

ARAŞTIRMA RESEARCH

Tip-II Diyabetli Hastalarda Travma Sonrası Büyüme Üzerinde Baş Etme Stilleri ve Kaçınma Arasındaki İlişki

The Relationship Between Coping Styles and Avoidance on Posttraumatic Growth in Type II Diabetes Patients

Mithat Durak¹, Emre Şenol Durak¹

Öz

Diyabetli hastalarda diyabet kaynaklı stresin olumsuz etkilerini araştıran çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen bu hastalarda travma sonrası gelişim ile ilgili çok az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışma, diyabetli hastalarda stres, başa çıkma stratejileri, hastanede yatış sayısı, sahip olunan çocuk sayısı ve ailenin toplam aylık geliri arasındaki olası ilişkinin travma sonrası gelişme üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla, Türkiye'deki çeşitli hastanelerde yatmakta olan Tip-II diyabetli hastalardan veri toplanmış (n=218) ve Schaefer ve Moos'un "Yaşam Krizi ve Kişisel Gelişim Modeli"ne dayanan araştırma modeli test edilmiştir. Araştırmanın bulguları, hastaneye yatış sayısının, çocuk sayısının ve aylık gelirin etkisi kontrol edildiğinde, yüksek orandaki sorun odaklı başa çıkmanın, sosyal destek arayışının, kaçınma baş etme stratejisinin ve bilişsel kaçınmanın travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Diyabetli hastalara klinik ortamlarda yapılan müdahaleler dikkate alındığında, alanda çalışan uzmanlar özellikle hastaların sorun odaklı başa çıkma, sosyal destek arayışı ve kaçınma baş etme stratejileri üzerine odaklanmalıdır..

Anahtar sözcükler: Travma sonrası gelişim, diyabetes mellitus, stresli olay, başa çıkma stratejileri.

Abstract

Although there is a great deal of literature dedicated to the adverse effects of diabetes-related stress in these patients, the concept of posttraumatic growth has been studied in a few studies. The present study aims to examine the possible associations of the stressfulness of event, coping strategies, number of hospitalizations, number of children, and income on the posttraumatic growth in patients with diabetes. For this purpose, patients with Type-II diabetes (n=218) were recruited from various hospitals in Turkey. The model which is based on the "Life Crises and Personal Growth Model" of Schaefer and Moos was tested. Results revealed that when the effect of the number of hospitalizations, number of children, and income were controlled, higher problem-focused coping, seeking social support, avoidance coping styles, and cognitive avoidance were associated with higher posttraumatic growth. Considering the interventions to patients with diabetes in clinical settings, professionals specifically focus on problem-focused coping, seeking social support and avoidance.

Keywords: Posttraumatic growth, diabetes mellitus, stressful event, coping strategies.

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Bolu

✉ Mithat Durak, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Bolu, Turkey
mithatdurak@gmail.com

Geliş tarihi/Submission date: 23.06.2019 | Kabul tarihi/Accepted: 17.10.2019 | Çevrimiçi yayın/Online published: 17.11.2019

DİYABET, hastaların yaşam kalitesini etkileyen sık görülen hastalıklardan biridir (Kramer ve ark. 2000) ve duygusal strese yol açar. Diyabet, yaşamı değiştiren bir dizi bakım stratejisi içerir. Diyabetli hastalar, hastalık sırasında ortaya çıkan birçok komplikasyonla başa çıkmaya çalıştıkları için hastalık sırasında güçlük çekerler (Horsch ve ark. 2007) ve hastaların tanı aldıktan sonra yaşam biçimlerini tamamen değiştirmeleri gerekir. Bu nedenle, hastalığın seyri bu hastalar için zorluklarla doludur. Diyabetle ilgili stresin hem diyabetli erişkin hastalar (Goodwin ve Davidson 2005) hem de diyabetli çocukların ebeveynleri (Landolt ve ark. 2002) üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) reaksiyonlarının tanı sonrasında gözlemlendiğini göstermiştir. Ayrıca, hastalığın doğası ile ilgili olarak, diyabet hastaları hastalığa psikolojik olarak uyum göstermekte, hastalığı yönetmeyi öğrenmekte ya da etkisiz başa çıkma stratejileri geliştirmektedir (Larranaga ve ark. 2011).

Birçok çalışma diyabetin olumsuz etkilerine odaklanırken, hastalığın olumlu etkileri yeterince incelenmemiştir (Chiba ve ark. 2014, Guha ve Carson 2014). Olumlu etkilerle ilgili olarak literatürde psikolojik dayanıklılık (Wee ve ark. 2005) ve manevi gelişim belirtilmiştir (Cagle ve ark. 2002). Öte yandan, diyabetli hastalarda yaşamın takdir edilmesi, sosyal ilişkilerde artış ve yeni yaşam olanaklarının gözlenmesi (Tedeschi ve Calhoun 2004) gibi stresli yaşam deneyimlerinden sonraki çeşitli değişimleri içeren travma sonrası gelişimi (TSG) inceleyen araştırma sayısı birkaç araştırma ile sınırlıdır (Senol-Durak 2014, Dirik ve Gocek-Yorulmaz 2018).

