

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAM**

**ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE HASTA KAYBIYLA İLİŞKİLİ YAS  
VE POST TRAVMATİK GELİŞİMİN İNCELENMESİ**

**MERAL TURGUT**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Hatice YILDIZ**

**AYDIN-2022**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgileri ve sabrıyla hep yanımda olan, Çalışmamın her aşamasında yanımda olup yoluma ışık tutan saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yıldız'a,

Tez savunma jürisinde yer alan ve mesleki bilgi ve tecrübeleri ile katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Hüsniye Çalışır, Prof. Dr. Güler Cimete ve Doç. Dr. Seher Sarıkaya Karabudak'a,

Çalışmamın yürütüldüğü birimlerde görev yapan değerli meslektaşlarıma, araştırmaya gönüllü olarak dahil olan ve araştırmanın gerçekleştirilmesinde önemli katkıları olan değerli katılımcılara,

Çalışmam boyunca zor anlarımda sevgi ve desteklerini esirgemeyen, annem Nezahat Turgut ve babam Hüseyin Turgut'a,

Çalışmam boyunca bana her türlü desteği sağlayan sorumlu hemşirem Hayriye Demir ve tüm iş arkadaşlarıma,

Çalışmam boyunca en büyük destekçilerimden biri olan, sabrı ile hep yanımda olan hayat arkadaşım Gökhan Selek'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY .....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ .....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırma Soruları .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1.Yas.....	4
2.1.1.Yas Süreci .....	4
2.1.2. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler .....	6
2.1.3. Patolojik Yas .....	7
2.1.4. Haklarından Mahrum Bırakılmış Yas .....	8
2.1.5. Hemşirelerde Hasta Kaybıyla İlişkili Yas.....	9
2.2. Travma Sonrası Gelişim.....	10
2.2.1. Tedeschi and Calhoun'un Travma Sonrası Gelişme Modeli.....	11
2.2.1.1. Yaşamın Takdir Edilmesi.....	12
2.2.1.2. Başkalarıyla Yeni İlişkiler Kurma.....	12
2.2.1.3. Kişisel Güç .....	13
2.2.1.4. Manevi Gelişim .....	13
2.2.1.5. Yeni Olasılıklar .....	13
2.2.2. Joseph ve Linley Travma Sonrası Gelişim Teorisi .....	14

2.2.3. Janoff-Bulman Travma Sonrası Gelişim Teorisi.....	14
2.2.4. Travma Sonrası Gelişimi Etkileyen Faktörler.....	15
2.3. Hemşirelerde Hasta Kaybıyla İlişkili Travma Sonrası Gelişim .....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	17
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	17
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	17
3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri .....	18
3.5. Araştırmaya Alınmama (Dışlama) Kriterleri .....	18
3.6. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri .....	18
3.7. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	18
3.8.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	19
3.8.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1) .....	19
3.8.2. Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (TDYÖ) (Texas Revised Inventory of Grief, TRIG) (EK-2)....	19
3.8.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) (EK-3)	20
3.9.Araştırmanın Uygulanması .....	21
3.10.Araştırmanın Ön Uygulaması.....	21
3.11.Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	22
3.12.Araştırmanın Etik Yönü .....	22
3.13. Araştırmanın Akış Şeması.....	23
4. BULGULAR.....	25
4.1. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özellikleri ve Kayıp Deneyimleri .....	25
4.2. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (TDYÖ) Puanları ve İlişkili Faktörlere Ait Bulgular .....	29
4.3. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) Toplam ve Alt Ölçeği Puanları ve İlişkili Faktörler .....	33
4.4.Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin TDYÖ Puanları ve TSBE Puanlarının Arasındaki İlişki .....	38

4.5. Hasta Kaybı Sonrasında Hemşirelerin Kendilerine Yardımcı Olabileceğini Düşündüğü Yaklaşımlar/ Uygulamalara İlişkin Bulgular .....	39
5.TARTIŞMA .....	42
5 .1. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve İlişkili Faktörler .....	42
5.2. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanları ve İlişkili Faktörler .....	45
5.3.Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanlarının Arasındaki İlişki.....	47
5.4. Hasta Kaybı Sonrasında Hemşirelerin Kendilerine Yardımcı Olabileceğini Düşündüğü Yaklaşımlar/Uygulamalar .....	48
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	50
KAYNAKLAR .....	52
EKLER.....	63
Ek 1. Tanımlayıcı Bilgi Formu .....	63
Ek 2. Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği.....	66
Ek 3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri.....	68
EK 4. Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Kullanma İzni .....	71
Ek 5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri Kullanma İzni .....	72
EK 6. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği İzni .....	73
EK 7. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı .....	74
BİLİMSEL ETİK BEYANI .....	75
ÖZ GEÇMİŞ .....	76

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APA** : American Psychological Association  
**DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**PTGI** : Posttraumatic Growth Inventory  
**TDYÖ** : Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği  
**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması  
**TRIG** : Texas Revised Inventory of Grief  
**TSBE** : Travma Sonrası Büyüme Envanteri

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması .....	25
---	----



## TABLÖLÄR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları .....	22
<b>Tablo 2.</b> Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı.....	26
<b>Tablo 3.</b> Hemşirelerin kayıp deneyimleri.....	28
<b>Tablo 4.</b> Teksas Düzeltmiş Yas Ölçeği (TDYÖ) puan ortalamaları .....	29
<b>Tablo 5.</b> Hemşirelerin demografik özelliklerine göre TDYÖ puanının değerlendirilmesi .....	30
<b>Tablo 6.</b> Hemşirelerin kayıp deneyimlerine göre TDYÖ puanının değerlendirilmesi.....	32
<b>Tablo 7.</b> TSBE ve alt boyutlarının dağılımı ve iç tutarlılıklarının değerlendirilmesi .....	33
<b>Tablo 8.</b> Hemşirelerin demografik özelliklerine göre TSBE toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi .....	35
<b>Tablo 9.</b> Hemşirelerin kayıp deneyimlerine göre TSBE toplam ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	37
<b>Tablo 10.</b> TDYÖ ile TSBE toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....	38
<b>Tablo 11.</b> Teksas Düzeltmiş Yas Ölçeğinin Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi .....	39
<b>Tablo 12.</b> Hasta kaybı sonrasında hemşirelerin kendilerine yardımcı olabileceğini düşündüğü yaklaşımlar/uygulamalara ilişkin bulgular.....	41

## ÖZET

### ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE HASTA KAYBIYLA İLİŞKİLİ YAS ve POST TRAVMATİK GELİŞİMİN İNCELENMESİ

**Turgut, M. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk**

**Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.**

**Amaç:** Bu çalışmada Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin yaşadıkları hasta kaybıyla ilişkili yas ve post travmatik gelişimin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, analitik/kesitsel olarak, 30 Mart-30 Haziran 2021 tarihleri arasında, çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan 200 hemşire ile yapıldı. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu, Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (TDYÖ), Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) ve hemşirelerin kayıpla başa çıkma konusunda önerilerini sorgulayan bir açık uçlu soru ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, student t-testi, tek yönlü varyans analizi ve post hoc testler kullanıldı. Değişkenlerin etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare( $\eta^2$ ) katsayıları kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmada hemşirelerin TDYÖ puanları  $49,425 \pm 10,868$ , TSBE puanları  $61,450 \pm 24,934$  olarak bulundu. Hemşirelerin yas düzeyleri ile travma sonrası gelişim düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkili bulundu. Terminal dönem ve yas konusunda eğitim alma, ölmekte olan çocuğa bakım verirken ve aileye duygusal destek sağlarken rahat hissetme ve destek profesyonellerin varlığı yas düzeylerini azaltırken, çalışma süresinin uzunluğu, kaybedilen çocuk sayısının fazla olması, birimde çalışmayı istemenin yas düzeylerini arttırdığı bulundu. Kadın olmak, birimde çalışmayı istemek, kayıp sonrası yeterli zaman tanınması daha yüksek travma sonrası gelişim, eğitim düzeyinin yüksek olması ve kaybedilen çocuk sayısının fazla olması ise daha düşük travma sonrası gelişim ile ilişkili bulundu. Hemşireler en çok kayıp sonrası zaman (n=35) ve profesyonel destek (n=22) talep ettiler.

