Olayın Etkisi**

Travma sonrası büyümenin gerçekteşebilmesi için bireyin travmatik bir olay yaşaması ve bu olaydan etkilenmesi gerekmektedir (14). Travmatik olayın etkisi ve

büyükliğünün, travma sonrası büyümeyi öngörmeye önemli bir değişken olduğu bildirilmiştir (15). Travmatik olay sonucunda büyümenin meydana gelebilmesi için, travmanın bireyin hayatındaki varsayımlarını etkileyecek derecede büyük olması gerektiği bildirilmiştir (71). Başka bir ifadeyle, tehdit algısı ne kadar fazla ise, travma sonrası büyümenin de o derecede yüksek düzeyde olabileceği belirtilmiştir (72). Kanser tanısı alan bireylerle yapılan çalışmalar sonucunda, hastalığın şiddeti ve travma sonrası büyüme arasında anlamlı ilişki olduğunu; metastatik kanseri olan hastaların, sınırlı tutulumlu kanseri olanlardan daha çok büyüme gösterdiği bildirilmiştir (73,74). Boztepe ve İnci (2013) yenidoğan yoğun bakım ünitesi deneyimi olan annelerde olayın etkisinin travma sonrası büyüme ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır ve bunun nedeninin yaşanan travmanın şiddeti ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (65). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada (2011), birinci dereceden yakını kaybeden bireylerde, arkadaşını veya ikinci dereceden yakını kaybeden bireylerden daha fazla büyüme görüldüğü bildirilmiştir (72). Bu bağlamda travmatik olayın şiddeti ve büyüklüğünün, travma sonrası büyümede önemli derecede etkili olduğu belirtilmiştir (15).

### **2.3. Konjenital Kalp Hastalığı, Travma Sonrası Büyüme ve Hemşirelik**

Bireyler hayatlarının her döneminde çeşitli travmatik olaylarla karşı karşıya kalabilirler. Sağlık bakım sistemi içinde kronik hastalık tanısı alma, hastaneye ve yoğun bakıma yatma, ölüm gibi yaşamı ve fiziksel bütünlüğü tehdit eden travmatik deneyimler çok sık yaşanmaktadır (15). KKH tanısı alan çocukların ebeveynleri, çocuklarının tedavi sürecinde, çocuğun ameliyat olması, yoğun bakıma yatması ve kaybı gibi ciddi travmatik deneyimler yaşayabilmektedirler. Bunlar arasında yeni ve değişik bir ortam olan hastanede uzun süre ve tekrarlı kalmak, çocuklarına yapılan ağırlı invaziv işlemlere tanıklık etmek, tıbbi tedavi ve bakım hakkında güç kararlar vermek zorunda kalmak, özellikle ameliyat dönemi ile erken postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamına şahitlik etmek ve çocuğa yardım edememek sayılabilir. Bu durum ebeveynlerde, stres, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir (6,8,9). Travmatik deneyimle mücadeleye eşlik eden olumsuz psikolojik durum ebeveynlerin baş etme mekanizmalarını da olumsuz yönde etkilemektedir (15,31).

Sağlık bakım profesyonelleri içinde hemşireler, hasta ve ailesiyle en yakın temas halinde bulunan ekip üyeleridir ve travmatik deneyimin ebeveynler üzerindeki olumsuz etkilerinin travma sonrası büyüme ve gelişmeye dönüştürülmesine katkı sağlayabilecek konumdadırlar (15). Ebeveynler, KKH olan çocuğun tedavi süreci ve bakımında, sağlık bakım profesyonellerinin desteğine ve yardımına önemli ölçüde ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle hemşirelerin ebeveynleri bu süreçte desteklemesi, onların duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade etmelerine fırsat vermeleri, çocuğun bakımında yaşadıklarının problemlerin çözümüne destek olmaları, tedavi sürecindeki olumlu gelişmelere dikkat çekmeleri son derece değerlidir (6). Ayrıca hemşirelere ebeveynlerin, çocuklarının hastalık sürecinde yaşadıkları olumsuz deneyimlere karşı farklı bakış açıları kazanmasında ve baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli sorumluluklar düşmektedir (15). Hemşireler, hastalık yaşantısının ebeveynler tarafından algılanma biçimini iyi değerlendirmeli ve buna göre alternatif çözüm yolları bulmalarında danışmanlık etmelidirler (25,26). Ayrıca ebeveynlerin bu süreçte gerçekçi düşünce ve beklentiler içinde olmalarını, durumu doğru algılamalarını sağlamada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (75).

KKH tanısı olan çocuğun tedavi ve bakım sürecinde hemşirelere düşen görevlerden bir tanesi de ebeveynlerin travmatik süreçten daha az etkilenmesini sağlayacak ve bu zorlu sürecin yükünü paylaşabileceği destek kaynaklarını fark etmelerini sağlamaktır. Ebeveynlerin yalnızlık, çaresizlik gibi duygularından sıyrılarak, hastalık sürecinin olumsuzluklarıyla etkili baş edebilmesi ve travma sonrası büyümesini destekleyecek sosyal destek kaynaklarının fark edilmesi son derece önem taşımaktadır (15). Ebeveynler için sosyal destek kaynakları içinde aile, sağlık bakım profesyonelleri, yakın akrabalar, arkadaşlar ve komşular sayılabilir (6). Sosyal destek sistemleri, özellikle de ailedeki bağlar, ebeveynlerin zorlu sürece uyumunu kolaylaştırıcı, morali yükseltici ve başa çıkma becerilerini güçlendirici etkiye sahiptir (36). Hemşireler bu bilgiler ışığında yaptıkları girişimlerle ebeveynlerin yaşadığı olumsuz deneyimin, olumlu bir fırsata dönüştürülmesine katkı sağlamalıdırlar. Ancak bu sayede hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan ihtiyaçlarını değerlendirmiş ve bütüncül hemşirelik bakımının gerekliliklerini yerini getirmiş olurlar (15). Yalnızlık ve çaresizlik duyguları yaşayan ebeveynlerin sorunlarla baş etmesini ve travma sonrası büyümesini etkileyecek özellikleri belirlemek, olumlu baş

etmelerini güçlendirmek, sosyal destek kaynaklarını fark etmelerini sağlamak, travmaların büyüme ile sonuçlanabilecek süreçler olmasını sağlayabilir (20-23). Sağlık bakımında kilit role sahip olan hemşirelerin, hastaları ve ailelerini yakından izleyebilme, anlayabilme ve travmatik deneyim yaşayan hasta çocuklara ve ailelerine bu süreçte gereksinim duydukları desteği sunabilme olasılıkları yüksektir (24-26). (25,26). Etkin bir sağlık bakım sistemi ve hemşirelerin desteği sayesinde hastalar ile ailelerinin ihtiyaç duyduğu nitelikli bakımı sağlamış olacaktır.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde travma sonrası büyümenin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, etik kurul izni (EK-1) ile ilgili kurum ve birimlerden gerekli izin belgeleri (EK-2) alındıktan sonra Ankara Şehir Hastanesi'nde KKH nedeniyle ameliyat olan ve ameliyat sonrası Pediatri Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde (Pediatri KVC YBÜ) kalan çocukların ebeveynleri ile yapılmıştır. Pediatri KVC YBÜ, 6 yatak kapasitesine sahiptir ve 3. basamak yoğun bakım düzeyindeki hastaların takibi yapılmaktadır, 12 hemşire görev almaktadır. Vardiya saatleri 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 şeklindedir. KKH tanısı ile hastaneye kabul edilen hastanın ameliyat hazırlığı Çocuk KVC Servisinde yapılır ve hasta ameliyata alınır. Çalışmanın yürütülüşü merkezde, KKH tedavisinde bütün düzeltici ve palyatif cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Ameliyatlarda kalp-akciğer makinesi kullanılır ve açık kalp cerrahisi uygulanır. TOF-tam düzeltme, Komplet Avsd-tam düzeltme, Bt-Shunt, Glenn-Shunt, Pulmoner Banding en sık yapılan ameliyatlardır. Hasta erken postoperatif dönemde Pediatri KVC YBÜ'ne alınır ve durumu stabil hale gelene kadar burada yakından takip edilir. Çocuğun dolaşımı, solunumu, bilinç düzeyi ve sıvı-elektrolit dengesi sürekli olarak değerlendirilir. Ailelere ameliyat sonrası hekimler tarafından bilgi verilir ve aileler genellikle ilk 24 saatten sonra çocuklarını görmek için Pediatri KVC YBÜ'ne alınır. Bilinci açık ve beslenebilen çocukların anneleri talepleri doğrultusunda çocuğun bakımına katılabilir. Hastada komplikasyon gelişmediği takdirde Pediatri KVC YBÜ'deki rutin tedavi ve bakımın ardından hasta Çocuk KVC Servisi'ne transfer edilerek sonraki süreçte taburculuğu planlanır. Ameliyat olan çocuklar, Pediatri KVC hekimleri tarafından, ameliyat sonrası 3. ve 6. ayda rutin muayene/kontrol için Çocuk KVC Polikliniğine çağrılır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Şehir Hastanesi Pediatri KVC Kliniğinde KKH nedeniyle ameliyat olan ve Eylül 2019-Mart 2020 tarihleri arasında hastaneye başvuran çocukların ebeveyni olan 200 birey oluşturmuştur.

Örneklem sayısı, evreni bilinen örneklem hesabı yapılarak evren içinden %95 güven düzeyi ve %20 örneklem hatası ile minimum 22 katılımcı olarak belirlenmiştir. Çalışma 27 çocuğun ebeveyni ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek
- İletişime engel bir durumu olmamak
- Tanılanmış ruhsal problemi olmamak
- KKH nedeniyle ameliyat olan çocuğa sahip olmak
- Çocuğunun ameliyatı tarihi üzerinden en az 6 ay geçmiş olması

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Araştırmanın herhangi bir döneminde ayrılmak istemek
- Araştırma sürecinde ebeveyn veya çocuğun yaşamını yitirmesi

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından katılımcılar ile yüz yüze, hastane ortamında (hasta odası) görüşülerek ve araştırmaya dahil olan tüm katılımcılara yaklaşık 30 dakika sürede ‘‘Sosyodemografik Bilgi Formu’’, ‘‘Travma Sonrası Büyüme Ölçeği’’, ‘‘Olayların Etkisi Ölçeği’’ ve ‘‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’’ kullanılarak toplanmıştır.

#### 3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form, çalışmaya dahil olan ebeveynlerin ve çocuğun travma sonrası büyüme ile ilişkili olabilecek demografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. 22 soru içeren formda iki bölüm yer almaktadır. İlk bölüm ebeveynin,

ikinci bölüm ise çocuğun sosyodemografik bilgilerini içermektedir. Birinci bölümde, ebeveynin yaşı, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, evlilik süresi, ekonomik gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı gibi sorular yer alırken, ikinci bölümde çocuğun cinsiyeti, yaşı, tanısı, hastanede kalış süresi gibi verilere ilişkin sorular bulunmaktadır.

### **3.4.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği**

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir ve orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 bulunmuştur (12). Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kağan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır ve Cronbach alfa değeri 0.83 bulunmuştur (76). 21 maddeden oluşan ölçek, 6'lı likert tipindedir. Ölçek, 0 (bu değişikliği yaşamadım) ve 5 (bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır ve alınan puanın yüksek olması, travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme-gelişme gösterdiğine işaret etmektedir (76). Yapılan faktör analizinde "kendilik algısında olumlu değişim (4, 10, 12, 19. maddeler), başkalarıyla ilişkilerde olumlu değişim (6, 8, 9, 15, 16, 20, 21. maddeler), yeni olanakların fark edilmesi (3, 7, 11, 14, 17. maddeler), inanç sistemindeki değişim (5, 18. maddeler), hayata değer verme (1, 2, 3. maddeler)" şeklinde beş alt boyutun belirlendiği gözlenmektedir. Bu çalışmada Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,86 bulunmuştur.