TSG literatüründe “Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli” kapsamlı bir model olarak kabul edilmiştir (Schaefer ve Moos 1998) ve kemik iliği transplantasyonundan muzdarip hastalar (Windows ve ark. 2005) ve kalp hastaları (Senol-Durak ve Ayvasik 2010) gibi çok sayıdaki örnekte bu model incelenmiştir. Bu modelde, bilişsel işleme TSG ile hem bireysel hem de çevresel etkenler arasındaki ilişkide aracı (mediator) role sahiptir. Çevresel etkenler olarak incelenen daha fazla sosyal destek alma (Senol-Durak ve Ayvasik 2010, Yeung ve Lu 2018) ve daha fazla çocuğa sahip olma (Senol-Durak 2007, Turner-Sack ve ark. 2012), TSG ile anlamlı olarak ilişkili çıkmıştır. Ayrıca sosyo-demografik değişkenlerden biri olan aylık gelir ile TSG ilişkisi alanyazında araştırılmıştır. Alanyazındaki tartışmalı bulgular, gelir ve TSG ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu göstermiştir. Daha düşük (Milam ve ark. 2004, Karanci ve Erkam 2007) ve daha yüksek bir gelire sahip olma (Ho ve ark. 2011, Felix ve ark. 2015) çeşitli çalışmalarda TSG ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, aylık gelir ve TSG arasındaki ilişki başka bir çalışmada anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır (Felix ve ark. 2015). Ayrıca, belirli kişilik özelliklerine sahip olma gibi bireysel etkenler TSG ile korelasyon göstermektedir. Bu kişilik özelliklerinden bazıları, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısıdır (Senol-Durak ve Belgin Ayvasik 2010). Teşhisten sonra geçen zaman (Polatinsky ve Esprey 2000) ve hastalık algısı (daha iyi gördüğü algısı ve düşük tehdit algısı) hastaların TSG skorlarını etkileyen olaya bağlı etkenler olarak incelenmiştir. Ayrıca, bir olay tarafından tehdit edilme algısının da bilişsel işlemlemeyi tetikleyen bir etken olduğu belirtilir (Tedeschi ve Calhoun 2004). Ancak, hastanede yatış süresi ve hastanede yatış durumu gibi olaya bağlı diğer etkenlerin TSG üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Windows ve ark. 2005).

Olayla ilgili etkenlere ek olarak; pozitif, aktif ve problem-odaklı başa çıkma stratejilerinin kanser hastalarında TSG ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Windows ve ark. 2005, Schmidt ve ark. 2012). Ek olarak, ergen kanserli hastalarda kabullenme yönelimli başa

çıkma stratejilerinin yüksek TSG rapor etme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Turner-Sack ve ark. 2012). Ayrıca, kanser hastaları örnekleminde işlevsel başa çıkma stratejileri ile TSG arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür ve sosyal destek veya kontrol edilemezlik algısı ile TSG arasındaki ilişkide işlevsel başa çıkma stratejilerinin aracılık rolü bulunmuştur (Cao ve ark. 2018). Benzer şekilde, olumlu yeniden çerçevelemenin bağlanma stili ve TSG arasındaki ilişkide aracı rolü oynadığı gözlenmiştir (Schmidt ve ark. 2012). Aynı şekilde, pozitif başa çıkma, diğerlerine bağlı başa çıkma TSG (Tomita ve ark. 2017) ve fayda bulma (Tran ve ark. 2011) ile pozitif korelasyon göstermektedir. Ayrıca, meme kanseri hastalarında pozitif başa çıkma stratejileri ve TSG altı aydan iki yıla kadar süren boylamsal çalışmada ilişkili bulunmuştur (Hamama Razer ve ark. 2019). Yanı sıra, derleme makalelerinde yüksek duygusal ya da araçsal destek ve yüksek TSG ilişkisi vurgulanmıştır (Barskova ve Oesterreich 2009). Önceki çalışmalar, daha çok işlevsel başa çıkma stratejilerini araştırmıştır. İşlevsel olan ve olmayan başa çıkma stratejileri hakkında araştırma sayısı daha azdır (Bjorck ve Byron 2014, Yu ve ark. 2016). Askerlerle yapılan bir çalışmada, olumsuz başa çıkma stratejilerinin depresyon ve TSG arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur (Yu ve ark. 2016). Dahası, işlevsel başa çıkma stratejileri TSG ile ilişkili bulunmuşken, kaçış-kaçınma stiline zorlayıcı-girici düşünceler, aşırı uyarılma ve bilişsel kaçınma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Kirby ve ark. 2011). Bu çalışma, TSG'yi değerlendirmek için başa çıkma stratejilerinin ve olayın stresinin birlikte araştırmasını önermektedir. Diğer bir deyişle, başa çıkma stratejileri ve TSG ilişkisini araştıran çalışmalar olayın stres yönünü göz ardı etmektedir.

Olaya ilişkin stres yükü düşünüldüğünde, olayın içerdiği stres ve TSG pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Weinrib ve ark. 2006). Eğer travmatik olay orta düzeyde şiddetli olarak değerlendirilirse, bireylerin TSG geliştirme olasılığı daha da artar (Tedeschi ve ark. 1998). Bu bağlamda, zorlayıcı düşüncelerin eksikliği yanıtıcı bir TSG'nin göstergesi olabilir (Şenol-Durak, 2007). Ayrıca, travma yaşayan genç erişkinlerde zorlayıcı düşünce puanındaki artışın travma sonrası gelişim puanındaki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur (Calhoun ve ark. 2000). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda olayın içerdiği stres boyutunun hafife alındığı vurgulanmaktadır (Wortman 2004). Bu nedenle, alanyazında tartışılmalı bulgulara rastlanmaktadır.