**Sonuç:** Hemşireler hasta kaybıyla ilişkili orta düzeye yakın yas yaşamaktadır. Hemşirelerin yas düzeyi azalırken travma sonrası gelişimleri artmaktadır. Sağlık bakım yöneticileri ve

gelecekteki araştırmacılar, hemşirelerin yas duygularıyla baş edebilmesine yardımcı ve travma sonrası gelişimlerini destekleyici müdahaleleri planlarken bu bulgulardan yararlanabilirler

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşire, Travma Sonrası Gelişim, Yas



## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF GRIEF and POST TRAUMATIC DEVELOPMENT RELATED to PATIENT LOSS in PEDIATRIC INTENSIVE CARE NURSES

**Turgut M. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Child Health and Diseases Nursing Program, Master Thesis, Aydın, 2022.**

**Objective:** In this study, it was aimed to examine the grief and post-traumatic development and related factors associated with the loss of patients experienced by Pediatric Intensive Care Nurses.

**Materials and Methods:** This analytical/cross-sectional study was conducted with 200 nurses working in the pediatric intensive care unit between 30 March-30 June 2021. Data were collected with a Descriptive Information Form, Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), Post Traumatic Growth Inventory (PTGI), and an open-ended question questioning nurses' recommendations for coping with loss. Descriptive statistics, student t-test, one-way analysis of variance and post hoc tests were used in the analysis of the data. Cohen(d) and Eta squared( $\eta^2$ ) coefficients were used to calculate the effect size of the variables.

**Results:** In the study, nurses' TRIG scores were  $49,425 \pm 10,868$ , and PTGI scores were  $61,450 \pm 24,934$ . She found a positive weak connection between the age levels of the nurses and the post-traumatic development levels. It was found that while being educated about the terminal period and bereavement, feeling comfortable while caring for the dying child and providing emotional support to the family, and the presence of support professionals decreased the levels of grief, the length of the working period, the high number of children lost, and the desire to work in the unit increased the levels of grief. While training in terminal terms and age, caring for the dying child and providing emotional support to the family, comfortable and supportive professionals' presence reduced age levels, the length of work, the number of children lost, and the wanting to work in the unit increased their age levels. Being a woman, wanting to work in the unit, giving enough time after loss, increased post-traumatic development, higher levels of education, and more children lost were associated with lower

post-traumatic development. The nurses demanded the most post-loss time (n=35) and professional support (n=22).

**Conclusion:** Nurses live in near-medium age associated with patient loss. The age levels of nurses are decreasing, while post-traumatic development is increasing. Health care administrators and future researchers can benefit from these findings when planning interventions that help nurses cope with their grief and support their post-traumatic growth.

**Key Words:** Grief, Nurse, Pediatric Intensive Care Unit, Posttraumatic Growth,



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gelişen teknoloji ve ilerleyen tıp uygulamaları ile birlikte birçok hastalık tedavi edilebilmesine rağmen ülkemizde 5 yaş altı çocukların binde 11,3'ü çeşitli nedenlerle hayatını kaybetmekte ve bu kayıpların çoğu hastanelerde yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir (TNSA 2018). Bu yüzden kayıp sırasında bireylerin yanında sağlık çalışanları ve sağlık çalışanları içinde hastalar ile en çok vakit geçiren hemşireler bulunmaktadır (Potter ve Perry 2005).

Hemşireler kayıp deneyimi ile mesleki hayatının ilk yıllarında veya lisans eğitimi sırasında mutlaka karşılaşır. Hemşireler tarafından gerçekleştirilen hasta merkezli bakım uygulamaları nedeniyle hastalar ve aileleriyle sık sık fiziksel ve sosyal temasta bulunurlar (Anderson ve Gaugler, 2007). Çocukların savunmasız doğası, çocuğa ve aileye bakım verirken oluşan bağlar nedeniyle pediatri hemşireleri önemli bir bakım rolüne sahiptir ve yaşam sonu bakım süresince çocuk ve aileleriyle yakın bir bağ kurarlar (Khalaf ve diğerleri, 2018). Çocuk hemşireleri çocuğun son anlarında ailenin yeterince bilgi almasından, çocuğun yaşam sonu bakımından, çocuğun aileye teslim edilmesinden ve kayıp sonrası yaşlı ebeveynlere duygusal destek sağlamaya kadar geçen süreçte aktif rol oynarlar. Bu durum, hemşirelerin çocuğun ölümünden sıklıkla etkilenmesine ve daha derin ve büyük bir kayıp duygusu yaşamasına neden olur (Adwan, 2014; Rich, 2002; Rodriguez ve diğerleri, 2020)

Bir çocuğun ölümü ebeveynleri, aileleri, arkadaşları kadar hemşireler için de üzücüdür. Bununla birlikte, çocuğun yakın çevresinin yaşadığı yas toplum tarafından onaylanır ve kabul edilirken, çocuk hemşirelerinin hastalarıyla aralarındaki ilişki ve yaşadığı kayıp aynı ölçüde kabul görmez. Hemşirelerin deneyimlediği yasin bu türü ilk defa Doka (1982) tarafından tanımlandı ve "haklarından mahrum bırakılmış yas" olarak isimlendirildi. Yaşadığı yas gerek hastane yönetimi gerekse sosyal çevresi tarafından kabul edilmemesi hemşirelerin duygusal olarak tükenmişlik ve kronik yas yaşamasına yol açabilir (Crowe, 2017).

Literatür, hemşirelerin yasinin yaygın bir olay olduğunu ve ruhsal ve fiziksel sağlığını, iş doyumunu, işten ayrılma oranlarını, kişisel ve profesyonel ilişkileri ve çalışan bağlılığını büyük ölçüde olumsuz şekilde etkilediğini göstermektedir (Adwan, 2014; Anderson ve Gaugler, 2007;

Betrianana ve diğlerleri, 2021; Bush, 2009; Houck, 2014; O' Connor ve diğlerleri, 2010; Rich, 2002; Wenzel ve diğlerleri, 2011).

Bununla birlikte zorlu yaşam olayları, çeşitli olumsuz psikolojik sonuçların yanın sıra travma sonrası gelişim gibi pozitif gelişmelere de yol açarlar (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Travma sonrası gelişim kavramı ölüm gibi zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkmanın sonrasında gerçekleşen pozitif psikolojik değişimler olarak tanımlanmaktadır (Hirooka ve diğlerleri, 2017). Kayıp sonrası yaşanan değişimler genel olarak yaşamı daha anlamlı bulma, mesleki öz saygıda gelişim, yaşama karşı yeni bakış açıları kazanma, bugünün ve yaşamın kıymetini anlama, sevdiği kişilere daha öncelikli tutma, sevdiği kişiler ile görüşmeyi ertelememe, aile ve çocuklar ile geçirilen vaktin kıymetini anlamadır (Beaune ve diğlerleri, 2018; Currier ve diğlerleri, 2012).

Yapılan çalışmalarda hasta kaybı deneyiminden sonra hemşirelerde travma sonrası gelişimin görüldüğü belirlendi. Hemşirelerin ölmekte olan insanlarla çalışmaktan büyük memnuniyet duyduklarını ve ölümün duygusal ve mesleki gelişim için fırsatlarla sonuçlanabileceğini bildirdi (Beaune ve diğlerleri, 2018; Currier ve diğlerleri, 2012; Papadatou ve diğlerleri, 2002; Rodriguez-Rey ve diğlerleri, 2017).

Yas sürecinin genellikle depresyon, anksiyete, yorgunluk, tükenmişlik olumsuz etkileri varken, travma sonrası gelişim gibi potansiyel faydaları da vardır (Anderson ve diğlerleri, 2010). Bu nedenle hemşirelerin yas düzeylerine tek başına odaklanmanın, hasta kaybı sonrası deneyimlerinin etkilerini anlamada eksik kalacağı ortadadır. Literatürde çocuk hemşirelerinin hasta kaybıyla ilişkili yaşadıkları yas ve travma sonrası gelişiminin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmadı.