### **3.4.3. Olayların Etkisi Ölçeği**

Olayların Etkisi Ölçeği, Weiss ve Marmar tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (77). Türkçe geçerliği ve güvenirliği Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan ölçeğin, Cronbach alfa değeri 0.93 bulunmuştur (78). Ölçek, 22 maddeden oluşur ve 5'li likert tipindedir. Ölçeğin puanlaması, "asla, biraz, az-çok, oldukça, aşırı" şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçek, olayların etkisine ilişkin yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma şeklinde 3 alt boyut içermektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-88 arasındadır ve alınan puanın yüksek olması, kişilerin yaşadığı travmatik deneyimden yüksek oranda etkilendiğini göstermektedir. Bu çalışmada Olayların Etkisi Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,74 bulunmuştur.

#### 3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir ve 12 maddeden oluşmaktadır (79,80). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa değeri 0.80-0.95 arasında bulunmuştur (81). Her bir madde 4 alt boyuttan oluşur ve algılanan sosyal desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içermektedir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçek, 7 aralıklı likert kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt boyuttaki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanların toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,79 bulunmuştur.

#### 3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Eylül 2019-Mart 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara Şehir Hastanesi'nde konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan çocuklar, Pediatri KVC hekimleri tarafından, ameliyat sonrası 3. ve 6. ayda rutin muayeneye/kontrole çağrılmaktadır. Bu nedenle, ebeveynler çocuklarını ameliyat sonrası 6.ay rutin kontrolü için hastaneye getirdiklerinde, araştırmacı tarafından ebeveynlere, çalışma konusunda bilgi verilmiş ve ebeveynler çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ebeveynler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcılara, araştırmacı tarafından, hastane ortamında (hasta odası) yaklaşık 30 dakika sürede yapılan görüşme sırasında, "Sosyodemografik Bilgi Formu" (Ek-4), "Travma Sonrası Büyüme Ölçeği"(Ek-5), "Olayların Etkisi Ölçeği" (Ek-6), "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (Ek-7) uygulanmıştır (Şekil 3.1).

### 3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03/09/2019 tarih ve 16969557-1602 sayılı izin ile onaylanmıştır (EK-1). Araştırmanın Ankara Şehir Hastanesi'nde yürütülebilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden 03/10/2019 tarih ve 72300690-799 sayılı izin (EK-2) alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen, KKH olan çocuğa sahip ebeveynlerin, araştırmanın amacı ve uygulamasına yönelik bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-3).

### 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara il sınırları içerisinde bulunan bir şehir hastanesinde KKH nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerini kapsamaktadır. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarını, bütün KKH olan çocukların ebeveynlerine genellemek doğru değildir. Araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması nedeniyle çalışmaya katılan ebeveynlerin sosyoekonomik durumlarının benzer olması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca, çalışmanın veri toplama aşaması, COVID-19 pandemisi nedeniyle olumsuz yönde etkilenmiştir.

### 3.8. Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans ve yüzde (n (%)), sayısal (nicel) değişkenler için ortalama (X), standart sapma (ss), minimum, maksimum, medyan (M) istatistikleri verilmiştir. Çalışmada örneklem sayısı düşük olduğu için (n<30;Merkezi limit teoremi) parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. Çalışmada test tekniklerinden Spearman korelasyon, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerde Spearman Korelasyon, demografik özelliklere göre karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocuk ve Ebeveyninin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri (n=27)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	19	70,4
	Erkek	8	29,6
Yaş	23-34	14	51,9
	35-54	13	48,1
		35,33±8,53	
Eğitim durumu	İlköğretim	13	48,1
	Lise+Üniversite	14	51,9
Aktif çalışma durumu	Evet	13	48,1
	Hayır	14	51,9
Medeni durum	Bekar	0	0
	Evli	27	100
Evlilik süresi	11 yıl ve altı	14	51,9
	11 yıl üstü	13	48,1
		11,8±7,94	
Eşin yaşı	23-34	13	48,1
	35-54	14	51,9
		36,41±7,85	
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	9	33,3
	Lise+Üniversite	18	66,7
Eşin aktif çalışma durumu	Evet	20	74,1
	Hayır	7	25,9
Aylık gelir	Gelir Giderden az	7	25,9
	Gelir gidere eşit	20	74,1
Çocuk sayısı	1-2	15	55,6
	3-4	12	44,4
Çocuk bakımında eş desteği	Evet	26	96,3
	Hayır	1	3,7
Çocuk ile başka ilgilenen	Evet	8	29,6
	Hayır	19	70,4
Çocukla ilgilenen diğer kişi	Büyükanne	5	62,5
	Teyze	1	12,5
	Diğer	2	25

Tablo 4.1.'de KKH nedeniyle ameliyat olan çocuğun ebeveyninin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması  $35,33 \pm 8,53$  yıldır ve %51,9'u (n=14) 23-34 yaş, %48,1'i (n=13) 35-54 yaş aralığındadır. Ebeveynlerin %70'i (n=19) kadındır, katılımcıların tamamı evlidir ve %48'i aktif bir işte çalışmaktadır. Katılımcıların %48'i ilköğretim, %52'si lise ile üniversite mezunudur. Katılımcıların %52 si 11 yıl ve daha az süredir evlidir. Ebeveynlerin %74,1'i (n=20) aylık gelirini gelir gidere eşit şekilde belirtmiştir. Çalışmaya katılanlardan %55,6'sı 1-2 çocuk, %44,4'ü 3-4 çocuk sahibidir ve %96,3'ü çocuğun bakımında eş desteği almaktadır. Katılımcıların %62,5'inin çocuğuyla ilgilenen başka biri vardır.

**Tablo 4.2.** Çocukların tanıtıcı özellikleri (n=27)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Çocuk yaşı	1-4	59,3
	5-17	40,7
	5,69±5,51	
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	63
	Kız	37
Çocuk sırası	1	37
	2	37
	3	25,9
Kardeş durumu	Var	81,5
	Yok	18,5
Kardeş sayısı	0	18,5
	1	29,6
	2	40,7
	3	11,1
Çocuğun tanısı	Siyanotik Kalp Hastalığı	51,9
	Asiyanotik Kalp Hastalığı	48,1
Diğer kardeşlerde kalp hastalığı	Evet	18,5
	Hayır	81,5

Tablo 4.2.'de KKH nedeniyle ameliyat olan çocukların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocukların yaş ortalaması  $5,69 \pm 5,51$  yıldır ve %59,3'ü (n=16) 1-4 yaş aralığında, %40,'si (n=11) 5-17 yaş aralığındadır. Çocukların %63'ü (n=17) erkektir, %81,5'inin kardeşi bulunmaktadır ve %18,5'inin (n=5) kardeşlerinde

KKH vardır. Çocukların %51,9'u siyanotik kalp hastası, %48,1'i asiyanotik kalp hastasıdır.

#### 4.2. Travma Sonrası Büyüme ile Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisine Dair Bulgular

**Tablo 4.3.** Travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının ilişkisi (n=27)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>														
Kendilik Algısında Olumlu Değişim*1	1	0,350	,599**	0,310	,609**	,784**	0,098	0,204	0,201	0,168	0,071	0,045	0,123	0,130
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim*2	1	,410*	0,123	0,207	,712**	0,113	0,181	,539**	0,328	0,007	0,332	,472*	,568**	
Yeni Olanakların Fark Edilmesi*3	1	0,254	,813**	,834**	0,154	0,057	0,204	0,303	0,025	0,240	,450*	,414*		
İnanç Sistemindeki Değişim*4	1	0,273	,391*	,683**	0,113	0,302	,451*	,433*	0,211	0,049	0,124			
Hayata Değer Verme*5	1	,743**	0,096	0,030	0,052	0,137	0,187	0,232	,475*	,480*				
Toplam*6	1	0,050	0,060	0,270	0,238	0,102	0,248	,485*	,536**					
<b>Olayların Etkisi</b>														
Yeniden Yaşama*7	1	0,151	,473*	,857**	0,189	0,132	0,231	0,085						
Kaçınma*8	1	0,087	,459*	0,182	0,275	0,259	0,033							
Aşırı Uyarılma*9	1	,702**	0,280	0,236	0,042	0,097								
Toplam*10	1	0,141	0,038	0,282	0,101									
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>														
Aile Desteği*11	1	0,117	,393*	,430*										
Arkadaş Desteği*12	1	,383*	,681**											
Özel Biri Desteği*13	1	,862**												
Toplam*14	1													

\*\*p<0,01 \*p<0,05 anlamlı ilişki var , p>0,05 anlamlı ilişki yok ,

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; 0<r<0,299 zayıf, 0,300<r<0,599 orta, 0,600<r<0,799 güçlü, 0,800<r<0,999 çok güçlü; Spearman Korelasyon

Tablo 4.3.'te travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının ilişkisine dair bulgular sunulmuştur. "Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim" puanı ile "Aşırı Uyarılma" (r=-0,539) puanı arasında negatif yönlü, "Özel Biri Desteği" (r=0,472), "Algılanan Sosyal Destek" (r=0,568) puanları arasında



pozitif yönlü istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). “Yeni Olanakların Fark Edilmesi” puanı ile “Özel Biri Desteği” ( $r=0,450$ ), “Algılanan Sosyal Destek” ( $r=0,414$ ) puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). “İnanç Sistemindeki Değişim” puanı ile “Olayların Etkisi” ( $r=0,451$ ), “Aile Desteği” ( $r=0,433$ ) puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). “Hayata Değer Verme” puanı ile “Özel Biri Desteği” ( $r=0,475$ ), “Algılanan Sosyal Destek” ( $r=0,480$ ) puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). “Travma Sonrası Büyüme” puanı ile “Özel Biri Desteği” ( $r=0,485$ ), “Algılanan Sosyal Destek” ( $r=0,536$ ) puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

### 4.3. Tanımlayıcı Özellikler ile Travma Sonrası Büyüme, Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisine Dair Bulgular

**Tablo 4.4.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması ( $n=27$ )

	Cinsiyet				U	p
	Kadın (n=19)		Erkek (n=8)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-9	14	18-11	16	73,0	<b>0,872</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	29-9	21	34-13	26	47,5	<b>0,129</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	23-10	16	24-13	18	59,5	<b>0,379</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-2	9	10-3	8	68,5	<b>0,681</b>
Hayata Değer Verme	15-6	10	15-5	9	64,5	<b>0,539</b>
Toplam	94-52	70	101-50	70	66,0	<b>0,595</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-13	21	24-13	19	52,0	<b>0,201</b>
Kaçınma	26-11	20	21-16	20	72,5	<b>0,851</b>
Aşırı Uyarılma	22-11	17	15-9	13	13,5	<b>0,001*</b>
Toplam	79-43	58	55-43	50	30,5	<b>0,015*</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	26-12	24	28-14	20	49,5	<b>0,157</b>
Arkadaş Desteği	26-4	18	23-9	17	67,5	<b>0,650</b>
Özel Biri Desteği	26-8	18	27-9	16	71,5	<b>0,811</b>
Toplam	78-34	56	67-36	53	64,5	<b>0,541</b>

\* $p<0,05$  anlamlı fark var,  $p>0,05$  anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.4.’te travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Kadınlar ile erkekler arasında ‘‘Aşırı Uyarılma’’, ‘‘Olayların Etkisi’’ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Kadınların ‘‘Aşırı Uyarılma’’ (17,0), ‘‘Olayların Etkisi’’ (57,84) algı düzeyi daha yüksektir.