Alanyazında hastaların psikolojik iyilik hallerini etkileyen diyabetle ilişkili tehditlere geniş şekilde yer verilmiştir. Ancak, hastalığın olumlu etkisi (örneğin travma sonrası gelişim) yeterince çalışılmamıştır (Şenol-Durak 2014, Dirik ve Göcek-Yorulmaz 2018). Bu çalışma, diyabetli hastalarda bireysel etkenleri, baş etme stillerini ve olayın stresini "Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli" temelinde araştırmayı amaçlamaktadır (Schaefer ve Moos 1998). Tedavinin kalıcı etkileri göz önüne alındığında TSG ile ilgili farklı yaşam krizlerinde ilgili etkenlerin etkileşimlerinin ortaya çıkmasının değerli olduğu vurgulanmaktadır (Barskova ve Oesterreich 2009). Bu çalışmada; bireysel etkenlerin (örn., aylık gelir), çevresel etkenlerin (örn., çocuk sayısı), olaya ilişkin etkenlerin (örn., hastanede yatış sayısı, tedavi şekli) ve bu etkenlerin başa çıkma tarzlarıyla ve strese maruz kalma durumlarıyla (zorlayıcı-girici düşünceler, aşırı uyarılma, kaçınma) ilişkisinin TSG üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır. Bireysel ve çevresel faktörlerin (aylık gelir, hastanede yatış ve çocuk sayısı) olası etkileri kontrol ettikten sonra kuramsal model çerçevesinde üç aşamalı hiyerarşik regresyon analizi aşağıdaki hipotezleri test etmek için gerçekleştirilmiştir: i) Yüksek düzeyde "Planlı problem çöz-

me (PPÇ)”, “sosyal destek arayışı (SDA)” ve “Kaçış-kaçınma (KK)”, “sorumluluğu kabul etme (SKE)”, “kendine saklama (KSak)”, “kaderciliğe sığınma (KSığ)” ve “Doğüstü Güçlere İnanış (DGİ)” daha yüksek TSG ile ilişkili olacaktır. ii) Yüksek düzeyde zorlayıcı-girici düşünceler, aşırı uyarılma, kaçınma daha yüksek TSG ile ilişkili olacaktır.

Yöntem

Örneklem

Bu çalışma, şeker hastalığı komplikasyonlarını idare etmekte zorlandığı için hastanede yatan Tip-II diyabetli 218 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 52.08 ± 8.30 idi. Katılımcılar, Bolu (n=96, %44.04), Ankara (n=68, %31,19) ve Sivas (n=54, %24.77) illerindeki hastanelere başvuran bireylerdir. Katılımcıların çoğunluğu (%57.8, n=126) kadın, geri kalanları (%42.2, n=92) erkektir. Katılımcıların %87.6'sı evli (n=191),%8.7'si dul (n=19), %2.8'i boşanmış (n = 6) ve %0.9'u (n=2) bekar. Yaşadığı yer açısından, yaşamlarının büyük bir kısmını şehirlerde geçirenlerin oranının %51.4 (n=112), köylerde geçirenlerin oranının %19.7 (n=43), büyük şehir merkezlerinde geçirenlerin oranının %15.6 (n=34), kasabalarda geçirenlerin oranının %9.6 (n=21) ve şehirlerin ve büyük şehirlerin varoşlarında geçirenlerin oranının %3.7 (n=8) olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi açısından; katılımcıların %50.9'u (n=111) ilkököl mezunu, %29.4'ü (n=64) okuryazar, %8.7'si (n=19) lise mezunu,%6.0'ı (n=13) ortaokul/ilköğretim mezunu,%5'i (n=11) üniversite mezundur. Tüm katılımcılar hastanede yatarak tedavi gören II. Tip diyabet hastasıdır. Ayrıca, katılımcıların %83.5'inin (n=182) daha önce diyabet tedavisi için bir hastaneye yatış öyküsü varken geri kalan %16.5'i (n=36) diyabet tedavisi için hastaneye ilk kez yatmıştır. Tedavi şekli açısından katılımcıların %31.7'si (n=69) ilaçla, %11.9'u (n=26) insülinle, %54.1'i (n=118) hem insülinle hem de ilaçla ve %2.3'ü (n=5) diğer tedavi yöntemleriyle (örn., alternatif tıp, ilaç ve diyet birlikte, insülin ve diyet birlikte ve sadece diyet) tedavi olmaktadır.

Ölçekler

Demografik Bilgi Formu

Form, yedi sorudan oluşmaktadır. Katılımcılardan; cinsiyet, eğitim düzeyi (okuryazar, ilkököl mezuniyeti, ortaokul/ilköğretim mezuniyeti, lise mezuniyeti ve üniversite mezuniyeti), yaşamda en uzun süre yaşanan yer (köy, kasaba, şehir, büyükşehir merkezi ve büyükşehir varoşu), sahip olunan çocuk sayısı, daha önce bir hastanede diyabet nedeniyle yatış öyküsü (evet / hayır), hastanede yatış durumu (evet / hayır), tedavi tipi (ilaç tedavisi, insülin tedavisi, insülin + ilaç tedavisi, diğer tedavi türü) ile ilgili bilgi toplamak için hazırlanmış bir formdur. Demografik bilgi formu, alanyazındaki güncel bilgiler çerçevesinde geliştirilmiştir (Senol-Durak 2014).