Sağlık profesyonelleri arasında riskli gruplar ile çalışan ve çocuk ölümleri ile oldukça fazla karşılaşan çocuk yoğun bakım hemşirelerinin yasin olumsuz süreçleri ile beraber, kayıplar sonrasında ortaya çıkan travma sonrası gelişimlerinin ve ilişkili faktörlerin bilinmesi sağlık ekibinin temel yapı taşlarından olan hemşirelerin, destek ihtiyaçlarının belirlenmesine yardımcı olur. Kayıp deneyiminin tüm yönleriyle incelenmesi hem çocuk yoğun bakım hemşirelerinin memnuniyetine ve refahına hem de çocuk ve ailesine sunulan bakım kalitesini iyileştirmede önemli bir rol oynayabilir.

## 1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde görev yapan hemşirelerin yaşadıkları hasta kaybıyla ilişkili yas ve post travmatik gelişimin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

## 1.3. Araştırma Soruları

- 1) Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin hasta kaybıyla ilişkili yas düzeyi nasıldır?
- 2) Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin hasta kaybına bağlı yas düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?
- 3) Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin hasta kaybına bağlı travma sonrası gelişim düzeyi nasıldır?
- 4) Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin hasta kaybıyla ilişkili travma sonrası gelişim düzeyi ile ilişkili faktörler nelerdir?
- 5) Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin hasta kaybına bağlı yas düzeyleri ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişki nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Yas

Yas kelimesi sevdiği kişileri veya sevdiği bir nesneyi kaybeden bir bireyin, kayıp sonrasında yaşadığı doğal bir süreçtir. Yas kelimesinin genel bir tanımı olmasına rağmen bu süreç her kişi için farklılık göstermektedir. Yas süreci sadece kişiler arasında farklılık göstermez. Yas aynı kişi için bile farklı zamanlarda değişik şekilde algılanabilir. Aynı zamanda yas çevrendekileri kişilerin ölümünü yaşayan bireylerin vermiş olduğu uyum tepkilerinin yetersiz ama yaygın kullanılan bir tanımıdır. Yasın bir diğer tanımı ise sevilen bir bireyin kaybından sonra ortaya çıkan uzun süreli ve şiddetli acı, yas olarak tanımlanmaktadır (Shuchter ve Zisook, 1993).

Yas ise DSM-IV 'ün tanımına göre sevilen bir yakının ölümü nedeniyle ortaya çıkan, normal bir reaksiyon olarak değerlendirilmektedir. Yas kayba verilen çeşitli fizyolojik ve psikolojik tepkileri içeren bir yanıtıdır (Shear, 2015). Yas kavramı ilk olarak Freud un yas ve melankoli adlı yayınında yer almaktadır. (Freud, 1997). Yas bireyin kayıp yaşamadan önceki durumuna dönmesi için evreleri olan bir süreçtir (Lindemann, 1994).

Kayıplar bazı durumlarda olağan gerçekleşmek ile birlikte, olağan dışı da gerçekleşebilir ve iki durumda da kişiler farklı etkilenebilir. Olağan kayıp kişi tarafından beklenmektedir, ani olarak gelişmez, kişi buna hazırlıklıdır. Olağandışı kayıplarda işe kişi beklenmedik bir durum ile karşı karşıya gelir ve bu duruma hazırlıklı olmadığı için daha kötü etkilendiği bir yas tecrübesi edinir. Yas sürecinde bireylerde fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkiler meydana gelebilir. Yas sürecinin ilk evrelerinde daha çok fiziksel tepkiler hakim iken ilerleyen aşamalarda daha çok duygusal tepkiler görülür (Zara, 2011).

#### 2.1.1.Yas Süreci

Kayıplar karşısında bireyin yaşadığı yas tutma sürecinde şu temel öğeleri her zaman göz önünde tutmak gerekir.

\*Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir elem, acı süreci başlatır,

\*Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler,

\*Her kayıp, eğer düzgün bir biçimde yaşanırsa psikolojik gelişme ve yenilenme için bir araç olabilir.

Önceleri literatürde yas sürecinin evreleri birbiri arkası sıra doğrusal bir şekilde ilerlediği düşünülürdü. Günümüzde ise yas sürecinin dairesel bir süreç olduğu ifade edilmektedir, yani yas sürecinde kişi evreler arasında geriye dönüşler yaşayabilir (White ve diğerleri, 2009).

Yas sürecinde fiziksel duygusal ve davranışsal tepkiler yaşanması ile beraber yas süreci sonrasında gelen iki yılda kişiler çoğunlukla normal yaşamlarına dönmüş olurlar. Bonanno ve arkadaşlarının (2011) çalışmasına göre kayıp sonrası yas yaşayan bireylerden yaklaşık olarak 45-60%'ı birkaç ay içerisinde normal günlük rutinlerine geri dönebilmektedir. Yas yaşayan bireylerin yaklaşık olarak %15- 25'i bir yıl içinde uyum sağlayabilecek, orta düzeyde semptomlar yaşarlar.

Worden'in yas görevleri modeline göre yas süreci, bireyin uyum gösterebilmesi ile yerine getirilen belirli görevlerden oluşmaktadır. Yas sürecinin dört görevi aşağıda tanımlandı:

1. Kaybın Gerçekleştiğinin Kabul Edilmesi: Kayıp yaşayan kişinin ölen kişinin artık olmadığı ve tekrar geri dönmeyeceği gerçeğiyle tam olarak yüzleşmesidir. Özellikle çocuk kayıplarında kaybın kabullenilmesi oldukça zordur. Ölümün gerçekleştiğini kabullenmeyen bireylerde inkâr süreci başlar. İnkâr etme ile kaybını kabullenemeyerek yas sürecinin ilk aşaması olan kaybın gerçekleştiğinin kabul edilmesi aşamasında takırlılar yas sürecinin birinci aşamasında takırlılar. İnkâr, aynı zamanda kayıp yaşayan kişi için yararlıda olabilir çünkü şokun atlatılarak, gerçeğin yavaş bir şekilde sindirilmesini sağlar. İnkâr iki şekilde olur birey ya ölen kişiye ait eşyaları uzaklaştırarak ölen kişi yokmuş ya da hiç olmamış gibi davranır. Diğer bir inkâr şekli ise ölümün gerçekleştiğinin inkâr edilmesidir. Eşyaları saklanır kimsenin dokunulmasına izin verilmez. Başsağlığı ziyaretleri, yapılan cenaze törenleri, ölümden sonra yapılan diğer ritüellerde kişiyi ölümün gerçekliği ile yüz yüze getirir.
2. Yasın acısı üzerinde çalışmak; Bireyin kayıp sonrasında acısını fark etmesi ve acısını kabullenmesi gerekir, aksi halde kişide anormal yas davranışları görülebilir. Yapılan birçok çalışmada yaşanan acının bastırılmasının ya da engellenmesinin yas süreci üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ve süreci uzattığı sonuçlarına varıldı. Çevredeki kişilerin, yaşlı bireyin verdiği tepkilerden rahatsız olup, acısını yaşamasını engeller ise

yas görevlerinin ikinci bölümünü tamamlamasında engelleyici bir faktör oluşturur. Kişiler bazen acısını inkâr edip yas sürecinden kaçabilirler, bu durum sadece yas sürecinin ertelenmesine ve uzamasına sebep olur. Acıyı inkâr eden kişilerde er ya da geç çökkünlük ve depresyon belirtileri kendini göstermeye başlayabilir.

3. Ölen bireyin olmadığı bir çevreye uyum sağlamak; Kaybedilen kişinin özelliğine aile üyeleri ve çevresi içindeki rollerine bağlı olarak bu süreç kişiler arasında farklılıklar gösterebilir.
4. Duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmek; Yas tutan birey, ölen kişiye yönelik uygun bir anı biçimi oluşturarak, yas sürecinin gelecek yaşam planlarını ve etkinliklerini olumsuz şekilde örselemesini engellemek zorundadır (Bildik, 2013; Gizir, 2006; Worden, 2011).

### **2.1.2. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler**

Yas süreci bazı bireylerde daha kolay atlatılabilirken bazı bireyler bu süreci daha uzun ve yoğun bir şekilde yaşayabilir. Bowlby (1980) yası etkileyen birçok faktör olduğunu kabul etti. İnsanların yas süreçlerini etkileyen durumları beş ana başlık altında toplandı.