**Tablo 4.5.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının yaşa göre karşılaştırılması (n=27)

	Yaş				U	p
	23-34 (n=14)		35-54 (n=13)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-11	15	18-9	15	84,0	<b>0,731</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	30-9	21	34-12	22	83,0	<b>0,697</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	23-11	16	24-10	18	82,5	<b>0,679</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-3	8	10-2	10	67,5	<b>0,239</b>
Hayata Değer Verme	15-5	10	15-6	10	85,0	<b>0,770</b>
Toplam	93-50	70	101-52	70	90,5	<b>0,981</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-16	20	31-13	20	88,0	<b>0,884</b>
Kaçınma	26-15	21	22-11	17	50,5	<b>0,047*</b>
Aşırı Uyarılma	22-11	16	19-9	17	90,5	<b>0,980</b>
Toplam	79-44	56	66-43	55	71,0	<b>0,330</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	25-12	22	28-18	24	56,5	<b>0,092</b>
Arkadaş Desteği	24-9	19	26-4	15	60,5	<b>0,137</b>
Özel Biri Desteği	23-8	18	27-10	17	68,5	<b>0,274</b>
Toplam	69-34	56	78-41	57	90,5	<b>0,981</b>

\* $p<0,05$  anlamlı fark var,  $p>0,05$  anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.5.’da travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının yaşa göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Yaşı farklı olan ebeveynler arasında ‘‘Kaçınma’’ puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). 23-34 yaş aralığında olanlarda ‘‘Kaçınma’’ (20,57) algı düzeyi daha yüksektir.

**Tablo 4.6.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (n=27)

	Eğitim durumu				U	p
	İlköğretim (n=13)		Lise+Üniversite (n=14)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-10	14	18-9	15	84,5	<b>0,750</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-12	21	30-9	22	77,0	<b>0,495</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-12	17	23-10	17	77,0	<b>0,495</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-2	9	10-3	8	69,0	<b>0,271</b>
Hayata Değer Verme	15-6	10	15-5	9	72,0	<b>0,354</b>
Toplam	101-55	70	94-50	70	78,5	<b>0,543</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	29-13	20	31-13	19	80,5	<b>0,609</b>
Kaçınma	26-11	19	26-16	20	81,0	<b>0,625</b>
Aşırı Uyarılma	21-9	17	22-10	15	67,5	<b>0,250</b>
Toplam	68-43	56	79-43	55	76,5	<b>0,480</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-18	23	26-12	22	72,0	<b>0,353</b>
Arkadaş Desteği	23-4	18	26-9	18	83,0	<b>0,697</b>
Özel Biri Desteği	27-11	20	26-8	16	55,5	<b>0,084</b>
Toplam	67-46	60	78-34	54	64,5	<b>0,198</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.6.'de travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Eğitim durumu farklı olan ebeveynler arasında "Travma Sonrası Büyüme", "Olayların Etkisi", "Algılanan Sosyal Destek" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.7.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının aktif çalışma durumuna göre karşılaştırılması (n=27)

	Aktif çalışma durumu				U	p
	Evet (n=13)		Hayır (n=14)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	18-11	16	19-9	14	81,5	<b>0,641</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-13	26	29-9	21	53,5	<b>0,068</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-11	17	23-10	17	77,0	<b>0,495</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-3	8	10-2	10	68,0	<b>0,249</b>
Hayata Değer Verme	15-5	9	15-6	10	85,0	<b>0,770</b>
Toplam	101-50	70	94-52	68	74,0	<b>0,409</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	24-13	19	31-13	21	64,5	<b>0,197</b>
Kaçınma	23-16	19	26-11	21	84,0	<b>0,732</b>
Aşırı Uyarılma	19-9	13	22-15	18	12,5	<b>0,000*</b>
Toplam	66-43	50	79-43	60	37,5	<b>0,009*</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-14	22	26-12	24	71,5	<b>0,341</b>
Arkadaş Desteği	24-9	19	26-4	17	76,5	<b>0,480</b>
Özel Biri Desteği	27-9	18	26-8	17	90,0	<b>0,961</b>
Toplam	69-36	57	78-34	55	85,5	<b>0,789</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.7.'de travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının aktif çalışma durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Aktif olarak çalışanlar ile çalışmayanlar arasında "Aşırı Uyarılma", "Olayların Etkisi" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Aktif olarak çalışmayanlarda "Aşırı Uyarılma" (18,0), "Olayların Etkisi" (59,43) algı düzeyleri daha yüksektir.

**Tablo 4.8.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının evlilik süresine göre karşılaştırılması (n=27)

	Evlilik süresi				U	p
	11 yıl ve altı (n=14)		11 yıl üstü (n=13)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-11	15	14-18	14	84,0	<b>0,731</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	30-9	22	21-34	21	87,0	<b>0,846</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	23-11	18	16-24	16	75,5	<b>0,450</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-3	8	10-10	10	63,5	<b>0,168</b>
Hayata Değer Verme	15-5	10	8-15	8	76,5	<b>0,479</b>
Toplam	93-50	71	65-101	65	75,5	<b>0,451</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-16	21	19-31	19	81,5	<b>0,644</b>
Kaçınma	26-15	21	17-22	17	63,5	<b>0,178</b>
Aşırı Uyarılma	22-11	15	17-19	17	82,0	<b>0,659</b>
Toplam	79-44	55	55-66	55	79,0	<b>0,559</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	26-12	21	24-28	24	55,5	<b>0,083</b>
Arkadaş Desteği	26-9	19	15-21	15	43,5	<b>0,021*</b>
Özel Biri Desteği	26-8	18	16-27	16	81,0	<b>0,627</b>
Toplam	78-34	57	54-65	54	83,0	<b>0,698</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.8.'da travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının evlilik süresine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Evlilik süresi farklı olan ebeveynler arasında ‘‘Arkadaş Desteği’’, ‘‘Özel Biri Desteği’’ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). 11 yıl ve altı süredir evli olanlarda ‘‘Arkadaş Desteği’’ (19,0) algı düzeyi daha yüksektir.

**Tablo 4.9.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin yaşına göre karşılaştırılması (n=27)

	Eşin yaşı				U	p
	23-34 (n=13)		35-54 (n=14)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-11	15	18-9	15	80,5	<b>0,607</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-13	22	29-9	21	66,5	<b>0,233</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-11	16	23-10	18	87,5	<b>0,865</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-3	8	10-2	9	76,5	<b>0,468</b>
Hayata Değer Verme	15-5	10	15-6	9	80,0	<b>0,591</b>
Toplam	101-50	70	94-52	70	75,0	<b>0,437</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	25-16	19	31-13	21	76,5	<b>0,480</b>
Kaçınma	26-15	20	26-11	20	82,0	<b>0,660</b>
Aşırı Uyarılma	21-9	15	22-10	17	58,5	<b>0,112</b>
Toplam	68-44	55	79-43	56	78,0	<b>0,526</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-14	22	26-12	24	77,5	<b>0,510</b>
Arkadaş Desteği	24-9	19	26-4	15	71,0	<b>0,330</b>
Özel Biri Desteği	27-9	18	26-8	17	86,5	<b>0,827</b>
Toplam	69-36	56	78-34	56	76,0	<b>0,466</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.9.'da travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin yaşına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Eşinin yaşı farklı olan ebeveynler arasında Travma Sonrası Büyüme, Olayların Etkisi, Algılanan Sosyal Destek puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.10.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin eğitim durumuna göre karşılaştırılması (n=27)

	Eşin eğitim durumu				U	p
	İlköğretim (n=9)		Lise+Üniversite (n=18)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-10 (16)	16	18-9	14	63,5	<b>0,363</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-17 (25)	25	30-9	21	44,0	<b>0,056</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-12 (19)	19	23-10	16	57,0	<b>0,215</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-2 (10)	10	10-3	8	59,0	<b>0,243</b>
Hayata Değer Verme	15-6 (13)	13	15-5	10	76,0	<b>0,796</b>
Toplam	101-55 (81)	81	94-50	70	55,5	<b>0,189</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	27-13 (20)	20	31-13	20	76,0	<b>0,796</b>
Kaçınma	26-16 (19)	19	26-11	20	80,5	<b>0,979</b>
Aşırı Uyarılma	18-9 (15)	15	22-11	17	51,0	<b>0,119</b>
Toplam	68-43 (55)	55	79-43	56	71,5	<b>0,624</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-18 (23)	23	26-12	23	72,5	<b>0,660</b>
Arkadaş Desteği	23-10 (16)	16	26-4	19	70,5	<b>0,587</b>
Özel Biri Desteği	27-10 (18)	18	26-8	17	75,0	<b>0,757</b>
Toplam	67-41 (60)	60	78-34	56	72,5	<b>0,662</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.10.'de travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin eğitim durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan ebeveynler arasında ‘‘Travma Sonrası Büyüme’’, ‘‘Olayların Etkisi’’, ‘‘Algılanan Sosyal Destek’’ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.11.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının eşin aktif çalışma durumuna göre karşılaştırılması (n=27)

	Eşin aktif çalışma durumu				U	p
	Evet (n=20)		Hayır (n=7)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-9	14	18-11	16	59,5	<b>0,557</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	29-9	21	34-13	30	40,0	<b>0,096</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	23-10	17	24-13	17	56,5	<b>0,454</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-2	9	10-3	9	68,5	<b>0,932</b>
Hayata Değer Verme	15-6	10	15-5	7	57,5	<b>0,487</b>
Toplam	94-52	70	101-50	70	58,0	<b>0,506</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-13	21	24-13	18	43,5	<b>0,141</b>
Kaçınma	26-11	20	21-16	19	62,0	<b>0,655</b>
Aşırı Uyarılma	22-11	17	15-9	13	14,5	<b>0,002*</b>
Toplam	79-43	58	55-43	49	25,5	<b>0,013*</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	26-12	24	28-14	21	51,0	<b>0,290</b>
Arkadaş Desteği	26-4	19	23-9	15	52,5	<b>0,331</b>
Özel Biri Desteği	26-8	18	27-9	14	66,0	<b>0,825</b>
Toplam	78-34	57	67-36	49	57,5	<b>0,489</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.11.'de travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Eş aktif olarak çalışanlar ile çalışmayanlar arasında "Aşırı Uyarılma", "Olayların Etkisi" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Eş aktif olarak çalışanlarda "Aşırı Uyarılma" (16,8), "Olayların Etkisi" (57,7) algı düzeyleri daha yüksektir.