Travma Sonrası Gelişim Envanteri (TSGE)

TSGE, travmatik olaylar karşısında meydana gelen olumlu değişiklikleri değerlendirmek için geliştirilmiştir. TSGE, 0 ile 5 arasında değerlendirilen 6 Likert tipinde (0 = Asla yaşamadım, 5= Aşırı derecede yaşadım) 21 maddeden oluşmaktadır. TSGE'nin toplam varyansın %60'ını açıklayan “başkaları ile ilişkiler”, “yeni olanaklar”, “manevi değişim”, “kişisel güçlülük” ve “yaşamı takdir etme” şeklinde beş faktörü bulunmaktadır (Cohen ve ark. 1998). TSGE'nin iç tutarlılığı .90 ve test-tekrar test güvenilirliği .71

olarak bulunmuştur (Calhoun ve ark. 2000). Envanterden alınan puanlar 0 ile 105 arasında değişmektedir ve yüksek puanlar travma sonrası gelişimin yüksek olduğunu göstermektedir. TSGE, artrit hastalarında Türkçeye uyarlanmış, (Dirik 2006) iç tutarlılığı .94 olarak bulunmuştur. Üç faktörlü yapının (ilişkilerde değişim, yaşam görüşünde değişim, öz algı değişikliği) uyum sağladığı görülmüş ve bu üç faktörün iç tutarlılığı sırasıyla .86, .87 ve .88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada TSGE'nin iç tutarlılığı .95 olarak bulunmuştur.

Olay Etkisi Ölçeği – Gözden Geçirilmiş Formu (OEÖ-R)

Zorlayıcı-girici düşünceleri, aşırı uyarılmayı ve kaçınmayı değerlendirmek için 0 ile 4 arasında puanlanan 5'li likert tipinde (0 = Asla, 4 = Çok sık) 22 maddeden oluşan bir ölçektir (Horowitz ve ark. 1979). Ölçek, uygulanmasından bir hafta önceki semptom sıklığını değerlendirmektedir. Ölçeğin gözden geçirilmiş yeni formuna; zaman içindeki değişimlere duyarlı olan kabuslar, tekrar eden düşünceler, duygular ve görüntüler eklenmiştir (Weiss ve Marmar 1997). Zorlayıcı-girici düşünceler ve kaçınma puanları 0 ile 32 arasında değişirken, aşırı uyarılma puanları 0 ile 24 arasında değişmektedir ve yüksek puanlar olayın daha yüksek stresli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin test edildiği araştırmanın sonuçlarına göre üç faktörlü çözümün uygun olduğu bulunmuştur: Zorlayıcı-girici düşünceler (ZGD, tekrar eden düşünceler; Cronbach alfa = .90), aşırı uyarılmışlık (AU; Cronbach alfa = .90) ve kaçınma (K; Cronbach alfa = .82) (Işıklı 2006). Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek çıkmıştır (Cronbach alpha = .93) ve Beck Kaygı Ölçeği ($r = .60$ ve Kısa Semptom Envanteri ($r = .72$) gibi benzer yapılarla yüksek korelasyon göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı .81 ile .85 arasında değişmektedir.

Başetme Yolları Ölçeği (BYÖ)

Ölçek, Lazarus ve Folkman'ın Başetme Yolları Ölçeği dikkate alınarak geliştirilmiştir (Senol-Durak ve ark. 2011). Ölçek, 0 ile 4 arasında puanlanan 5'li Likert tipinde 31 maddeden oluşmaktadır (0 = hiç kullanmıyorum 4 = her zaman kullanıyorum). Üniversite öğrencileri ve 18-75 yaşları arasındaki yetişkin örneklemelerinde ölçeğin yedi faktörlü modelinin (planlı problem çözme, PPÇ; kendine saklama, KSak; sosyal destek arayışı, SDA; kaçış-kaçınma, KK; sorumluluğu kabul etme, SKE; kadere sığınma, KSığ; doğüstü güçlere inanış, DGİ) uygun olduğu ve faktörlere ait iç tutarlılık katsayılarının .67 ile .84 arasında değiştiği görülmüştür. Alt ölçeklerin toplam puanları şu aralıktadır: PPÇ (6 madde) için 0 - 24, KK (5 madde) için 0 - 20 ve diğer alt ölçekler (KS, SDA, SKE, KSığ ve DGİ; her biri 4 madde) için 0 - 16 arasındadır. Yüksek puanlar, başa çıkma stillerinin daha fazla kullanıldığını gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığı bu çalışmada .60 ile .85 arasında değişmektedir.

İşlem

Bolu, Ankara ve Sivas illerinden veri toplamak için Abant İzzet Baysal Üniversitesinden (Protokol No: 901), Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (Protokol No: 000109) ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden (Protokol No: 30996/012216) etik ve yasal izinleri aldıktan sonra, çalışmanın amacı sağlık personeline anlatılmıştır. Sağlık personeli, araştırmanın amacını açıklamada hastalarla iletişim kurmalarında araştırmacılara yardımcı olmuştur. Araştırmaya gönüllü katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Anket sorularının bilgisayar tarafından katılımcılara yöneltildiği veya anketlerin kâğıt-kalem yöntemi ile uygulandığı çalışmalara göre anket sorularının katılımcıya

yüz yüze görüşmelerde sorulduğu çalışmalarda katılımcıların sosyal beğenilirliği yüksek ve doğruluğu düşük cevap verme eğiliminde oldukları daha önce yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Podsakoff ve ark. 2003). Bu nedenle, araştırma soruları ve ölçek maddeleri yüz yüze görüşmelerden ziyade kâğıt-kalem anket formunda katılımcılara yöneltilmiştir. Anket uygulaması öncesi hastalardan izin ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcılar, anket sorularına ve ölçek maddelerine psikolog yardımıyla odalarında yanıt vermişlerdir. Her bir katılımcının ölçekleri tamamlaması ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, 2012'de yayımlanan Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS-21) (IBM, Armonk, NY, ABD) kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılığı belirlemek için kesim p-değeri göz önüne alındığında, eşik .05 ($p < .05$) olarak belirlenmiştir. Ana analizlerden önce, tanımlayıcı istatistikler ve değişkenler arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Regresyon analizleri yukarıda belirtilen kuram ile ilgili alanyazındaki güncel literatüre dayanarak yapılmıştır. Modelde birinci aşamada bireysel ve çevresel etkenler, ikinci aşamada başa çıkma stratejileri ve son aşamada olayın stres yükü regresyon eşitliğine sokulmuştur.