Bunlar;

\*Kaybedilen kişinin rolü ve kişiliği

\*Yası tutulan kişinin yaşı ve cinsiyeti

\*Kaybın sebepleri

\*Ölümün gerçekleştiği zaman ve ölümden sonra yası etkileyen sosyal ve psikolojik koşullar

\*Yaslı bireyin karakteri (özellikle stresli olaylarla nasıl başa çıktığı ve birini ne kadar sevebildiğiyle ilgili kapasitesi)

Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiğinin, onda hangi korkuları, tehlikeleri ateşlediğinin, harekete geçirdiğinin ve hangi eski acıları tazelediğinin her zaman göz önünde tutulması gerekir. Her birimizin yaşam süreci; bu streslerle yüz yüze gelme becerilerimiz, kayıp karşısında gösterdiğimiz uyum ve bu kayıp olgusunu geliştirmek için bir değişim aracı olarak nasıl kullanabildiğimize bağlıdır (Okuyüz, 1995). Gelişen teknoloji ve ilerleyen tıp ile birlikte kayıpların çoğu hastane ortamında gerçekleşmektedir. Bu yüzden kayıp sırasında bireylerin yanında sağlık çalışanları ve sağlık çalışanları içinde hastalar ile en çok vakit geçiren hemşireler

bulunmaktadır. Hemşire hastaların kültürel durumlarına göre kaybı anlamaları ve kabul etmeleri için onlara yardım eder ve böylece hayat normal olarak devam edebilir (Potter ve Perry 2005). Kayıp deneyimi kaybedilen kişinin çevresindekiler için kapsamlı ve zor bir yolculuktur. Kayıp yaşayan ailelerde fiziksel ve psikolojik problemler daha çok görülmektedir (Raymond ve diğerleri, 2017).

### 2.1.3. Patolojik Yas

Yas süreci birey enerjisini yaşadığı kayıp dışındaki hayatına yeterince aktarabildiğinde, normal günlük hayatına geri dönebildiğinde sona ermiş olur. Patolojik yas farklı belirti ve bulgular ile kendini gösterebilir. Bu süreç farklı araştırmacılar tarafından anormal yas, komplike yas, çözümlenmemiş yas, kronik yas, gecikmiş yas gibi farklı isimler ile adlandırılmaktadır. Kavram olarak bakıldığında ise patolojik yas: “Bireyi aşırı derecede meşgul edecek şekilde yasin yoğunlaşması, maladaptif davranışlara neden olması ya da yas tutmanın artık ilerlemeden bir noktada kalıp sürekli yas tutma halini almasıdır. Uyuma yönelik ilerlemenin yerini stereotipik tekrarlamalar ve iyileşmenin duraklaması aldı (Enez, 2017). Patolojik yasta kaybın üzerinden en az altı ay geçmiş olmasına rağmen yas tepkileri çoğalarak devam etmektedir. Patolojik kabul edilen 5 tip yas şekli tanımlandı.

Bunlar;

\*Kronik Yas: Çok uzun süren ve yeterli bir sonuca ulaşamayan yas sürecidir. Yas süreci aynı şekilde devam eder.

\*Gecikmiş Yas: İnhibe edilmiş, bastırılmış ya da ertelenmiş yas olarak da adlandırılır. Kişi kaybından sonra bir duygusal tepki vermiştir, ancak bu tepki kayıp için yeterli düzeyde olmaz. İleriki yıllarda yaşanan başka bir kayıp durumunda kişi yas tepkisi gösterir. Kayıptan sonra yas süreci ertelenir ve bastırılır.

\*Abartılmış Yas: Yas sürecinin normal bir şekilde yaşanması yerine abartılı ve yoğun bir şekilde yaşanır. Kayıp ardından birçok psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete, panik atak, fobik reaksiyonlar ve alkol madde bağımlılığı) gelişebilir.

\*Maskelenmiş Yas: Kayıp yaşayan bireyler kayıptan sonraki yakınmalarının kayıp ile bağlantılı olabileceğinin farkında değildirler. Kayıp sonrasında yas süreci gerçekleştirilemez ya da yasa verilen tepkiler bastırılır.

\*Atipik Yas: Kişi yas sürecin yaşamayı önlemeye çalışır. Bu tip yasta kişi şiddetli ve devam eden bir suçluluk, yoğun ayrılık anksiyetesi, çevresinde kendisine destek olmaya çalışan insanlara karşı düşmanca tavırlar, kendine karşı suçluluk ve panik atak benzeri durumlar yaşayabilir (Bildik, 2013; Çevik ve Öncü, 1995).

#### **2.1.4. Haklarından Mahrum Bırakılmış Yas**

Haklarından mahrum bırakılmış yas, kayıp sonrasında ortaya çıkan yası çevre ve toplum tarafından yeterince kabul görmemesi ve gereken önemin verilmemesi anlamına gelmektedir. Her toplumun kendine has yas tutma davranışlarını belirleyen bir dizi sosyal norm bulunmaktadır. Haklarından mahrum bırakılmış yas üç şekilde ortaya çıkar bunlardan birincisi, ilişkinin tanınmamasıdır. Kaybedilen kişi ile yaşlı kişi arasında herhangi bir ilişki olmadığında kişinin yas yaşamaması gerektiği düşünülmektedir. Haklarından mahrum bırakılmış yasin ikinci şekli ise kaybın tanınmamasıdır. Buna örnek olarak evcil hayvan kaybı doğmamış bir bebeğin kaybı örnek olarak verilebilir. Son olarak kederin tanınmaması gelmektedir (Doka, 2002).

Örneğin hemşirelerin hasta veya çocuk kaybı sonrasında yaşadıkları yas, kaybettikleri kişiler ile herhangi bir akrabalık bağı bulunmadığı için yeterli bir yas tutma hakkı görülmez. Çocuk kayıplarından sonra bakımın büyük bir kısmında rol oynayan ve çocukla çok fazla vakit geçiren hemşireler yasin bu türünü yaşarlar. Yasin bu türünde en çok karşılaşılan problem yaşanan yasin küçümsenmesi ve yeterince destek görememesidir (Tsui ve diğerleri, 2019).

Genellikle hastanelerde kayıplardan sonra gerçekleştirilen anma hizmetleri personelden ziyade kayıp yaşayan aile üzerine yoğunlaşmaktadır. Aile üyeleri için danışmanlık hizmeti veya yas izni teklif edilebilir. Fakat zayıf olarak algılanma korkusu, danışmanlık aramanın damgası ya da yöneticilerin tutumu nedeniyle sağlık profesyonelleri kayıp sonrası hizmetlerden yararlanamayabilir. Yaşanılan kayıplar sonrasında yas yaşamak kişinin psikolojik sağlığı için oldukça önemliyken, sağlık çalışanlarının yaşadığı yas gerek hastane yönetimi gerekse çevresi tarafından kabul edilmediği için bu durum sağlık personellerinin kronik yas yaşamasına neden olmaktadır (Crowe, 2017).

### 2.1.5. Hemşirelerde Hasta Kaybıyla İlişkili Yas

Sağlık profesyonelleri arasında hasta ile en uzun vakit geçiren çalışanlardan olan hemşireler hasta kaybı yaşadıklarında yas yaşarlar. Pediatri hemşireleri hastaların savunmasız doğası ve hastalara ve ailelerine bakarken oluşabilecek özel bağlar nedeniyle benzersiz bir bakım rolüne sahiptir. Bu ilişki, hemşireleri, hastalarından biri ölümcül bir hastalığa sahip olduğunda veya öldüğünde yasla ilgili yoğun ve tekrarlayan deneyimlere maruz bırakabilir. Özellikle pediatride hemşirelerinde hastaların çocuk olması, ölümün beklenmedik ve zamansız gerçekleşmesi, hemşirelerin bakım süreci içerisinde çocuk hastalar ve tedaviye dahil olan ebeveynler ile bağ kurması sebebiyle daha yoğunluklu yas yaşarlar (Adwan, 2014).