**Tablo 4.12.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılması (n=27)

	Aylık gelir				U	p
	Gelir Giderden az (n=7)		Gelir gidere eşit (n=20)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-11	16	18-9	14	57,0	<b>0,467</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	30-12	22	34-9	21	57,0	<b>0,470</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	23-13	18	24-10	16	50,5	<b>0,279</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-6	9	10-2	9	67,0	<b>0,864</b>
Hayata Değer Verme	15-5	13	15-6	9	49,0	<b>0,242</b>
Toplam	93-66	70	101-50	67	44,5	<b>0,158</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	25-13	21	31-13	20	64,5	<b>0,760</b>
Kaçınma	26-11	19	26-13	20	64,5	<b>0,759</b>
Aşırı Uyarılma	21-13	17	22-9	16	55,0	<b>0,402</b>
Toplam	68-43	55	79-43	55	64,0	<b>0,739</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	26-18	22	28-12	24	60,5	<b>0,597</b>
Arkadaş Desteği	23-4	18	26-9	18	65,5	<b>0,803</b>
Özel Biri Desteği	24-9	18	27-8	17	64,5	<b>0,761</b>
Toplam	67-36	55	78-34	57	68,5	<b>0,934</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.12.'te travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Aylık geliri farklı olan ebeveynler arasında ‘‘Travma Sonrası Büyüme’’, ‘‘Olayların Etkisi’’, ‘‘Algılanan Sosyal Destek’’ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.13.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılması (n=27)

	Çocuk sayısı				U	p
	1-2 Çocuk (n=15)		3-4 (n=12)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-9	15	18-10	15	80,5	<b>0,639</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-9	21	30-12	22	88,0	<b>0,922</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-10	16	23-13	18	70,5	<b>0,340</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-2	8	10-4	9	85,0	<b>0,801</b>
Hayata Değer Verme	15-5	9	15-6	10	82,0	<b>0,695</b>
Toplam	101-50	70	94-56	70	85,0	<b>0,807</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-16	19	29-13	21	86,0	<b>0,845</b>
Kaçınma	26-15	20	22-11	20	81,0	<b>0,658</b>
Aşırı Uyarılma	22-9	17	19-10	16	85,5	<b>0,825</b>
Toplam	79-44	56	62-43	55	81,5	<b>0,677</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-12	22	26-19	24	78,0	<b>0,556</b>
Arkadaş Desteği	26-9	18	23-4	18	88,0	<b>0,922</b>
Özel Biri Desteği	27-8	17	24-10	18	87,5	<b>0,903</b>
Toplam	78-34	55	67-41	58	86,5	<b>0,864</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.13.'te travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocuk sayısı farklı olan ebeveynler arasında "Travma Sonrası Büyüme", "Olayların Etkisi", "Algılanan Sosyal Destek" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.14.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocukla başka ilgilenen bulunma durumuna göre karşılaştırılması (n=27)

	Çocuk ile başka ilgilenen				U	p
	Evet (n=8)		Hayır (n=19)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-11	16	18-9	14	62,0	<b>0,452</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-15	22	30-9	21	58,5	<b>0,351</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-14	19	23-10	16	47,0	<b>0,122</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-6	8	10-2	9	76,0	<b>0,999</b>
Hayata Değer Verme	15-8	13	15-5	9	43,5	<b>0,083</b>
Toplam	101-60	78	94-50	70	50,0	<b>0,167</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	25-16	19	31-13	20	65,0	<b>0,558</b>
Kaçınma	26-16	21	26-11	19	55,0	<b>0,261</b>
Aşırı Uyarılma	19-9	17	22-10	15	65,5	<b>0,574</b>
Toplam	68-45	55	79-43	55	73,0	<b>0,873</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-19	24	26-12	22	49,5	<b>0,157</b>
Arkadaş Desteği	26-10	20	23-4	17	47,0	<b>0,122</b>
Özel Biri Desteği	27-11	22	24-8	16	40,5	<b>0,059</b>
Toplam	78-52	64	67-34	54	31,5	<b>0,018*</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.14.'te travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocukla başka ilgilenen bulunma durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocuğuyla başkaları ilgilenenler ile ilgilenmeyenler arasında "Algılanan Sosyal Destek" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Çocuğuyla başkaları da ilgilenenlerde "Algılanan Sosyal Destek" (62,88) düzeyi daha yüksektir.

**Tablo 4.15.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun yaşına göre karşılaştırılması (n=27)

	Çocuk yaşı				U	p
	1-4 (n=16)		5-17 (n=11)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-9	15	18-10	16	86,0	<b>0,921</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	30-9	21	34-12	22	76,5	<b>0,569</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	22-10	17	24-12	17	73,0	<b>0,458</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-3	8	10-2	10	67,0	<b>0,285</b>
Hayata Değer Verme	15-5	10	15-6	10	86,0	<b>0,921</b>
Toplam	93-50	70	101-55	70	83,0	<b>0,805</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-16	21	29-13	18	69,5	<b>0,360</b>
Kaçınma	26-15	21	22-11	17	49,5	<b>0,055</b>
Aşırı Uyarılma	22-11	17	19-9	15	75,0	<b>0,517</b>
Toplam	79-44	58	62-43	55	54,5	<b>0,097</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	26-12	22	28-18	24	64,5	<b>0,243</b>
Arkadaş Desteği	26-9	19	21-4	15	52,5	<b>0,078</b>
Özel Biri Desteği	26-8	18	27-10	16	85,5	<b>0,902</b>
Toplam	78-34	57	65-41	54	79,0	<b>0,657</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.15.'da travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun yaşına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocuğunun yaşı farklı olan ebeveynler arasında "Travma Sonrası Büyüme", "Olayların Etkisi", "Algılanan Sosyal Destek" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.16.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun cinsiyetine göre karşılaştırılması (n=27)

	Çocuğun cinsiyeti				U	p
	Erkek (n=17)		Kız (n=10)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	18-10	14	19-9	16	75,0	<b>0,612</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	34-15	22	30-9	21	52,5	<b>0,101</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	24-11	16	23-10	18	82,5	<b>0,900</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-4	9	10-2	9	74,5	<b>0,586</b>
Hayata Değer Verme	15-6	9	15-5	11	84,5	<b>0,980</b>
Toplam	101-56	70	88-50	70	73,0	<b>0,546</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	29-13	19	31-13	21	78,0	<b>0,724</b>
Kaçınma	23-13	18	26-11	21	62,0	<b>0,244</b>
Aşırı Uyarılma	21-9	15	22-12	17	65,5	<b>0,323</b>
Toplam	66-43	55	79-43	56	69,0	<b>0,420</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	28-19	23	26-12	21	59,0	<b>0,189</b>
Arkadaş Desteği	26-9	19	21-4	15	46,5	<b>0,052</b>
Özel Biri Desteği	27-9	18	24-8	15	56,5	<b>0,152</b>
Toplam	78-41	60	60-34	52	37,5	<b>0,017*</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.16.'de travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun cinsiyetine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocuğu erkek olanlar ile kız olanlar arasında ‘‘Algılanan Sosyal Destek’’ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Çocuğu erkek olanlarda ‘‘Algılanan Sosyal Destek’’ (59,29) düzeyi daha yüksektir.

**Tablo 4.17.** Ebeveynlerin travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun tanısına göre karşılaştırılması (n=27)

	Çocuğun tanısı				U	p
	Siyanotik Kalp Hastalığı (n=14)		Asiyanotik Kalp Hastalığı (n=13)			
	Max-Min	Medyan	Max-Min	Medyan		
<b>Travma Sonrası Büyüme</b>						
Kendilik Algısında Olumlu Değişim	19-9	15	18-10	14	74,5	<b>0,418</b>
Başkalarıyla İlişkide Olumlu Değişim	30-9	21	34-15	22	62,0	<b>0,158</b>
Yeni Olanakların Fark Edilmesi	23-10	16	24-13	17	69,5	<b>0,295</b>
İnanç Sistemindeki Değişim	10-2	8	10-4	9	84,5	<b>0,745</b>
Hayata Değer Verme	15-5	9	15-6	10	77,5	<b>0,510</b>
Toplam	94-50	70	101-56	66	77,0	<b>0,496</b>
<b>Olayların Etkisi</b>						
Yeniden Yaşama	31-13	20	29-13	20	88,0	<b>0,884</b>
Kaçınma	26-11	20	23-13	19	87,5	<b>0,864</b>
Aşırı Uyarılma	22-10	16	19-9	17	89,0	<b>0,922</b>
Toplam	79-43	55	66-43	55	90,5	<b>0,981</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>						
Aile Desteği	26-12	21	28-19	23	69,0	<b>0,282</b>
Arkadaş Desteği	26-4	17	24-9	19	75,5	<b>0,450</b>
Özel Biri Desteği	26-8	15	27-11	20	44,0	<b>0,022*</b>
Toplam	78-34	52	69-41	63	39,0	<b>0,012*</b>

\*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Mann Whitney

Tablo 4.17.'de travma sonrası büyüme, olayların etkisi, algılanan sosyal destek ölçek puanlarının çocuğun tanısına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocuğunun tanısı farklı olan ebeveynler arasında "Özel Biri Desteği", "Algılanan Sosyal Destek" puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Çocuğunda asiyanotik kalp hastalığı bulunanlarda "Özel Biri Desteği" (14,86) "Algılanan Sosyal Destek" (59,85) düzeyleri daha yüksektir.

## 5. TARTIŞMA

KKH olan çocukların ebeveynleri, çocuğunun ameliyat olması, yoğun bakıma yatması ve kaybı gibi travmatik deneyimler yaşayabilmektedir ve bu deneyimler ebeveynlerin suçluluk, korku, kaygı, depresyon ve akut stres bozukluğu gibi duygusal tepkiler yaşamasına sebep olabilmektedir (82,83). Literatüde, travmatik olaylara maruz kalan bireylerin pek çok psikolojik ve fiziksel olumsuz sonuç deneyimlediğini, ancak travma sonrası tepkilerin, yaşamın anlamı ile önceliklerinin farkedilmesi, kişilerarası ilişkilerin iyileştirilmesi ve kişisel güçlenme algısı gibi önemli olumlu değişikliklere de yol açabildiğini göstermektedir (84,85). Yüksek derecede zorlayıcı yaşam koşullarıyla mücadelenin sonucunda gerçekleşen bu olumlu değişiklikler bireylerde travma sonrası büyümeye neden olabilmektedir (12). Bu bölümde, KKH nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin travma sonrası büyüme düzeyleri ile sosyal destek algısı ve yaşanan olayın etkisi ilişkisi literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

### 5.1. Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocuk ve Ebeveyninin Tanıtıcı Özellikleri

Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunu (%70.4) annelerin oluşturduğu belirlenmiştir. Aile yapısı düşünüldüğünde, genellikle çocuğun primer bakım vericisi rolünü üstlenen ve çeşitli ihtiyaçlarını karşılayan kişi annelerdir (86). Babaların ailedeki rolü ise, çoğunlukla maddi gelir elde etme sorumluluğunu üstlenmektir (87). İlgili literatür incelendiğinde bu çalışma, aynı alanda yapılan diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir. Örneğin; Uludağ ve arkadaşlarının (2014) KKH olan çocukların ebeveynlerinde bakım yükünü inceledikleri çalışmada, primer bakım vericileri büyük oranda annelerin oluşturduğu belirtmişlerdir (10). Benzer şekilde, Ökcü (2017) ve Yüksel (2020) KKH olan çocukların ebeveynleriyle yaptıkları çalışmalarda çocuğa primer bakım veren ebeveynin sırasıyla; %54'ünü ve %71.4'ünü annelerin oluşturduğu bildirilmişlerdir (88,89). Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması yaklaşık 35 yıl olarak saptanmıştır. Özlem ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada, Down sendromuna eşlik eden konjenital kalp hastalığı varlığında çalışmaya katılan annelerin %44'ünün 35 yaş üstünde olduğu bildirilmiştir (90).