Tablo-1: Değişkenler arası korelasyon ve değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. TSG		.32 ***	.33 ***	.40 ***	.39 ***	.33 ***	.29 ***	-.07	-.02	.17 **	.28 ***	-.19 *	.16 *
2. ZGD			.79 ***	.20 **	.19 **	.15 *	.15 *	.06	-.04	.16 *	.32 ***	-.25 ***	.25 ***
3. AU				.31 ***	.26 ***	.13	.15 *	.04	.01	.20 **	.32 ***	-.24 **	.29 ***
4. K					.25 ***	.10	.26 ***	-.04	.05	.13	.22 ***	-.14 *	.11
5. PPÇ						.13	.25 ***	-.09	.18 **	.20 **	.16 **	-.13	.01
6. SDA							.16 *	-.06	-.37 ***	.12	.26 ***	-.04	.12
7. KK								-.03	-.02	.08	.13	-.03	.02
8. SKE									.17 *	-.01	.08	.07	-.07
9. KSak										.09	.06	.02	.01
10. KSığ											.24 ***	-.31 ***	.31 ***
11. DGI												-.21 ***	.19 **
12. Aylık Gelir ^v													-.24 ***
13. ÇS ^v													
X	55.03	10.99	10.36	12.22	18.35	9.08	11.10	4.77	7.79	14.78	4.67	1205.17	3.58
StdSapma	24.84	8.47	7.10	7.39	4.54	4.05	4.59	4.25	5.73	2.38	3.10	717.94	1.57
Min (Olası)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0
Maks. (Olası)	104	32	24	32	24	16	20	16	16	16	16	5000	6

*** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$; TSG = Travma sonrası gelişim, ZGD = Zorlayıcı-girişi düşünceler, AU = Aşırı uyarılmışlık, K = Kaçınma, PPÇ = Planlı-problem çözme, SDA = Sosyal destek arayışı, KK = Kaçış-kaçınma, SKE = Sorumluluğu kabul etme, KSak = Kendine saklama, KSığ = Kadere sığınmak, DGI = Doğaüstü güçlere inanış, ÇS = Çocuk sayısı, ^v Gerçek istatistiksel dağılımı gösterir.

Bulgular

Tanımlayıcı değerler ve değişkenler arasındaki korelasyonlar Tablo-1'de verilmiştir. Korelasyon analizi, TSG puanlarının IES-R alt ölçekleri, aylık gelir ve sahip olunan çocuk sayısı ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. TSG, zorlayıcı-girici düşünceler ($r = .32, p < 0.001$), aşırı uyarılma ($r = .33, p < 0.001$), kaçınma ($r = .40, p < 0.001$), planlı-problem çözme ($r = .39, p < 0.001$), sosyal destek arayışı ($r = .33, p < 0.001$), kaçış/kaçınma ($r = .29, p < 0.001$), kadere sığınma ($r = .17, p < 0.01$), doğa üstü güçlere inanış ($r = .28, p < 0.001$), ve çocuk sayısı ($r = .16, p < 0.01$) değişkenleri ile pozitif yönlü ilişkilidir. Öte yandan, aylık gelir ($r = -.19, p < 0.01$) ile negatif yönlü ilişkilidir. TSG ile anlamlı ilişkileri ortaya çıkarmak için hiyerarşik çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Değişkenler eşitliğe üç adımda girildi. Aylık gelir, hastaneye yatış ve çocuk sayısının olası etkilerini kontrol etmek için ilk adımda bu değişkenler eşitliğe alındı. Başa çıkma stilleri (PPÇ, SDA, KK, SKE, KSak, KSığ ve DGI) faktörleri ikinci aşamada eşitliğe sokuldu. Son adımda, olayın stresliliğine ait faktörler (ZGD, AU ve K) eşitliğe girildi.

Tablo 2. Hiyerarşik regresyon analizi sonuçları

Yordayıcılar	B	β	t	df	F	R ²	R ² Değişim	p
Sabit Değer	53.36							
I. Kontrol Değişkenleri				3, 214	3.65	.049	.049	.013
Aylık Gelir	.01	-.14	-1.98					.049
Hastaneye yatış	.61	.05	.73					.466
Sahip olunan çocuk sayısı	1.86	.12	1.69					.092
II. Başetme Stilleri				7, 207	10.45	.297	.248	3.20 ^{e-11}
Planlı-Problem Çözme	1.58	.29	4.48					1.21 ^{e-5}
Sosyal Destek Arayışı	1.43	.23	3.37					.001
Kaçış-Kaçma	1.04	.15	2.51					.013
Sorumluluğu Kabul Etme	-.17	-.03	-.50					.620
Kendine Saklama	.08	.02	.27					.787
Kadere Sığınma	-.06	-.01	-.08					.933
Doğüstü Güçlere İnanma	.98	.12	1.90					.059
III. Olayın Stres Yükü				3, 204	8.19	.373	.076	3.57 ^{e-5}
Zorlayıcı-Girici Düşünceler	.36	.12	1.33					.186
Aşın Uyarılma	.11	.03	.32					.752
Kaçınma	.85	.25	4.08					6.47 ^{e-5}