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta ile oldukça uzun zaman geçirirler ve hastaların kaybını engellemek için hastalara fazlaca mesleki yatırım yaparlar bu durum hasta ile hemşire arasında duygusal bir bağa neden olur. Bakım verdikleri hastalarını kaybettiklerinde ise birtakım fiziksel, psikoloji ve duygusal tepkiler gösterirler. Bu tepkiler aşırı yorgunluk, düşük iş performansı, yaptığı işten keyif alamama, depresyon, duyarsızlaşma, aşırı sinirlilik, duygusal ve bunalmış hissetme, hayattan zevk almama şeklinde sıralanabilir. Fiziksel tepkiler arasında ise bazı sindirim sistemi sorunları, baş ağrısı, yorgun hissetme ve uyku bozuklukları yer almaktadır (Houck, 2014).

Boerner ve diğerleri (2015) içlerinde hemşirelerin de olduğu doğrudan bakım çalışanları ile hasta kayıpları sonrasında bir çalışma yaptılar. Bu çalışmanın sonucuna göre doğrudan bakım çalışanları hasta kayıplarına hazırlıklı olmadıklarını ifade ettiler. Bu çalışanların hastanın yakınları gibi ölümü kabullenmekte güçlük çektikleri, ölen kişilere bakım vermek ve sonucunda yaşamını uzatmakla yükümlü olduklarından kayıplardan sonra kendilerini yetersiz hissettikleri ve görevlerini tam yerine getiremediklerini düşündükleri sonucuna ulaşıldı. Bu çalışmaya göre ölüme karşı duygusal hazırlık eksikliği de yasin daha yoğun yaşanmasının sebeplerinden biri olarak gösterilmektedir

Bush ve diğerleri (2009) yılında hemşirelerin hasta kaybindan sonra yaşadıkları tepkileri travma sonrası stres bozukluğunda yaşanan tepkilerle benzerlik gösterdiğini ortaya koydu. Bu duygusal tepkiler stresli rüyalar, anksiyete, hazımsızlık, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozukluğu, rahatsız ve huzursuz hissetmedir.

Adwan (2014) yılında yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin ailesinde bakım sağladığı bir bireyi kaybetmiş gibi yas yaşasa da ailenin yaşadığı kadar yoğun bir yas yaşamadığı belirtti.

Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin yas deneyimlerini etkileyen faktörler arasında kaybedilen hasta sayısı ve en son kaybın üzerinden geçen zamanın da hemşirenin yasını etkilediği bulundu. Bunların yanı sıra bu çalışma artan hasta kayıplarının hemşirelerde tükenmişliğe neden olurken çalışan hemşirelerin iş doyumu puanları ortalamanın üzerinde olduğunu ortaya kondu. Adwan (2014) yaptığı çalışmada hemşirelerin baş etme yöntemi olarak kayıp deneyimlerini iş arkadaşları ile paylaşmanın rahatlatıcı bir yöntem olduğunu da belirtti. Genel olarak çalışmada pediatri hemşirelerinin hastalarının ölümünden sonra gerçek bir yas yaşama riski altında olduğunu gösterdi. Bu yaşadıkları yas sonucunda hemşirelerin işten ve çalıştıkları stresli birimden uzaklaşmak istedikleri de ifade edildi.

Rodriguez ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan pediatri hemşirelerin orta düzeyde yas yaşadığını bulundu. Ayrıca hemşirelere yapılan bilgilendirmenin ve eğitimin yas düzeyleri üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu sonucuna ulaşıldı. Gelecekteki yas destek kaynakları arasında aile, arkadaşlar ve iş arkadaşları yer aldığını belirttiler. Bunların yanı sıra yapılan bu çalışmada hemşireler kayıp anında ek personel ve destek ihtiyaçlarının olduğunu belirttiler.

Kent ve diğerleri (2012) yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerde hasta ölümlerine ilişkin deneyimlerin hemşirelik mesleği lisans eğitim yıllarında edinildiğini bulundu. Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin hemşirelik uygulamasının ilk yıllarında karşılaşılan kayıp deneyiminin mesleki ve kişisel yaşamını etkilediği ortaya kondu.

## **2.2. Travma Sonrası Gelişim**

Kelime olarak travma kişi üzerinde ruh ve beden sağlığı açısından önemli ve etkili yaralar bırakan yaşantı anlamına gelmektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabında (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013) yaralanma, cinsel şiddete maruz kalma, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinde maruziyet ya da bunların ucundan dönme, bu olaylara tanıklık etme veya bir yakın arkadaşın ya da akrabasının başına böyle bir olayın geldiğini öğrenme travmatik yaşantılar olarak tanımlanır. Ayrıca, DSM-5'e göre, travmatik stres belirtilerini ortaya çıkarmak için başka bir kişinin şiddetli bir travma yaşadığını duymak bile yeterlidir (APA, 2013).

İnsanların yaklaşık olarak %75'i hayatları boyunca bir travma ile karşılaşmaktadır. Travmatik olaylar; terörist saldırıları, savaşlar, doğal afetler, kazalar, kayıplar, taciz, tecavüz, bombalama, yaralama, teknolojik saldırılar gibi oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır. Hastanede yaşanan travmatik olayların başında ise hasta kayıpları gelmektedir. Hasta ile en çok temasta bulunan sağlık profesyoneli olan hemşireler, bakım verdikleri hastalar ile önemli bağlar kurarlar. Hastalar ile kurulan bu bağlar sonrasında hasta kaybedilince hemşire için bir travma olur. Bunun yanı sıra kaybedilen hastanın çocuk olması ve hemşirelerin çocuk hasta bakımının içinde aile ile iletişimin de oldukça fazla yer alması, hemşirelerin yaşadığı travmanın düzeyini artırır. Normal yaşamda insanların nadiren karşılaştıkları kayıp travması ile hemşireler neredeyse mesleki hayatlarının her gününde karşılaşmaktadır (Kömürcü, 2020).

Travmatik bir olay sonrasında kişilerin yaşadığı belirtileri Joseph (2011) fırtına anında tepede olan ağaçlara benzetilir. Fırtına sonrasında üç tip ağaçtan bahsedilir. Bu ağaçlardan ilki fırtına karşısında dik durup yıkılmayan, fırtınadan etkilenmemiş gibi görünür. Bu ağaçlar dayanıklı olan bireylere benzetilir. İkinci ağaç ise rüzgârdan etkilenir ama kırılmaz. Bu ağaç ise travmadan etkilenen ama hemen eski haline dönen insanları temsil eder. Üçüncü ağaç rüzgârdan etkilenir kırılır bir daha eski haline dönemez ama yaralarını sararak yeniden yeşerir, yeni dallara ve yapraklara sahip olur böylelikle eski yaralarından kurtulup yeni bir ağaç olarak kalıcı bir karakter kazanır. Bu ağaç ise travma sonrası gelişen kişiye benzetilir (Joseph, 2011).

Travmatik deneyimler insanlar üzerinde birçok olumsuz etkiye sebep olmasının yanı sıra bazı psikolojik faydaları bulunmaktadır. Yirmi yılın üzerindeki süre boyunca psikoloji araştırmaları yapan kişilerin odak noktası olan bu fenomen, büyük güçlükler ile mücadelelerin sonucunda ortaya çıkan olumlu değişimdir. Travma sonrası gelişme kavramı daha olumlu bir benlik saygısı, artan sosyal kaynaklar, yaşam felsefesinde değişim olmak üzere daha derin maneviyat ve yeniden tanımlanmış öncelikleri içerir (Hirooka ve diğerleri, 2017).

### **2.2.1. Tedeschi and Calhoun'un Travma Sonrası Gelişme Modeli**

Travma sonrası gelişim bireylerin yaşadığı olaylar ile ilişkili olarak duygu, davranış ve düşüncelerinde meydana gelen bir değişim sürecidir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Tedeschi ve Calhoun ilk olarak travma sonrası gelişim terimini 1995'te kullandılar. Travma sonrasında bireyler travma öncesinde işlevsel olmayan davranışlarını, amaçlarını ve inanışlarını şekillendirirler. Kişiler travma ile birlikte hayatına şekil verir ve büyürler. (Calhoun, Cann ve

Tedeschi, 2010). Tedeschi ve Calhoun'un travma sonrası gelişim modelinde bireyler beş alanda gelişim yaşamaktadır. Bu alanlar; yaşamın takdir edilmesi, başkalarıyla yeni ilişkiler kurma, kişisel güç, manevi gelişim ve yeni olasılıklardan oluşmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

### **2.2.1.1. Yaşamın Takdir Edilmesi**

Yaşadıkları travma sonucunda bireyler yaşamları ile ilgili tüm ayrıntıları kontrol edemeyeceğini anlar. Travma yaşayan bireyler yaşamlarını kontrol etmeyi bırakıp kendileri için daha öncelikli olan konuları ön planda tutmaları gerektiğinin farkına varır (Ramos ve Leal, 2013). Travmalar yüzünden bireyler yaşamın bir sonu olabileceğinin bu sonun engellenemeyeceğinin farkına varırlar. Travmatik olaylara anlam yüklemeye çalışan bireyler yaşamlarında gözden kaçan ayrıntılara daha çok dikkat etmeye başlarlar. Yaşamın kıymetinin daha çok farkına varır ve sahip olduklarını daha çok takdir etmeye başlarlar. Bireyler böylece yaşamı takdir etme alanında gelişim yaşamış olurlar (Lindstrom ve diğerleri 2013).