McClung ve arkadaşları (2018) KKH'nin uzun bir tedavi süreci, çoklu ameliyatlara ile tekrarlı hastanede kalış gerektirdiğini ve bu durumun aileler için maddi açıdan masraflı olabildiğini bildirmişlerdir (32). ABD'de (Amerika Birleşik Devletleri) yapılan iki çalışmada, diğer çocuklarla karşılaştırıldığında, KKH olan çocukların tedavi ve bakım sürecinin çok daha yüksek bir maliyet gerektirdiği bildirilmiştir (33,34). Aileler çocuklarının hastalık sürecinde, ekonomik zorluklara ek olarak, çocuğun tıbbi, fiziksel ve eğitimsel gereksinimleri nedeniyle duygusal yönden yıpranmaktadır (91). Çalışma kapsamına alınan KKH olan çocukların çoğunluğu (%63) erkektir. KKH olan çocuklarla yapılan iki çalışmada sırasıyla çocukların %57.3'ünün ve %53.7'sinin erkek olduğu bildirilmiştir (35, 92).

Bu çalışmada en sık karşılaşılan KKH türü VSD ve AVSD olarak saptanmıştır. Tüm dünyada, KKH en sık görülen türleri VSD (%20), ASD (%10), Aort Stenozu (%10), Pulmoner stenoz (%10), TOF (%10), PDA (%10), Aort koarktasyonu (%10), TGA (%8), Pulmoner atrezi (%5) ve AVSD'dir (%3) (29). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır; Yalaki ve arkadaşları (2017) çalışmalarında KKH içinde en sık VSD (%30.2), ikinci sırada ASD (%22.2); Bulut ve arkadaşları (2012) %34.3 oranla en sık VSD, Zan ve arkadaşları (2015) %33.6 oranla VSD'nin olduğunu bildirmişlerdir (92-94).

Çalışmadaki katılımcıların neredeyse tamamının (%96,3'ü) çocukların bakımında eş/partner desteğini aldıkları görülmüştür ve yaklaşık üçte biri (%29,6) çocuğun bakımına katılan başka birinin var olduğunu belirtmiştir. Çalışmada, çocuğun bakımına yardım edenlerin çoğunluğunu (%62,5) büyükanneler oluşturmaktadır. KKH olan bir çocuğa sahip olmak, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bakım verici olma rolünü de beraberinde getirmektedir ve bu durum ebeveynler için hem zihinsel ve fiziksel hem de duygusal açıdan zorlayıcı bir durumdur (95). Her iki ebeveyn de çocuklarının tanı almasıyla başlayıp, tedavi süreci boyunca devam eden bakım verici rolleri nedeniyle duygusal ve fiziksel tükenme, ekonomik sorunlar, diğer çocuklarla yeterince ilgilenememe gibi benzer sıkıntılı süreçler yaşamaktadırlar (96). Bu nedenle çocuğun bakımında başka birinin desteğinin, ebeveynlerin yaşadığı bu zorlu fiziksel, duygusal ve finansal süreçle baş etmelerine önemli ölçüde katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.



## 5.2. Travma Sonrası Büyüme ile Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi

Bu çalışmada, travma sonrası büyüme ve alt boyutları ile sosyal destek algısı ve alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişkiler olduğu, sosyal desteğin travma sonrası büyüme üzerinde etkisi bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal destek algısı ve özel birinin desteğinin, ebeveynlerin travma sonrası büyüme, başkalarıyla ilişkide olumlu değişim, yeni olanakların farkedilmesi ve hayata değer verme durumunu pozitif yönde etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte, aile desteğinin ve olaylarının etkisinin ebeveynlerin inanç sistemindeki değişim ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Tedeschi ve Calhoun (2004) sosyal desteğin, travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir (14). Calhoun ve arkadaşları (2010) bireyin çevresinden aldığı sosyal desteğin, travmatik durumla başa çıkmasını olumlu bir şekilde etkilediğini ve travma sonrası büyümesine katkı sağladığını bildirmişlerdir (42). Ayrıca sosyal destek algısının, bireyin yalnız olma hissinden sıyrılmasını sağlayarak travma sonrası büyümede etkili olduğu belirtilmiştir (14,64). Bunun yanı sıra, bilişsel anlamda sosyal destek hissetmenin kişide, yaşadığı travmatik deneyimle ilgili olumlu düşüncelere sebep olabileceği bildirilmiştir (14). Literatür incelendiğinde, bu çalışmanın sonuçlarının, sosyal destek ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi araştıran diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmüştür (68-70,97). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalan bebeklerin annelerine yönelik yapılan bir çalışmada (2013) annelerin travma sonrası büyümesi ile sosyal destek algısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve sosyal desteğin travma sonrası büyümenin yordayıcılarından olduğu bildirilmiştir (65). Leung ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yüksek düzeyde sosyal destek algısının, travma sonrası büyümeyi önemli ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (66). Literatürde sosyal destek ve travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunan çalışmalar olduğu gibi, ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; farklı travmatik deneyimleri olan katılımcılarla yapılan bir çalışma sonucunda (2006), sosyal desteğin travma sonrası büyümede yordayıcı bir değişken olmadığı; kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada (2017), travma sonrası büyüme ve sosyal desteğin ilişkili olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır (98,99). Benzer şekilde, kanserden kurtulan bireylerle yapılan, sosyal destek, baş etme yöntemleri ve travma sonrası büyümeyi araştıran bir çalışmada

travma sonrası büyüme ve sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (100). Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılıkların; örneklem gruplarının sosyodemografik özellikleri, kültürel geçmişi, katılımcıların sosyal desteği algılama ve değerlendirme biçiminden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşanan olayın etkisinin travma sonrası büyümenin alt boyutu olan inanç sistemindeki değişim üzerinde olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Literatürde, dini inançların ve maneviyatın bireyin travmatik deneyimlerle baş etmesinde olumlu rolü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (101,102). Calhoun ve arkadaşları (2010) travmatik olay yaşayan bireyin, bu deneyim sonrasında, yaşamındaki öncelikleri değiştirmesi, hayatın biricikliğini fark etmesi ve yaşam felsefesindeki değişimlerle birlikte maneviyata daha çok yönelebildiğini belirtmişlerdir (42). Bireyin, yaşadığı travmatik olayları, travma öncesine göre daha pozitif yorumlaması, kendini kontrol edebilme becerisi kazanması, travma sonrası büyümesini olumlu etkileyebilmektedir (15). Bu çalışmanın sonuçlarının ebeveyleerin sosyokültürel geçmişi ve dini inançlarıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, olayların etkisi ölçeği alt boyutu olan yaşanan olay karşısında aşırı uyarılma ile başkalarıyla ilişkide olumlu değişim arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğu sonucu elde edilmiştir. Travma sonrası büyümenin gerçekleşebilmesi için bireyin travmatik bir olay yaşaması ve bu olaydan etkilenmesi gerekmektedir (14). Travmatik olayın etkisi ve büyüklüğünün, travma sonrası büyümeyi öngörmede önemli bir değişken olduğu bildirilmiştir (15). Bu çalışmada, yaşanan olayın etkisi nedeniyle ortaya çıkan aşırı uyarılma durumunun, travma sonrası büyüme üzerinde negatif etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve literatürde benzer araştırmalar olduğu görülmüştür. Örneğin; Arıkan ve Karancı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, travmatik olayın etkisi ile travma sonrası büyüme arasında olumsuz bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (103). Daha önce yapılan bazı araştırmalarda, olayın etkisi ile travma sonrası büyüme arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna varılan çalışmalar da vardır (104,105). Boztepe ve arkadaşları (2013) yenidoğan yoğun bakım deneyimi olan annelerde sosyal destek düzeyleri ve olayın etkisinin travma sonrası büyüme ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır ve bunun nedeninin yaşanan travmanın şiddeti ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (65). Bu çalışmanın sonuçlarının, KKH'nın yaşamı önemli derecede tehdit eden ölümcül riskler

barındırması sebebiyle iyileşme ihtimali yüksek olan hastalıklardan ayrıldığı ve bu nedenle hastalığın ciddiyetindeki artışın travma sonrası büyümeyi olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle olayın etkisinin ve şiddetinin daha hafif düzeyde algılanmasının travma sonrası büyümede kolaylaştırıcı etkisi olabileceği düşünülmektedir.

### **5.3. Tanımlayıcı Özellikler ile Travma Sonrası Büyüme, Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi**

Bu çalışmada, travma sonrası büyüme ile yaşanan olayın etkisi ve sosyal destek algısının ebeveynlerin ve çocukların tanımlayıcı özelliklerinden cinsiyet, yaş, aktif bir işte çalışma durumu, evlilik süresi, çocuğun bakımında başka birinin desteği ve çocuğun tanısı arasında ilişki bulunduğu; eğitim durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, çocuğun yaşı ve hastanede kalış süresiyle ilişkisi bulunmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu çalışmada annelerin yaşanan olayın etkisi ve aşırı uyarılma algısının babalardan daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca çalışmada, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte, babaların travma sonrası büyüme puan ortalaması ( $75,13 \pm 18,36$ ) annelerden ( $70,21 \pm 11,23$ ) daha yüksek tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, cinsiyet değişkenininin travma sonrası büyümede önemli bir değişken olduğu görülmektedir. Tedeschi ve Calhoun (1996) kadınların travma sonrası büyümeye erkeklerden daha yatkın olduğunu belirtmişlerdir (12). Gökahmetoğlu (2021) yaptığı araştırmada kadın katılımcılarda travma sonrası büyümenin erkeklerden daha fazla olduğu sonucunu elde etmiştir (43). Marmara depremini yaşayan bireylerle yapılan bir çalışmada travma sonrası büyümenin kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (44). Literatürde cinsiyet ile travma sonrası büyüme arasında ilişki olmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; kanser hastalarıyla yürütülen bir araştırmada (2011) travma sonrası büyüme puanlarında cinsiyet değişkenine göre farklılık bulunmadığı görülmüştür (45). Çimen (2020) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde cinsiyet ve travma sonrası büyüme arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (46). Bu çalışmada literatürdeki bulgulardan farklı olarak elde edilen sonuçların, örneklem grubunun sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada cinsiyet ve sosyal destek algısı puan ortalamalarına bakıldığında kadınların sosyal destek algısı puan

ortalamasının ( $56,68 \pm 9,49$ ) erkeklere ( $53,25 \pm 11,72$ ) nispeten daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde cinsiyet değişkeni ve sosyal destek algısı ilişkisini inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Örneğin; Yamaç (2009) tarafından yapılan çalışmada kadın katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirtilirken, Gallicchio ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada erkek katılımcıların daha yüksek düzeyde sosyal destek algısına sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (106,107). Tan'ın (2005) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada cinsiyet ile algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (108).

Çalışmaya katılan ebevyenlerden 23-34 yaş aralığında olanlarda kaçınma algı düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada travma sonrası büyüme puanı ile yaş değişkeni arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür. Literatürde bu çalışmayla benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur. Cesur (2012) tarafından yapılan araştırmada yaşın travma sonrası büyüme için yordayıcı bir değişken olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (109). Önder (2012) 114 meme kanseri hastası ile yaptığı çalışmada, yaş değişkeninin travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır (110). Literatürde yaş değişkeninin travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin; Morris ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada yaş değişkeninin travma sonrası büyümeyi yordadığı sonucu elde edilmiştir (111). Cordova ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada, yaş ile travma sonrası büyümenin ilişkili olduğu, genç bireylerde daha fazla travma sonrası büyümenin görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (48). Belizzi ve Blank meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, genç kadınların, yaşlı kadınlardan daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiklerini ortaya koymuştur (47). Genç yaşta bireylerin yaşça daha büyük olanlara kıyasla daha fazla büyüme gösterdiği başka çalışmalar da mevcuttur (38). Literatürde yaş ile algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunan başka çalışmalar (112,113) olduğu gibi, iki değişken arasında ilişki bulunmayan çalışmalar da (114) yer almaktadır.