Hiyerarşik regresyon analizi, kontrol değişkenleri arasında, sadece aylık gelirin TSG ile anlamlı bir ilişkisine sahip olduğunu ($\beta = -.14, t (214) = -1.98, p = .049$) ve bu değişkenin varyansın %4.9'unu açıkladığını ortaya koydu ($F [3, 214] = 3.65, p = .013$). İkinci adımda, PPÇ ($\beta = .29, t (207) = 4.48, p = .001$), SDA ($\beta = .23, t (207) = 3.37, p = .001$) ve KK ($\beta = .15, t (207) = 2.51, p = .013$) TSG ile anlamlı olarak ilişkili bulundu ve bu değişkenler varyansı %29.7'ye çıkardı ($F [7, 207] = 10.45, p = .001$). Son adımda, olayın stresli olma faktörleri arasında sadece K ($\beta = .25, t (204) = 4.08, p = .001$) TSG ile anlamlı bir ilişki gösterdi ve açıklanan varyans %37.3'e (F) yükseldi [$3, 204] = 8.19, p = .001$] (Tablo 2).

Tartışma

Bu çalışmada; sahip olunan çocuk sayısının, aylık gelirin ve hastaneye yatış sayısının etkisi kontrol edilerek başa çıkma stilleri, olayın stres yükünün boyutları ve TSG arasın-

daki ilişki değerlendirilmiştir. “Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modelinin” (Schaefer ve Moos 1998) kuramsal çerçevesi gözetilerek olayın stres yükünün boyutları ve bu yükün başa çıkma stilleri ile ilişkisi alanyazında ilk kez incelenmiştir. Başa çıkma stilleri ve olayın stres yükü (aşırı uyarılma, zorlayıcı-girici düşünceler, kaçınma ve travma sonrası gelişim değişkenleri) gibi bu yapıların doğası gereği sadece öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilmiştir. Bu yapıların hiçbiri, diğer bir kavramla örtüşmemektedir ve bu nedenle her bir kavram kendi öz bildirim ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Meme kanseri hastaları (Karancı ve Erkam 2007) üzerine yapılan araştırma sonuçları ile tutarlı olarak, aylık gelir TSG ile dolaylı şekilde ilişkili çıkmıştır. Gelirleri düşük olan bireyler TSG’den daha yüksek puan almıştır. Karancı ve Erkam (2007), aylık gelir ve TSG arasındaki ilişkiyi düşük gelir seviyesine sahip bireylerin yaşam üzerinde kontrol eksikliği hissedebilmelerinin TSG puanlarını artırabildiği şeklinde açıklamıştır. Bu bakış açısına paralel olarak, TSG bir kontrol mekanizması rolü üstlendiği için gelir seviyesi düşük bireylerin TSG puanları daha yüksek çıkmıştır.

Başa çıkma stilleri bağlamında, daha yüksek düzeyde problem odaklı başa çıkma, sosyal destek arayışı ve kaçış-kaçınma TSG ile ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bulgular problem odaklı başa çıkma (Windows ve ark. 2005, Schmidt ve ark. 2012) ve sosyal destek arayışı (Barskova ve Oesterreich 2009) ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile tutarlıdır. İşlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ve TSG ilişkisi alanyazında ifade edilmiştir (Yu ve ark. 2016). Bu bağlamda, ilginç bir şekilde, kaçış-kaçınma baş etme stratejisi ile TSG arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur. Bu baş etme stratejisi davranışsal açıdan uzaklaşmaya ya da kaçınmaya işaret etmektedir. Alanyazında mevcut daha önceki araştırmalarda gösterildiği gibi kaçınma başa çıkma tarzı (örn., dışarıya çıkarak stresten ve sıkıntıdan uzaklaşma, çeşitli hobilerle uğraşma vb.) yüksek düzeyde bilişsel kaçınma ile ilişkilidir (Kirby ve ark. 2011). Benzer şekilde, düşük davranışsal meşguliyetsizlik ve yüksek TSG ilişkilidir (Rosland ve ark. 2014). Bu nedenle, kaçınma başa çıkma tarzının dikkat dağıtıcı özelliği olduğu söylenebilir. Ayrıca, kanser hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ortaya konulan dikkat dağıtma ve TSG ilişkisi bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir (Scrignaro ve ark. 2011). Bununla birlikte, Scrignaro'nun araştırmasında altı ay boyunca önemli bir ilişki gözlenmemiştir. Bu nedenle, kaçış-kaçınma başa çıkma tarzının geçici bir başa çıkma tarzı olabileceğini savunulmaktadır.