### **2.2.1.2. Başkalarıyla Yeni İlişkiler Kurma**

Başkalarıyla yeni ilişkiler kurma alanında gelişim yaşayan kişiler, yaşadıkları travma sonrasında travma ile baş etme yöntemi olarak daha önce kullanmadıkları sosyal destek sistemlerini kullanmaya başlarlar. Arkadaşlarından, ailelerinden veya iş arkadaşlarından yardım isteyebilirler. Kişiler bu süreçte kendi ile benzer travmaları yaşayan kişilerle de yakınlık kurabilir. Bu yakınlıktan gördükleri faydadan dolayı kişiler başkaları ile olan ilişkilerini, daha yakın ve daha anlamlı ilişkiler kuracak, ilişkilerini güçlendirecek şekilde gözden geçirirler (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Travma yaşayan kişiler deneyimlerini daha fazla paylaştıkça, yardım aldıkça, daha açık konuştukça ve yaşadıklarını, duygu ve düşüncelerini daha fazla paylaştıkça aileleri arkadaşları ile daha güçlü duygusal bir bağ kurarlar. Paylaşımlarının sonucunda bazı kişiler ile daha kuvvetli bağlar kurulurken bazı bağlar da zayıflayabilir (Ramos ve Leal, 2013; Weiss, 2004).

### **2.2.1.3. Kişisel Güç**

Kişisel güç alanında değişiklik yaşayan kişiler yaşanan travma öncesindeki kendisini ve travma sonrası kendisini karşılaştırır. Sonuç olarak kişi yaşadığı travmayı atlattıktan sonra kendini daha güçlü bir halde görür. Travmatik olaylar sırasında kişiler kendilerini güçsüz, savunmasız, tehlikelere karşı daha açık ve dünyayı daha beklenmedik olaylar ile dolu olarak görürler. Yaşadıkları travmatik olaylar sonrasında bu öngörülemezlik ile baş eden kişiler kendilerini daha güçlü görmeye başlarlar. Kişiler gelecekte benzer travmatik olaylar yaşadıklarında bu olaylar ile başa çıkabilecek güç, beceri ve inancın kendilerinde olduğunu hissederler (Lindstrom ve diğerleri 2013).

### **2.2.1.4. Manevi Gelişim**

Travma sonrasında kişiler yaşamın ve ölümün amacı ve anlamını, başından geçen olayları yaşama amacını sorgulayabilirler. Bu tip varoluşsal sorular sonrasında bazı kişiler dine yaklaşır. Daha yüksek bir ruhani varlığın var olduğu inancı ve hayatında yaşadığı olayların bir amacı olduğu düşüncesi kişilere travma ile baş etme konusunda destek sağlayabilir (Taku ve diğerleri, 2008). Kişiler travma öncesinde dini yönden aktif ise inancını travma karşısında başa çıkma mekanizması olarak kullanır. Yaşanılan travma sonrasında dindar olmayan bireyler, ateist olan bireyler de manevi yönde gelişim yaşayabilirler. Yaşanılan travma sonrasında din gibi dogmatik birçok öge içeren manevi bir konuyu sorgulayan bireyler dinden uzaklaşmalar da yaşayabilirler (Ramos ve Leal, 2013).

### **2.2.1.5. Yeni Olasılıklar**

Yeni olasılıklar alanında gelişim gösteren bireyler yaşadıkları sıkıntılı olaylardan sıyrıldıktan sonra tamamen yeni bir yaşam felsefesi edinirler. Yaşadıkları travmatik olaydan sonra hayata yeni bir gözle bakmaya başlarlar ve farklı bakış açıları keşfederler. Hayatlarında yeni değişiklikler yapma, yeni hobiler edinme eğilimine girerler. Bireyler yeni ilgi alanları edinmeye çalışırlar çünkü bu konudaki bilgi ve becerilerini yaşadıkları travma öncesinde hiç test etmediler (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

### **2.2.2. Joseph ve Linley Travma Sonrası Gelişim Teorisi**

Travma sonrası gelişim ilgili bir başka teoride Joseph ve Linley(2005) tarafından geliştirildi. Joseph ve Linley' e göre kişi doğumundan itibaren hayatı ile ilgili şemalar ve varsayımlar ile doludur. Yaşadıkları olaylar ile birlikte kişiler kafalarında kurulu şemalarda değişiklikler yaşarlar ve gelişirler. Kişiler gelişmeyi deneyimlemek için gelen bir motivasyona sahiptir. Bu teori, travmatik bir olay sonrasında, önceden var olan şemaların ve varsayımların doğru olmadığını ortaya çıktığını ve kişilerin travma ile mücadele etmek için yeni şemalar oluşturması gerektiğini savunur. Yeni şemalar ve varsayımlar oluşturan kişiler travma sonrasında bu şemaları içselleştirir ve gelişme gerçekleşir.

### **2.2.3. Janoff-Bulman Travma Sonrası Gelişim Teorisi**

Janoff-Bulman'ın teorisinde Joseph ve Linley'in teorisinde olduğu gibi kişinin doğumdan itibaren var olan şemaları ve varsayımları üzerinden ilerlendi. Yaşadıkları travmalar ile birlikte kişiler bilişsel yeniden yapılandırma sürecine girerler. Travmatik olaylardan önce kişiler, dünyanın güvenli bir yer olduğunu, insanların hep iyi olduğunu ve kendisinin dayanıklı, değerli olduğunu düşünür. Kişiler hayatlarındaki tüm ayrıntılar ve tüm olaylar ile ilgili kontrol sahibi olduğunu düşündükleri için başlarına asla kötü bir olayın gelmeyeceğine, hiçbir zaman olumsuz durumlar ile karşılaşmayacaklarına inanırlar. Travmatik olaylar ile birlikte kişilerin varsayımları ve hayatlarında kontrol sahibi olduklarını düşündükleri alanlar tehdit altına girer. Travma sonucunda bireyler kafalarında kurdukları, kendileri ve çevreleri hakkındaki olumlu şemalar hakkında düşünmeye başlarlar. Şemalarını ve varsayımlarını sorgularlar. Bu sorgulamalar sonunda hayatlarındaki tüm ayrıntılara hâkim olmadıklarının farkına varırlar. Önceki şema ve varsayımlarını yaşanan travma sonrasında tekrar gözden geçirir ve yaşadıkları travmaya göre şekillendirirler. Yeni ve daha gerçekçi şemaları ve varsayımları ile birlikte kişiler gelecekteki travmalara daha hazırlıklı hale gelmiş olur (Janoff-Bulman, 1992; Janoff-Bulman, 2004,).

#### **2.2.4. Travma Sonrası Gelişimi Etkileyen Faktörler**

Travma sonrası gelişim ile ilgi yapılan çalışmalarda travma sonrasında gelişimi birçok faktörün etkilediği ortaya çıktı. Lechner ve diğerleri (2003) tarafından yapılan çalışmada travma sonrası gelişimi sosyodemografik özelliklerin etkilediği sonucuna ulaştı. Yapılan bu çalışmada sosyodemografik özellik olarak eğitim, evlilik durumu, yaş, cinsiyet, gelir, iş durumu ele alındı. Sonuç olarak yaş ile travma sonrası gelişim arasında negatif yönlü bir ilişki bulundu. Yani yaşlı olan kişiler genç kişilere göre daha az travma sonrası gelişim gösterdi. Aynı zaman da yapılan bu çalışma da eğitim, evlilik durumu, cinsiyet, gelir, iş durumu ve travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Linley ve Joseph (2004) 39 makale incelenerek yapılan derleme çalışmasında travma sonrası gelişim ile alakalı değişkenler incelendi. Kişilik özellikleri, baş etme becerileri, dini inanç, sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi, bilişsel süreçler ve sosyal destek travma sonrası gelişim ile ilişkili olabilecek değişkenler arasında ele alındı. Genel sonuçlarda ise genç katılımcılarda ve kadınlarda daha fazla travma sonrası gelişim yaşandığı sonucuna ulaşıldı. Bununla beraber yüksek düzey de eğitimi ve gelir düzeyinin travma sonrası gelişimle ilişkili olduğu belirtildi.