Bu çalışmada, aktif olarak çalışmayanlarda, aşırı uyarılma ve olayların etkisi algı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca eşi aktif olarak çalışanlarda aşırı uyarılma ve yaşanan olayın etkisi algı düzeyleri daha yüksektir. Bu durumun, ailede devamlı bakım ihtiyacı olan bir çocuğun bulunması nedeniyle

annelerin iş yaşamından çekilip sadece çocuğun bakımıyla ilgilenmesine, hastalığın getirdiği maddi yükü birlikte finansal kaynakların azalmasına ve babanın ekonomik sorumluluklarının artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmadaki tüm katılımcılar evlidir ve daha kısa süredir evli olanlarda arkadaş desteği algı düzeyi daha yüksektir. Literatürde bu çalışma sonuçlarını destekleyen araştırmalar mevcuttur. Örneğin; Arslantaş ve Ergin (2011) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile sosyal destek algısı ilişkili bulunmuş, evli bireylerin algıladıkları sosyal desteğin evli olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (115). Şakiroğlu (2019) yaptığı araştırmada evli olmanın travma sonrası büyüme üzerinde yordayıcı etkisi bulunduğunu bildirmiştir (70). Belizzi ve Blank meme kanseri olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, evli ve partneri olan hastalarda travma sonrası büyüme düzeyinin daha yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir (47). Ayaltı ve Bayraktar (2017), travma sonrası büyümenin gerçekleşebilmesi için sosyal destek algısının ve özellikle aile desteğinin varlığının son derece önemli olduğunu bildirmişlerdir (69). Literatürde medeni durum ile travma sonrası büyüme arasında ilişkinin bulunmadığı araştırmalar da bulunmaktadır (116,117).

Bu çalışmada, katılımcıların ve eşinin eğitim durumu, eşin yaşı ve aylık gelir durumu değişkenlerinin travma sonrası büyüme ile olayların etkisi ve sosyal destek algısını etkilemediği sonucu elde edilmiştir. Uslu'nun (2020) meme ve jinekolojik kanser hastası bireylerle yaptığı çalışmada, travma sonrası büyüme ile eğitim durumu arasında ilişki bulunmadığı sonucu elde edilmiştir (118). Literatür incelendiğinde, eğitim durumu ve aylık gelir düzeyinin travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu çalışmalar bulunduğu görülmüştür (38,97). Örneğin; Belizzi ve Blank, eğitim düzeyi düşük olan meme kanseri hastalarının, eğitim düzeyi yüksek olanlardan daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiklerini bildirmişlerdir (47). Konuyla ilgili diğer çalışmalara bakıldığında; Turgut (2014), eğitim düzeyi yükseldikçe, sosyal destek algısının da arttığını bildirmiştir; Gümüş (2015) tarafından yapılan çalışmada ise gelir düzeyindeki artışın sosyal destek algısını pozitif etkilediği sonucu elde edilmiştir (119,120).

Bu çalışmada çocuğun cinsiyeti erkek olanlar ve çocuğun bakımına yardım eden biri bulunanların sosyal destek algısının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durumun, örneklem gruplarının sosyodemografik özellikleri, kültürel

geçmişleri ve sosyal desteği algılama ve değerlendirme biçimlerinden kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

KKH nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin travma sonrası büyümelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

#### **Ebeveynlerin Travma Sonrası Büyüme ile Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi ile İlgili Sonuçlar**

- Çalışmaya katılan ebeveynlerde, yaşanan olayın etkisi alt boyutu olan aşırı uyarılmanın, başkalarıyla ilişkide olumlu değişimi olumsuz yönde etkilediği,
- Ebeveynlerin sosyal destek algısının ve özel biri desteğinin, başkalarıyla ilişkide olumlu değişimleri arasında pozitif yönlü ilişki olduğu,
- Ebeveynlerin sosyal destek algısı ve özel biri desteği almasının yeni olanakların fark edilmesinde olumlu etkisi olduğu,
- Ebeveynlerin aile desteği almasının inanç sistemindeki değişimi pozitif yönde etkilediği,
- Yaşanan olayın etkisinin inanç sistemindeki değişimi pozitif yönde etkilediği,
- Ebeveynlerin sosyal destek ve özel biri desteği almasının, hayata değer vermelerini olumlu yönde etkilediği,
- Sosyal desteğin ve özel biri desteğinin travma sonrası büyümede pozitif etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

#### **Çocuk ve Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Travma Sonrası Büyüme, Olayların Etkisi ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi ile İlgili Sonuçlar**

- Çalışmaya katılan annelerin yaşanan olayın etkisi ve aşırı uyarılma algı düzeyleri babalardan daha yüksektir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, babaların travma sonrası büyüme düzeyi annelerden daha yüksektir.
- Çalışmaya katılan ebeveynlerden daha genç olanlarda kaçınma algı düzeyi daha yüksektir.

- Ebeveynlerden aktif bir işte çalışmayanlarda aşırı uyarılma ve yaşanan olayın etkisi algı düzeyleri daha yüksektir.
- Çalışmaya katılan ebeveynlerden daha az süredir evli olanlarda arkadaş desteği ve özel biri desteği algı düzeyi daha yüksektir.
- Çalışmaya katılan ebeveynlerden eşi aktif olarak çalışanlarda aşırı uyarılma ve yaşanan olayın etkisi algı düzeyleri daha yüksektir.
- Çocuğun bakımında başka birinden yardım alan ebeveynlerin sosyal destek algı düzeyi daha yüksektir.
- Çocuğu erkek olan ebeveynlerin sosyal destek algısı düzeyi, çocuğu kız olanlardan daha yüksektir.
- Çocuğunda asiyanotik kalp hastalığı bulunan ebeveynlerde özel biri desteği ve sosyal destek algısı düzeyi, çocuğu siyanotik kalp hastalığı olan ebeveynlerden daha yüksektir.
- Çalışmada, ebeveynlerin ve eşlerinin eğitim durumu, eşin yaşı, aylık gelir, çocuk sayısı, çocuğunun yaşı, çocuğunun hastanede yatış süresi değişkenleri ile travma sonrası büyüme, algılanan sosyal destek ve olayların etkisi'nin ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

## 6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları ve sınırlılıkları doğrultusunda belirlenmiş olan öneriler şunlardır;

- KKH olan çocukların ebeveynlerinin, çocuğun tedavi sürecinde yaşadığı travmatik olaylarda ve travma sonrasında en yakın temas halinde buldukları sağlık profesyonelleri olarak hemşireler, travma sonrası büyümenin değerlendirilmesine, ebeveynlerin travma sonrası büyümelerini etkileyen faktörleri belirleyerek, yaşanan olayın etkisini değerlendirerek, sosyal destek kaynaklarını fark etmelerini sağlayarak önemli ölçüde katkı sağlayabilirler.
- KKH olan çocukların ebeveynlerinde travma sonrası büyümeyi ve etkileyen faktörleri araştıran yeni çalışmalar, daha geniş örneklem grubuyla, farklı araştırma yöntemleri kullanılarak ve daha geniş zaman aralığında yapılabilir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Tüfekçi FG, Aytekin A. Konjenital Kalp Hastalıkları. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics*. 2015;1(3):59-66.
2. Ertürk EY, Küçüködük Ş, Baysal K, Ayyıldız P, Yılmaz, A, Gönül O, ve ark. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde konjenital kalp hastalığı tanısı alan olguların retrospektif değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*. 2016;14(2):67-73.
3. Güven H, Bakiler AR, Kozan M, Aydınlioğlu H, Helvacı M, Dorak C. Yenidoğan servislerinde konjenital kalp hastalıkları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2006;49:8-11.
4. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. *Pediatri Hemşireliği*, 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2018;11-915.
5. Çil E. Konjenital Kalp Hastalıkları. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2006;2(15), 51-59.
6. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 10. Baskı*. Ankara, Sistem Ofset Basımevi. 2013;71-135.
7. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. *Qual Life Res*. 2006;15:1121-1131.
8. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2010;63:55-63.
9. Kovacs M, Finkelstein R, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas S, Pollock M. Initial psychological responses of parents to the diagnosis of insulin dependent diabetes mellitus in their children. *Diabetes Care*. 1985;8:568-575.
10. Uludağ A. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinde Bakım Yükü ve Yaşam Doyumu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2014.
11. Shakespeare-Finch JE, Smith SG, Gow KM, et al. The Prevalence of Post-Traumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. *Traumatology*. 2003;9:58-71
12. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9:455-71.
13. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge. 1998
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15:1-18.
15. İnci F, Boztepe H. Post traumatic growth: if something not killing could be strengthened?/Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi?. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;4(2):80-85.

16. Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HKL, et al. Posttraumatic stress disorder among professional and nonprofessional rescuers involved in an Earthquake in Taiwan. *Psychiatry Res.* 2004;127:35-41.
17. Karancı NA, Acartürk C. Post-traumatic growth among Marmara Earthquake survivors involved in disasters preparedness as Volunteers. *Traumatology.* 2005;11:307-23.
18. Colville G, Cream P. Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right? *Intensive Care Med.* 2009;35:919-23.
19. Yonemoto T, Kamibeppu K, Ishii T, Iwata S, et al. Posttraumatic stress symptom (PTSS) and posttraumatic growth (PTG) in parents of childhood, adolescent and young adult patients with high-grade osteosarcoma. *Int J Clin Oncol.* 2012;17:272-5.
20. Boztepe H, İnci F, Tanhan F. Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimi Ardından Annelerde Sosyal Destek ve Olayların Etkisinin Travma Sonrası Büyüme Yordama Düzeyi. II.Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri, 4-7 Ekim 2012, Erzurum/Türkiye.
21. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, et al. Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007;24:270-6.
22. Silva SM, Moreira HC, Canavarro MC. Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology.* 2012;21:409-18.
23. Sarısoy G. Travma sonrası büyümenin derecesinin ve travma sonrası büyümeyi yordayan etkenlerin meme kanseri hastalarında incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
24. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2013;1(1):57-72.
25. Pektekin Ç. Psikiyatri hemşireliğinde temel kavramlar. Kum N, editör. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı.* Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1996;9-37.
26. Kum N. Psikiyatri hemşireliği uygulama standartları. Kum N, editör. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı.* Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1996;4-8.
27. Allen HD, Driscoll DJ, Shaddy RE, Feltes, TF. Moss & Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: including the fetus and young adult. *Lippincott Williams & Wilkins.* 2013;25-90
28. Park MK, Salamat M. *Park's Pediatric Cardiology for Practitioners E-Book.* Elsevier Health Sciences. 2020;65-105.
29. Erek E, Yalçınbaş YK, Sarıoğlu T. *Pediyatrik ve Konjenital Kalp Cerrahisi.* İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayınevi; 2016;15-130.
30. Latson LA, Prieto LR. Congenital and acquired pulmonary vein stenosis. *Circulation.* 2007;115(1):103-108.