Kaçış-kaçınma başa çıkma tarzının kullanılmasına ek olarak, olayın stres yükü ve TSG arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu bakımdan, yüksek kaçınmacı düşünce tarzı (örn., bellekten çıkarmaya çalışma, kendi kendine üzülme kaçınma, olay hakkında konuşmama) ve daha yüksek TSG anlamlı şekilde ilişkili çıkmıştır. Olayın stres yükünün tüm boyutlarının etkisi incelendiğinde, aşırı uyarılma boyutu içeren model yeterli sonuç vermemiştir. Aynı şekilde, Fransa (Brunet ve ark. 2003) ve İspanya örneklemelerinde (Báguena ve ark. 2001), aşırı uyarılma boyutunun anlamsızlık sonuçlarının ölçeğinin psikometrik özellikleriyle ilişkili olabileceği ortaya konmuştur. Ayrıca, bu çalışmada, katılımcılar sadece hastanelerde yatan diyabetli hastalardan seçilmiştir. Hastaların, her şeyin sağlık uzmanlarının kontrolü altında olduğunu hissettikleri söylenebilir. Bu nedenle, aşırı uyarılma boyutu anlamlı sonuç vermemiştir. Ayrıca, zorlayıcı-girici düşünce boyutu anlamlı sonuç vermemiştir. Benzer tartışmalı bulgular alanyazında görülmektedir.

Diyabetli hastalar için klinik ortamlarda yapılan müdahaleler dikkate alındığında,

profesyoneller özellikle problem odaklı başa çıkmaya odaklanmakta ve hastaları önemli ilişkileri olan kişilerle sosyal destek arayışına yönlendirmektedirler. Profesyoneller hastaları problem odaklı başa çıkma konusunda teşvik edebilir ve destek sağlamada sosyal destek ağını geliştirebilir. Ayrıca, bireylerin stresli koşullarda kaçış/ kaçınma başetme tarzını kullanıp kullanmadığı pratikte incelenmelidir. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönleri dikkate alındığında, profesyoneller başlangıçta hiç çocuğu olmayan ya da az çocuğu olan kişilerle, daha yüksek geliri olan kişilerle ve daha az hastaneye yatışı olan kişilerle hastaların yaşam kalitesini arttırmak için çalışabilir. Olumlu bakış açısının iyileştirilmesinin (örn., fayda bulma) hastaların diyabet yönetimi konusunda yardımcı olacağı vurgulanmaktadır (Tran ve ark. 2011). Bu nedenle, TSG ile diyabet tedavisine bağlılık arasındaki bağlantıyı araştırmak için ileri çalışmalar teşvik edilmektedir.

Bu çalışma sadece yatarak tedavi alan diyabet hastaları ile yapılmıştır. Bu nedenle, sonuçlar diyabetli diğer hastalara (örn., diyabetik ayakta tedavi gören hastalar, Tip-I diyabet) uygulanırken dikkatle yaklaşılmalıdır. Gelecekte, bu çalışmanın sonuçları boylamsal bir araştırma tasarımı ile test edilecektir. Ayrıca, başa çıkma mekanizmalarının etkisi (Bjorck ve Byron 2014), diğer çevresel kaynaklar (örn., sosyal destek, evlilik desteği) (Reupert ve ark. 2015, Smith ve ark. 2015), diyabetle ilgili değişkenler (örn., diyabet türü) TSG ile diyabet arasındaki ilişkiyi daha geniş bir perspektiften açıklama yaparken dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

- Báguena MJ, Villarroya E, Belaña Á, Díaz A, Roldán C, Reig R (2001) Psychometric properties of the Spanish version of the Impact of Event Scale Revised (IES-R). *Anál. Modif. Conducta*, 27:581-604.
- Barskova T, Oesterreich R (2009) Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disabil Rehabil*, 31:1709-1733.
- Bjorck JP, Byron KI (2014) Does stress-related growth involve constructive changes in coping intentions? *J Abnorm Psychol*, 9:97-107.
- Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S (2003) Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Can J Psychiatry*, 48:56-61.
- Cagle CS, Appel S, Skelly AH, Carter-Edwards L (2002) Mid-life African-American women with type 2 diabetes: influence on work and the multicaregiver role. *Ethn Dis*, 12:555-566.
- Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J (2000) A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress*, 13:521-527.
- Cao W, Qi X, Cai DA, Han X (2017) Modeling posttraumatic growth among cancer patients: The roles of social support, appraisals, and adaptive coping. *Psychooncology*, 27:208-215.
- Chiba R, Miyamoto Y, Funakoshi A (2014) The concept of "benefit finding" for people at different stages of recovery from mental illness; a Japanese study. *J Ment Health*, 23:20-24.
- Cohen LH, Hettler TR, Pane N (1998) Assessment of posttraumatic growth. In *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis* (Eds RG Tedeschi, CL Park, LG Calhoun):23-42. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Dirik G (2006) Predictor variables of depression, anxiety and posttraumatic growth among rheumatoid arthritis patients (PhD Thesis). Ankara, Middle East Technical University.
- Dirik G, Gocek-Yorulmaz E (2018) Positive sides of the disease: posttraumatic growth in adults with type 2 diabetes. *Behav Med*, 44:1-10.
- Felix E, Afifi T, Kia-Keating M, Brown L, Afifi W, Reyes G (2015) Family functioning and posttraumatic growth among parents and youth following wildfire disasters. *Am J Orthopsychiatry*, 85:191-200.
- Goodwin RD, Davidson JR (2005) Self-reported diabetes and posttraumatic stress disorder among adults in the community. *Prev Med*, 40:570-574.
- Guha M, Carson J (2014) Positive psychology, utilitarianism and the pursuit of happiness. *J Ment Health*, 23:159-161.
- Hamama - Raz Y, Pat - Horenczyk R, Roziner I, Perry S, Stemmer SM (2019) Can posttraumatic growth after breast cancer