Prati ve Pietrantonio (2009) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında iyimserlik, sosyal destek ve başa çıkma stratejilerinin travma sonrası gelişime katkısı olup olmadığını incelendi. Çalışmanın sonucunda dini yönden başa çıkmanın ve olumlu yeniden değerlendirme başa çıkma yönteminin travma sonrası gelişime en çok olumlu katkı sağlayan baş etme stratejilerinden olduğu ortaya çıktı. Sosyal desteğe sahip olmanın da travma sonrası gelişime ile orta derece de pozitif ilişkiye sahip olduğu ortaya çıktı.

#### **2.3. Hemşirelerde Hasta Kaybıyla İlişkili Travma Sonrası Gelişim**

Pediyatri hemşireleri, hastaların çocuk olmasından dolayı kayıplar sonrasında diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre daha fazla travmaya maruz kalmaktadır. Pediyatri hemşireliğinde çocuk tek başına düşünülmez aile bir bütün olarak bakımın içine katılır. Kayıp sürecinde hemşire aile içinde bir destek kaynağı olmalıdır.

Rodríguez-Rey ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmaya göre pediyatri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %68,8'inde travma sonrası gelişime olduğunu buldu. Katılan

hemşirelerden birçoğu çocuk kaybından ve iş arkadaşları ile olan çatışmalardan sonra travma sonrası gelişim yaşadığını belirtildi. Çalışmanın sonucuna göre iş ile ilgili travmalar travma sonrası gelişimin gerçekleşmesi için bir katalizör görevi görmektedir.

Hemşirelik alanında travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan çalışmaların birçoğu nitel veya karma tipte çalışmalar olsa da genel olarak hemşirelerin kayıp deneyiminden sonra pozitif gelişimler gösterdiği de bulundu. Bu gelişimler yaşamı daha anlamlı bulma, mesleki öz saygıda gelişim, yaşama karşı yeni bakış açıları kazanma, bugünün ve yaşamın kıymetini anlama, sevdiği kişilere daha öncelikli tutma, sevdiği kişiler ile görüşmeyi ertelememe, aile ve çocuklar ile geçirilen vaktin kıymetini anlamadır (Beaune ve diğerleri, 2018; Currier ve diğerleri, 2012)

Literatür de kişilerin yaş seviyeleri ile travma sonrası gelişimleri arasındaki ilişkiye baktığımızda ise genel olarak yaş seviyeleri düşük olan kişilerin daha fazla kişisel gelişim gösterdiği düşünülmektedir. Engelkemeyer ve Marvit (2008) tarafından yapılan çalışmaya göre travma sonrası gelişim ile yaş düzeyi arasında ters bir korelasyon olduğu sonucuna ulaşıldı. Yani daha düşük seviyeler de yaş yaşayanların, daha fazla travma sonrası gelişim gösterdiği bulundu.

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma analitik kesitsel tipte bir çalışmadır. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta kaybı ile yaşadıkları yas, post travmatik gelişim ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapıldı.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğinin üye pediatri yoğun bakım hemşireleri ile dernek yönetiminden ve etik kuruldan onay alındıktan sonra 30 Mart-30 Ağustos 2021 tarihleri arasında yapıldı.

Dernek ülkemizde acil çocuk hastalara ve ağır hastalığı olan tüm çocuklara çağdaş sağlık hizmeti sunabilmek, çocuk acil ve yoğun bakım konusunda eğitim ve alt yapı hizmetlerinin gelişmesini ve çağdaş standartlara ulaşmasını sağlamak amacıyla 1998 yılında kurulmuş ve 2000 yılında Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği adını aldı. Dernek üyeleri, çocuk acil tıp veya çocuk yoğun bakım alanında aktif olarak çalışmakta olan hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Dernek bünyesinde faaliyet gösteren bir çocuk yoğun bakım hemşireliği komisyonu bulunmaktadır.

### 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğine üye çocuk yoğun bakım hemşireleri oluşturdu. Derneğe üye 500 çocuk yoğun bakım hemşiresi bulunmaktadır. Çalışmaya benzer araştırmalar göz önünde bulundurularak örneklem hacmi hesaplaması için G-Power Analizi kullanıldı etki büyüklüğü = 0,25 (orta), güç (1-beta) = 0,95 ve alpha= 0,05 olarak kabul edildi ve en az ulaşılması gereken örnek sayısı 179 olarak hesaplandı (Adwan, 2014; Anderson ve Gaugler, 2007; Boerner ve diğerleri, 2015; Rodriguez ve diğerleri, 2020).

Ancak araştırmada hemşirelerin anketleri eksik ya da hatalı doldurma olasılığı dűřünűlerek ۆrnekleme alınacak hemşirelerin sayısı % 10 oranında artırıldı ve çalışmanın 197 ocuk yoğun bakım hemşiresiyle tamamlanması planlandı (Esin ve diğerleri, 2014). Çalışma 200 hemşireye ulaşılarak tamamlandı.

### **3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri**

ocuk yoğun bakım ۆnitesinde hemşire olarak çalışıyor olmak.

Çalıřmaya katılmaya gönűllű olmak.

### **3.5. Araştırmaya Alınmama (Dışlama) Kriterleri**

Çalıştığı klinikte son altı ayda hasta kaybı yaşamamış olması.

### **3.6. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmada incelenen bağımsız değişkenler yař, cinsiyet, birimde çalışma sűresi, birimde kaybedilen ocuk sayısı, yas bakımı konusunda eğitim alma ve ocuk kaybından sonra destek ihtiyaçlarının karşılanma durumu gibi tanımlayıcı bilgi formunda belirtilen tanımlayıcı ۆzelliklerdir.

### **3.7. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri**

Arařtırmada incelenen baęımlı deęiřkenler Travma Sonrası Bűyűme ۆleęi ve Teksas Dűzeltimiř Yas Envanterinden alınan puanlardır.

### **3.8.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek 1), Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (Ek 2), Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (EK 3) kullanılarak toplandı.

#### **3.8.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-I)**

Bu formda çocuk yoğun bakım hemşirelerine yönelik sosyo-demografik ve mesleki deneyim ile ilgili özelliklerin yanı sıra, biriminde ölen hasta sayısı ve terminal dönem ve yas sürecine ilişkin bilgi alma durumu, ölmekte olan hasta ve ailesine bakım verirken rahatlık düzeyi, iş yerinden aldığı destek durumunu değerlendiren 15 soru, bakım verdiği çocuğun kaybı sonrasında kendisine yardımcı olabileceğini düşündüğünü yaklaşım ve uygulamaların sorgulandığı bir açık uçlu soru olmak üzere toplam 16 soru bulunmaktadır (Anderson ve Gaugler, 2007; Adwan, 2014; Boerner ve diğerleri, 2015; Rodriguez ve diğerleri, 2020).

#### **3.8.2. Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (TDYÖ) (Texas Revised Inventory of Grief, TRIG) (EK-2)**

Sevilen birinin ölümünü takiben görülen yas reaksiyonunun yoğunluğunu ölçmek ve değerlendirmek amacıyla Faschingbauer, DeVaul ve Zisook (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek sağlık çalışanlarında hasta kaybıyla ilgili yası değerlendirmek üzere de kullanıldı (Feeley ve diğerleri, 2019; Andersen ve diğerleri, 2010; Plante ve diğerleri, 2011; Boerner ve diğerleri, 2015). Ölçek 21 maddeden ve iki alt ölçekten oluşmaktadır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı, geçmiş davranışlar alt ölçeği için 0.77, şimdiki duygular alt ölçeği için 0.88 olarak bulundu. (Faschingbauer ve diğerleri, 1987).