31. Fraser LK, Miller M, Hain R, Norman P, Aldridge J, McKinney PA, et al. Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Pediatrics*. 2012;129(4):e923-e929.
32. McClung N, Glidewell J, Farr SL. Financial burdens and mental health needs in families of children with congenital heart disease. *Congenital heart disease*. 2018;13(4):554-562.
33. Razzaghi H, Oster M, Reefhuis J. Long-term outcomes in children with congenital heart disease: National Health Interview Survey. *The Journal of pediatrics*. 2015;166(1):119-124.
34. Riehle-Colarusso T, Autry A, Razzaghi H, Boyle CA, Mahle WT, Braun KV, et al. Congenital heart defects and receipt of special education services. *Pediatrics*. 2015;136(3):496-504.
35. Çolakoğlu E. Konjenital Kalp Anamolisi Olan 8-11 Yaş Grubu Çocuk Ve Ebeveynlerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Şifa Üniversitesi; 2016.
36. Allen SM, Ciambrone D, Welch LC. Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*. 2000;12(3):318- 342.
37. Ramos C, Leal I. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: a literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*. 2013;2(1):43–54.
38. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*. 2004;17(1):11-21.
39. Yalom ID. Varoluşçu psikoterapi (Demirci M. Çev., Ed.). İstanbul: Pegasus Yayınevi. 2018
40. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlation test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13:521–527.
41. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In Calhoun LG & Tedeschi RG (Eds.), *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice* (pp. 3–23). Mahwah NJ: Erlbaum; 2006.
42. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The post-traumatic growth model: Sociocultural considerations. In T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2010
43. Gökahmetoğlu G. Algılanan Sosyal Destek Ve Yaşam Amacının Travma Sonrası Büyüme İle İlişkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Kent Üniversitesi; 2021.
44. Güven K. Marmara Depremi Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2010.
45. Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, McGrath C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*. 2011;121-124.

46. Çimen S. Öldürmeyen acı güçlendirir mi? Travma sonrası büyüme ve kolektivistik başa çıkma stillerinin ilişkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2020;3(5):158-174.
47. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2006;25(1):47.
48. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007;14(4):308-319.
49. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health psychology*. 2004;23(6):595.
50. Kanat BB, Özpolat AGY. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2016;7(4):106-110.
51. Özçetin YSÜ, Hiçdurmaz D. Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2017;9(4):388-397.
52. Schroevers MJ, Teo I. The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationship with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*. 2008;17:1239-1246.
53. Karancı NA, Erkam A. Variables related to stress – related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health*. 2007;23(5):315-322
54. Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2005;21:183-192.
55. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300 – 314.
56. Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2008;3(30):30-44.
57. Özbesler C. Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2001.
58. Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98:310-357.
59. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997;13:81-87.
60. Kef S. The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment ve Blindness*. 1997;91(3):236-44.
61. Çeçen AR. Öğrencilerin cinsiyetlerine ve anababa tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2008;6(3):415-431.
62. Varni JW, Katz ER, Colegrove R, Dolgin M. Perceived social support and adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1994;15(1):20-26.

63. Goldsmith DJ, Albrecht TL. Social support, social networks, and health. In *The Routledge handbook of health communication* (pp. 361-374). Routledge; 2011.
64. 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.
65. Boztepe H, Inci F, Tanhan F. Posttraumatic growth in mothers after infant admission to neonatal intensive care unit. *Paediatrica Croatica*. 2015;59(1):14-18.
66. Leung YW, Gravely-Witte S, Macpherson A, Irvine J, Stewart DE, Grace SL. Post-traumatic growth among cardiac outpatients: degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *J Health Psychol*. 2010;15:1049-63.
67. Alon R. Social support and post-crisis growth among mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of children with down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*. 2019;90:22-30.
68. Dirik G, Karancı AN. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2008;15:193-203.
69. Ayaltı EDE, Bayraktar S. Examination of factors related with posttraumatic growth in infertile individuals. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2015;3(4):1216-1232.
70. Şakiroğlu M. Posttraumatic growth among 1999 Düzce Earthquake Survivors. *International Journal of Psych – Educational Sciences*. 2019;8(3):61-72.
71. Janoff-Bulman R, Yopyk DJ. Random outcomes and valued commitments. *Handbook of Experimental & Existential Psychology*. 2004;122-138.
72. Armstrong D, Shakespeare-Finch J. Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2011;63(2):125-140.
73. Andrykowski MA, Curran SL, Studts JL, Cunningham L, Carpenter JS, McGrath PC, et al. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996;49(8):827-834.
74. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*. 2004;23(1):16.
75. Townsend MC. The nursing process in psychiatric/mental health nursing. *Essentials of psychiatric mental health nursing*. Second edition. Philadelphia: F.A. Davis Company;2002:93-115.
76. Kağan M, Güleç M, Boysan M ve Çavuş H. Hierarchical factor structure of the Turkish version of the Posttraumatic Growth Inventory in a normal population. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(5):617-624.b
77. Weiss D, Marmar C. The impact of Event Scale - Revised. Wilson J, Keane T, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford; 1997.
78. Çorapçioğlu A, Yargıç İ, Geyran P ve Kocabaşoğlu N. "Olayların Etkisi Ölçeği" (IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. *New/Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davranış bilimleri dergisi*. 2006;44(1):14-22.

79. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52:30-41.
80. Zimet GD, Powel SS, Farley GK ve ark. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55:610-617.
81. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001;12 (1):18-25.
82. Nicolaou M, Glazebrook C. Emotional support for families of sick neonates. *Paediatrics and child health.* 2008;18(4):196-199.
83. Erdem Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level –I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *J Clin Nurs.*2010;19:1738-47.
84. Gungor I, Oskay U, Beji NK. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case–control study on Turkish women without chronic illnesses. *Journal of clinical nursing.* 2011;20(5-6):653-665.
85. Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R, Neo-Acqua Study Group. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica.* 2012;101(2):136-142.
86. Toledano-Toledano F, Domínguez-Guedea MT. Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *BioPsychoSocial medicine.* 2019;13(1):1-9.
87. Kish AM, Newcombe PA, Haslam DM. Working and caring for a child with chronic illness: a review of current literature. *Child: care, health and development.* 2018;44(3):343-354.
88. Ökcü Ö. Çocuklarda Konjenital Ve Edinsel Kalp Hastalıklarının Oluşum Nedenleri Ve Anne-Babaların Bakım Yükü [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi; 2017.
89. Yüksel S. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Umutsuzluk Ve Sağlık Okuryazarlığı [Yüksek Lisans Tezi]. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi; 2020.
90. Özlem G, Gürses D, Doğan M. Down Sendromlu Çocukların Klinik ve Ekokardiyografik Değerlendirmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 2017;11(2):116-119.
91. Jackson AC, Frydenberg E, Liang RPT, Higgins RO, Murphy BM. Familial impact and coping with child heart disease: a systematic review. *Pediatric Cardiology.* 2015;36(4):695-712.
92. Yalaki Z, Çiftçi N, Kara S, Arıkan Fİ, Dallar YB. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerde Saptanan Konjenital Kalp Hastalıklarının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 2017;11(3):179-182.
93. Bulut G, Ballı Ş, Atlıhan F, Meşe T, Çalkavur Ş, Olukman Ö. Yenidoğan servisinde izlenen doğumsal kalp hastalığı olanların retrospektif değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 2012;2:141-7.
94. Zan S, Yapıcıoğlu H, Erdem S, Özlü F, Satar M, Özbarlas N ve ark. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde son

- beş yılda izlenen konjenital kalp hastalarının retrospektif incelenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2015;58:7-16.
95. Van Scheppingen C, Lettinga AT, Duipmans JC, Maathuis KG, Jonkman MF. The main problems of parents of a child with epidermolysis bullosa. *Qualitative Health Research*. 2008;18(4):545-556.
  96. Steele R, Davies B. Impact on parents when a child has a progressive, life-threatening illness. *International journal of palliative nursing*. 2006;12(12):576-585.
  97. Cordova MJ, Cunningham LLC, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001;20(3):176-185.
  98. Dürü Ç. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2006.
  99. Hill EM, Watkins K. Women with ovarian cancer: Examining the role of social support and rumination in post-traumatic growth, psychological distress and psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007;24(1):47-58.
  100. Schmidt SD, Blank TO, Bellizzi KM, Park CL. The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of health psychology*. 2012;17(7):1033-1040.
  101. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61(4):461-480.
  102. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. *Social Science & Medicine*. 2006;63(4):840-845.
  103. Arıkan G, Karancı N. Attachment and coping as facilitators of posttraumatic growth in Turkish university students experiencing traumatic events. *J Trauma Dissociation*. 2012;13:209-25.
  104. Colville G, Cream P. Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right? *Intensive Care Med*. 2009;35:919-23.
  105. Yonemoto T, Kamibeppu K, Ishii T, Iwata S, Tatzaki SI. Posttraumatic stress symptom (PTSS) and posttraumatic growth (PTG) in parents of childhood, adolescent and young adult patients with high-grade osteosarcoma. *International journal of clinical oncology*. 2012;17(3):272-275.
  106. Yamaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.
  107. Gallicchio L, Hoffman SC, Helzsouer KJ. The relationship between gender, social support and health-related quality of life in an community based study in Washington country, Maryland. *Quality of Life Research*. 2007;16(5):777-786.
  108. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;8(2):32-39.
  109. Cesur G. Yetişkinlerde Travmatik Yasın ve Travma Sonrası Büyümenin Psikososyal Belirleyicileri [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.

110. Önder N. The Mediating Role Of Coping Strategies In The Basic Personality Traits-PTG And Locus Of Control-PTG Relationships In Breast Cancer Patients [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi; 2012.
111. Morris BA, Shakespeare-Finch J, Rieck M, Newbery J. Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*. 2005;18(5):575:585.
112. Kozaklı H. Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2006.
113. Akdoğan SD. Anne Babası Boşanmış ve Boşanmamış Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2012
114. Uyan A. Ergenlerde Algılanan Stress ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi; 2014
115. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 yaş arası bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011;14(2):135-144.
116. Losiak W, Nikiel J. Original article posttraumatic growth in patient after myocardial infarction: The role of cognitive coping and experience of life threat. *Health Psychology Report*. 2014;4:256-262.
117. Oginska-Bulik N. Satisfaction with life and posttraumatic growth in persons after myocardial infarction. *Health Psychology Report*. 2014;2(2):105-114.
118. Uslu BG. Meme ve Jinekolojik Kanser Tanılı Hastalarda Travma Sonrası Büyüme Gelişimi ile Serotonin Transporter Gen Promotor Bölge Polimorfizmi ve Psikososyal Faktörler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2020.
119. Turgut G. Algılanan Sosyal Destek ve Duygusal Zeka Düzeyinin İş Tatminine Etkisinin Devlette Çalışan Üç Farklı Meslek Grubunda Karşılaştırılması: Mühendis, Doktor ve Öğretmen [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2014.
120. Gümüş H. Evli Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Yaşam Doyumları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Yalova: Yalova Üniversitesi; 2015.