- promote positive coping? A cross-lagged study. *Psychooncology*, 28:767-774.
- Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL (2006) A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*, 74:797-816.
- Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, McGrath C, Zwahlen RA (2011) The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncol*, 47:121-124.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W (1979) Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 41:209-218.
- Horsch A, McManus F, Kennedy P, Edge J (2007) Anxiety, depressive, and posttraumatic stress symptoms in mothers of children with type 1 diabetes. *J Trauma Stress*, 20:881-891.
- Işıklı S (2006) Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler. (Doktora tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Karanci AN, Erkam A (2007) Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress Health*, 23:315-322.
- Kirby R, Shakespeare-Finch J, Palk G (2011) Adaptive and maladaptive coping strategies predict posttrauma outcomes in ambulance personnel. *Traumatology*, 17(4):25-34.
- Kramer JR, Ledolter J, Manos GN, & Bayless ML (2000) Stress and metabolic control in diabetes mellitus: methodological issues and an illustrative analysis. *Ann Behav Med*, 22:17-28.
- Landolt MA, Ribi K, Laimbacher J, Vollrath M, Gnehm HE, Sennhauser FH (2002) Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol*, 27:647-652.
- Larranaga A, Docet MF, Garcia-Mayor RV (2011) Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes*, 2(11):189-195.
- Milam JE, Ritt-Olson A, Unger JB (2004) Posttraumatic growth among adolescents. *J Adolescent Res*, 19:192-204.
- Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee JY, Podsakoff NP (2003) Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *J Appl Psychol*, 88:879-903.
- Polatinsky S, Esprey Y (2000) An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *J Trauma Stress*, 13:709-718.
- Reupert A, Maybery D, Morgan B (2015) The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities. *J Ment Health*, 24:357-362.
- Rosland AM, Piette JD, Lyles CR, Parker MM, Moffet HH, Adler NE et al. (2014) Social support and lifestyle vs. medical diabetes self-management in the diabetes study of Northern California (DISTANCE). *Ann Behav Med*, 48:438-447.
- Schaefer JA, Moos RH (1998) The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping posttraumatic growth. In *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis* (Eds RG Tedeschi, CL Park, LG Calhoun):99-123. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Schmidt SD, Blank TO, Bellizzi KM, Park CL (2012) The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *J Health Psychol*, 17:1033-1040.
- Scrignaro M, Barni S, Magrin ME (2011) The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psychooncology*, 20:823-831.
- Senol-Durak E (2007) Environmental and individual resources, perception of the event, cognitive processing and coping as factors leading to posttraumatic growth among the survivor of myocardial infarction patients and their spouses (Doctorate thesis). Ankara, Middle East Technical University,
- Senol-Durak E (2014) Stress Related growth among diabetic outpatients: role of social support, self-esteem, and cognitive processing. *Soc Indic Res*, 118:729-739.
- Senol-Durak E, Ayvasik HB (2010) Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. *J Clin Psychol Med Settings*, 17:150-158.
- Senol-Durak E, Ayvasik HB (2010) Factors associated with posttraumatic growth among the spouses of myocardial infarction patients. *J Health Psychol*, 15:85-95.
- Senol-Durak E, Durak M, Elagoz FO (2011) Testing the psychometric properties of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) in Turkish university students and community samples. *Clin Psychol Psychother*, 18:172-185.
- Smith L, Hill N, Kokanovic R (2015) Experiences of depression, the role of social support and its impact on health outcomes. *J Ment Health*, 24:342-346.
- Tedeschi RG, Calhoun LG (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*, 15:1-18.
- Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG (1998) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in The Aftermath of Crisis*: Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Tomita M, Takahashi M, Tagaya N, Kakuta M, Kai I, Muto T (2016) Structural equation modeling of the relationship between

- posttraumatic growth and psychosocial factors in women with breast cancer. *Psychooncology*, 26:1198-1204.
- Tran V, Wiebe DJ, Fortenberry KT, Butler JM, Berg CA (2011) Benefit finding, affective reactions to diabetes stress, and diabetes management among early adolescents. *Health Psychol*, 30:212-219.
- Triplet KN, Tedeschi RG, Cann A, Calhoun LG, Reeve CL (2012) Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychol Trauma*, 4(4):400-410.
- Turner-Sack AM, Menna R, Setchell SR, Maan C, Cataudella D (2012) Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 29:70-79.
- Wee HL, Lee WW, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Li SC (2005) Validation of the English version of the KINDL generic children's health-related quality of life instrument for an Asian population--results from a pilot test. *Qual Life Res*, 14:1193-1200.
- Weinrib AZ, Rothrock NE, Johnsen EL, Lutgendorf SK (2006) The assessment and validity of stress-related growth in a community-based sample. *J Consult Clin Psychol*, 74:851-858.
- Weiss DS, Marmar CR (1997) The Impact of Event Scale Revised. In *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (Eds JP Wilson, TM Keane):399-411. London, Guilford Press.
- Windows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK (2005) Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychol*, 24:266-273.
- Wortman CB (2004) Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychol Inq*, 15:81-90.
- Yeung NC, Lu Q (2018) Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, 41:53-61.
- Yu Y, Peng L, Liu B, Liu Y, Li M, Chen L et al. (2016) The effects of anxiety and depression on stress-related growth among Chinese army recruits: Resilience and coping as mediators. *J Health Psychol*, 21:1884-1895.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Etik Onay: Çalışma Yerel Etik Kurul tarafından onaylanmıştır. Tüm katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: 109K528 nolu SOBAG projesi olarak TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir.

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Ethical Approval: The study was approved by the Local Ethics Committee. Written informed consent was obtained from all participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: This study has been supported by TÜBİTAK as SOBAG project number 109K528.