## 8. EKLER

### EK 1. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1602

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 03 EYLÜL 2019 SALI  
Toplantı No : 2019/20  
Proje No : GO 19/793 (Değerlendirme Tarihi: 16.07.2019)  
Karar No : 2019/20-08

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Melek Serpil TALAS'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Emine ALPASLAN'ın yüksek lisans tezi olan, GO 19/793 kayıt numaralı, "*Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocukların Ebeveynlerinde Travma Sonrası Büyümenin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmamızın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 04 Eylül 2019-01 Mart 2020 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
		İZİNLİ	
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	10. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım ŞAKRA	(Üye)	11. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖZ	(Üye)
4. Prof. Dr. Neede SAĞLAM	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
		İZİNLİ	
6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	15. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
		İZİNLİ	
8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)		

**EK 2. Hastane İzin Yazısı**

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 72300690-799  
Konu : Emine ALPASLAN (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**İlgi:** 03.10.2019 tarih ve 35640939-799-E.1703 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr. Melek Serpil TALAS'ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Emine ALPASLAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu "Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocukların Ebeveynlerinde Travma Sonrası Büyümenin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 16.10.2019 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL  
Kordinatör Başhekim

### EK 3. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

**‘Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Ameliyat Olan Çocukların Ebeveynlerinde Travma Sonrası Büyümenin Değerlendirilmesi’** başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma doğuştan gelen kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde, yaşadıkları deneyimin onların travma sonrası büyüme ve gelişimi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla doğuştan gelen kalp hastalığına sahip çocukların ebeveynlerinin gereksinimlerini kapsayan bir sağlık hizmeti planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Çalışmaya katılırsanız size yaşınız, eğitim ve medeni durumunuz, çocuğunuzun hastalığı ve tedavi süreci ile ilgili bilgileri içeren ‘‘Sosyo-demografik Bilgi Formu’’, yaşadığımız deneyimin size kattığı gelişmeyi değerlendirmek için ‘‘Travma Sonrası Büyüme Ölçeği’’, ‘‘Olayların Etkisi Ölçeği’’ ve ‘‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’’ uygulanacaktır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin uygulama süresi ortalama 30 dakika sürecektir. Ölçeği yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

<p><b>Sorumlu Araştırmacı İletişim:</b> Doç. Dr. Melek Serpil Talas Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sıhhiye/Ankara Tel: E.Posta:</p>	<p><b>Yardımcı Araştırmacı İletişim:</b> Emine Alpaslan Balkiraz mah. Esenler Cad. No:13/8 Mamak/Ankara Tel:</p>
--	--

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

### EK 4. Sosyo-Demografik Bilgi Formu-Ebeveyn

#### Form No:

1.Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2.Yaşınız:.....

3.Eğitim Durumunuz: İlkokul Mezunu Lise Mezunu  
Orta Okul Mezunu Üniversite ve Üstü

4.Mesleğiniz:

5

Şu anki Evlilik Durumunuz:  Bekar  Evli

6.Evliyseniz Kaç Yıldır: .....

7.Eşinizin Yaşı: .....

8.Eşinizin Eğitim Durumu: İlkokul Mezunu Lise Mezunu  
Orta Okul Mezunu Üniversite ve Üstü

9.Eşinizin Mesleği:

10.Aylık gelir miktarı ne kadardır:

- Gelir giderden az  
 Gelir giderden fazla  
 Gelir gidere eşit

11. Ailedeki çocuk sayısı: .....

12. Eşinizden Çocuğunuzun Bakımı İle İlgili Destek Görüyor musunuz?  Evet  Hayır

13.Çocuğunuzla Sizden Başka İlgilenen Var Mı?  Evet  Hayır

14. Evet İse Kim/Kimler?

Büyükanne

Büyükbaba

Teyze

Hala

Amca

Dayı

Bakıcı

Diğer (Yakınlık Derecesini Belirtiniz).....

## **B. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU-ÇOCUK**

15. Çocuğun Yaşı: .....

16. Çocuğun Cinsiyeti

Erkek

Kız

17. Kaçınıcı Çocuk: .....

18. Kardeş Sayısı: .....

19. Çocuğun Tanısı: .....

20. Ameliyat Tarihi: .././....

21. Ameliyat sonrası hastanede kalış Süresi: .....gün

22. Daha önce diğer kardeşlerinde doğuştan gelen kalp anomalisi nedeniyle ameliyat olma durumu:

Evet

Hayır

### EK 5. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Sizden öğrenmek istediğimiz,

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

Örneğin; “duygularımı ifade etme” konusunda hiç değişim yaşamadıysanız 0’ı, çok az değişim yaşadysanız 1’i, biraz değişim yaşadysanız 2’yi, orta düzeyde değişim yaşadysanız 3’ü, Oldukça fazla değişim yaşadysanız 4’ü, çok fazla değişim yaşadysanız 5’i işaretleyiniz.

	0	1	2	3	4	5
	Hiç değişim yaşamadım	Çok az	Biraz yaşadım	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Çok fazla

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 6. Olayların Etkisi Ölçeği

Aşağıda insanların bazen stres dolu olaylardan sonra yaşadıkları zorlukların listesi bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi okuyun ve sonra her zorluğun sizin için ne kadar sıkıntı/rahatsızlık verici olduğunu aşağıdaki cümleye göre belirtin:

\_\_\_\_\_, bu zorluklardan ne kadar rahatsız oldunuz ya da zarar gördünüz?

	Asla	Biraz	Az Çok	Oldukça	Aşırı
1. Olayı bana hatırlatan herhangi bir şey hislerimi geri getirdi	0	1	2	3	4
2. Uyumakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
3. Diğer şeyler olay hakkında düşünmeme sebep oluyor.	0	1	2	3	4
4. Sinirli ve öfkeli hissettim.	0	1	2	3	4
5. Olay hakkında düşündüğümde ya da olay hatırlatıldığında kendimi üzmemekten kaçındım.	0	1	2	3	4
6. Niyetlenmediğim halde/İstmeden de olsa olayı düşündüm.	0	1	2	3	4
7. Olay olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim.	0	1	2	3	4
8. Olayı hatırlatan şeylerden uzak durdum.	0	1	2	3	4
9. Olayın görüntüleri aklıma geldi.	0	1	2	3	4
10. Sinirliydim ve kolayca ürküyordum.	0	1	2	3	4
11. Olay hakkında düşünmemeyi denedim.	0	1	2	3	4
12. Olay hakkında hala birçok hisse sahip olduğumun farkındaydım, fakat onlarla uğraşmadım.	0	1	2	3	4
13. Olay hakkında hissizdim.	0	1	2	3	4
14. Kendimi o zamana dönmüş gibi hareket ederek ya da hissederken buldum.	0	1	2	3	4
15. Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
16. Olay hakkında güçlü duydu dalgalanmalarım var.	0	1	2	3	4
17. Olayı aklımdan çıkartmayı denedim.	0	1	2	3	4
18. Konsantre olmakta zorluk çektim.	0	1	2	3	4
19. Olayı hatırlatan unsurlar terleme, soluk almada zorluk, uykusuzluk ya da kalp çarpıntısı gibi fiziksel tepkilere sebep oldu.	0	1	2	3	4
20. Olay hakkında rüyalar gördüm.	0	1	2	3	4
21. Tetikte ve savunmaya hazır hissettim.	0	1	2	3	4
22. Olay hakkında konuşmamayı denedim.	0	1	2	3	4



## EK 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

<b>Kesinlikle hayır</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Kesinlikle evet</b>
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

**EK 8. Orjinallik Ekran Çıktısı**

KONJENİTAL KALP HASTALIĞI NEDENİYLE AMELİYAT OLAN  
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE TRAVMA SONRASI  
BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## ORJİNALLİK RAPORU

% <b>15</b>	% <b>14</b>	% <b>3</b>	% <b>7</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Trakya University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>2</b>
<b>2</b>	<b>openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>hdl.handle.net</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Hacettepe University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>www.journalagent.com</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>pt.scribd.com</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>acikerisim.ticaret.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>abakus.inonu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>

[www.asg.com.tr](http://www.asg.com.tr)

## EK 9. Dijital Makbuz



### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Emine Alpaslan
Ödev başlığı:	KONJENİTAL KALP HASTALIĞI NEDENİYLE AMELİYAT OLAN ÇO...
Gönderi Başlığı:	KONJENİTAL KALP HASTALIĞI NEDENİYLE AMELİYAT OLAN ÇO...
Dosya adı:	Yeni_Microsoft_Word_Belgesi.docx
Dosya boyutu:	91.4K
Sayfa sayısı:	47
Word count:	12,208
Karakter sayısı:	82,340
Gönderim Tarihi:	26-Oca-2022 09:09ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	1748408971

#### 1. GİRİŞ

##### 1.1. Problem Tanımı ve Önceli

Yapısal ve fonksiyonel kalp anomalilerini içeren konjenital kalp hastalığı (KKH), çocuklarda, yaşamın ilk yılındaki en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir ve bu hastalıkla doğan her üç çocuktan biri yaşamını yitirmektedir (1-3). Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan KKH, bebek ölüm nedenlerinin %10'unu, malformasyona bağlı ölüm nedenlerinin ise yaklaşık yarısını oluşturmaktadır ve insidansı %0,8-1,2 arasındadır (2-4).

KKH'nın tedavisinde cerrahi çok önemli bir yer tutmaktadır ve son yıllardaki ileriye giden cerrahideki gelişmelerle, çocukların hayatta kalma ve yetkinliğe erişme şansını artırmıştır (5). Kronik bir hastalık olan KKH, çocuğun yaşamını olumsuz etkiler, ailesinin yaşamını da ciddi oranda etkilemektedir (6,7). Aileler, çocuk sahibi olmaya karar verdiklerinde, sağlıklı bir çocuk dünyaya getirmenin ve ebeveynlik işlevlerini tam anlamıyla yerine getirebilmenin umudunu taşırlar. Ancak, KKH tanılı çocuk sahibi olan ebeveynleri, anne-baba rollerinde, özel yaşamlarında, sosyal çevrelerinde, gelecek beklentileri ve planlarında, iş yaşamlarında değişiklikler ve çeşitli sorunlarla baş etme becerisini geliştirme zaman ve zorlu bir süreçtir (6-8). Ebeveynler, çocuğun tanı ve tedavi sürecinde psikolojik açıdan güç ve travmatik deneyimler yaşayabilmektedir. Bunlar arasında yeni ve değişik bir ortam olan hastanede uzun süre ve tekrarlı kalmak, çocuklarını yapısal ağırlı işlemlere tabi tutmak, tıbbi tedavi ve bakım hakkında güç kararlar vermek zorunda kalmak, özellikle ameliyat öncesi ve erken postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamına şüpheli etmek ve çocuğa yardım edememek sayılabilir. Bu durum ebeveynlerde, stres, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir (8-10).

Literatürde travmatik deneyimlerle karşı karyaya kalınan, bireyleri travma öncesi durumdan daha güçlü hale getirmesinin mümkün olabileceği belirtilmektedir (11-13). Yüksek derecede zorlayıcı yaşam koşullarına maruz kalanlarda gerçekleşen olumlu değişiklikler, Tedeschi ve Calhoun tarafından "Travma Sonrası Büyüme" kavramı ile ifade edilmiştir (13,14). Travma sonrası büyüme literatürde yeni bir kavram olarak karşımıza çıksa da, insanın zorluklar yaşamaya karşı bilgiye, duyguya ulaştığı duyularını etkin şekilde kullanması ve birçok insanın yaşadığı acı çekmenin birini öğütüp, diğerini öğütme durumları bulunmaktadır (15). Travma sonrası büyüme deneyimleri olarak gerçekleşen değişimler, yaşamdaki her farklı alanda meydana gelmektedir. Bunlar; hayata verilen değerler artması ve önceliklerin yeniden değerlendirilmesi, insanlarla daha yakın ilişkiler geliştirilmesi, bireyin kendi gücünün ve

## 9. ÖZGEÇMİŞ