Ölçeğin ilk sekiz soruluk bölümü geçmiş davranışlar alt ölçeğidir. Bu bölüm, ölümden sonraki ilk zamanlarda yakınlarının kaybının, kişilerin duygu, davranış ve ilişkilerini ne oranda etkilediğini araştıran soruları içerir. Ölçeğin ikinci bölümü 13 sorudan oluşan şimdiki duygular alt ölçeğidir. Geçmiş davranışlar alt ölçeğinden alınacak puanlar 8 ila 40, şimdiki duygular alt ölçeğinden alınacak puanlar 13 ila 65 arasında değişmektedir. Her iki alt ölçek içinde alınan puanın düşük olması yas yoğunluğunun yüksek olduğunu gösterir. Geçmiş davranışlar alt

ölçeğinden alınan puanlar erken yasin yoğunluğunun değerlendirilmesinde, şimdiki davranışlar alt ölçeğinden alınan puanlar ise uzun süreli yasin değerlendirilmesinde kullanılır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik, güvenilirlik çalışması Yıldız ve Cimete (2011) tarafından yapıldı, alfa güvenilirlik katsayısı 0.85, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.28-0.66 arasında bulundu. Bu çalışma, mevcut kederi değerlendirmeyi amaçladığı için 13 maddelik şimdiki duygular alt ölçeği kullanıldı. Ölçekten alınan puanın düşük olması yas yoğunluğunun yüksek olduğunu gösterir. Bu çalışmada literatürdeki benzer çalışmalardaki değerlendirme yöntemine benzer şekilde ölçeğin şimdiki duygular alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları 39'a kadar olanlar (50. persentil üzerinde) şiddetli yas yaşamış olarak kabul edilirken, puanı 50. persentilin altında olanlar ise orta veya düşük seviyelere sahip olarak değerlendirildi (Feeley ve diğerleri, 2019; Nappa ve diğerleri, 2016).

Teknas Düzeltilmiş Yas Ölçeğini kullanabilmek için ölçeğin Türkçe 'ye uyarlamasını yapan araştırmacılardan yazılı izin alındı (Ek 4). Bu araştırma da Teknas Düzeltilmiş Yas Ölçeği cronbach alpha değeri 0,89 olarak bulundu.

### **3.8.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) (EK-3)**

Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından yaşanan travmalar sonrası kişiler üzerindeki pozitif gelişmeyi ölçmek için geliştirilen altılı likert tipinde 21 maddelik envanterdir. Envanter sağlık çalışanlarının hasta kaybı ile ilgili travma sonrası gelişim düzeylerini değerlendirilmek için de kullanıldı (Rodríguez-Rey ve diğerleri, 2017). Envanter puanlaması (0-5) şeklinde yapılır. En yüksek puan 105 en düşük puan 0'dır. Envanterden alınan puan arttıkça kişinin yaşadığı travma sonrası gelişme düzeyi artmaktadır. Orijinal ölçeğin iç tutarlılığı 0,90, Test-tekrar test güvenilirliğini 0.71 olarak hesaplandı (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Anderson ve diğerleri, 2010). Ölçek (0) yaşamadım, (1) çok az yaşadım, (2) biraz yaşadım, (3) orta düzeyde yaşadım, (4) oldukça fazla yaşadım, (5) çok fazla yaşadım şeklinde puanlanmaktadır. Travma Sonrası Büyüme Ölçeğinin Türkçe uyarlaması Dürü tarafından yapıldı, ölçeğin güvenilirliği için iç tutarlık katsayısı = 0,93 olarak bulundu (Dürü,2006). Ölçek Benlik Algısında Değişim (5., 10., 11., 12., 13., 15., 16., 17., 18., 19. maddeler), Yaşam Felsefesinde Değişim (1., 2., 3., 4., 7., 14. maddeler) ve Başkalarıyla İlişkilerde Değişim (6., 8., 9., 20., 21. maddeler) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Travma Sonrası Büyüme Envanteri' ni kullanabilmek için envanterin Türkçe'ye uyarlamasını yapan araştırmacılarından yazılı izin alındı (Ek 5). Bu araştırma da Travma Sonrası Büyüme Envanteri cronbach alpha değeri 0,96 olarak bulundu. Alt boyutlara ilişkin gúvenirlik katsayıları incelendiğinde benlik algısında değişim 0,934; yaşam felsefesinde değişim 0,904; başkalarıyla ilişkilerde değişim 0,882 olarak bulundu.

### **3.9.Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın verileri Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneęin úye çocuk yoğun bakım hemşirelerine online platform úzerinden anket formu gönderilerek toplandı. Online ankete dúnüřtürülmüř formlar Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'ne ait yoğun bakım hemşireleri e-mail ve whatsapp grubu úzerinden gönderildi. Veriler dernek yönetiminden ve etik kuruldan onay alındıktan sonra beş ay (30 Mart 2021- 30 Ağustos 2021) süre ile toplandı. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği yönetiminden izin alındı (Ek 6). Araştırma kapsamına alınacak hemşirelerden uygulama öncesi araştırmanın konusu, amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlılıklar gibi konuları içeren bilgilendirilmiş onam formu çevrimiçi anketin ilk sayfasına eklendi ve katılım onayı çevrimiçi olarak alındı. Hemşireler için formların doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Örnekleme sayısına ulaşılıncaya kadar ankete katılım linki açık kaldı. Anketlere geri dúnüř yapmayan katılımcılara birer hafta ara ile iki kez hatırlatma maili gönderilerek araştırmaya tekrar davet edildi.

### **3.10.Araştırmanın Ön Uygulaması**

Çalışmanın ön uygulaması çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 10 hemşire ile tamamlandı. Ön uygulama sonrasında formlarda bulunan soruların anlaşılır olduğu ve herhangi bir değişikliğe gerek olmadığına karar verildi. Bu nedenle ön uygulamaya katılan hemşirelere ait veriler çalışmaya dahil edildi.

### 3.11.Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi

Toplanan veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, kayıp deneyimleri ve ölçek puanlarının değerlendirilmesinde frekans ve yüzde analizleri, ortalama ve standart sapma analizleri kullanıldı. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve kayıp deneyimlerine göre ölçek puanlarındaki farklılıklar student t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. Ölçek puanları üzerinde farklılık yaratan değişkenlerin etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare( $\eta^2$ ) katsayıları kullanıldı. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirildi (Büyüköztürk ve diğerleri, 2018).

Hemşirelerin ölçek puanları arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizleri aracılığıyla incelendi. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirildi (Kalaycı, 2006).

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi. Değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçlar +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edildi. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptandı.

**Tablo 2.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları

	Medyan	Basıklık	Çarpıklık	Durum
Yas Şimdiki Duygular	51,000	-0,221	-0,719	Normal
Travma Sonrası Büyüme Toplam	65,000	-0,726	-0,456	Normal
Benlik Algısında Değişim	35,000	-0,506	-0,644	Normal
Yaşam Felsefesinde Değişim	17,000	-0,937	-0,335	Normal
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	12,000	-1,065	-0,018	Normal

### 3.12.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın etik uygunluğu için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik

Kurulundan izin alındı (Ek 7). Araştırmanın yapılabilmesi için Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğinden anketlerin yoğun bakım hemşireleri komisyonu üyeleriyle paylaşılması konusunda izin alındı.

Araştırmaya başlamadan önce “Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği” ve “Travma Sonrası Büyüme Envanteri” nin kullanımı için ölçeklerin geçerlik güvenilirliğini yapan yazarlardan gerekli izinler alındı.

Ayrıca araştırma kapsamına alınacak hemşirelerden uygulama öncesi araştırmanın konusu, amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlılıklar gibi konuları içeren bilgilendirme altında araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onay alındıktan sonra araştırma sorularına erişim sağlanarak katılımcılardan onayları online form üzerinden alındı.

### **3.13. Araştırmanın Akış Şeması**

Araştırmanın akış şeması Şekil 1’de verildi.

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması

Yıl	2021												2022							
Ay	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz
Konu Seçimi																				
Kaynak Tarama																				
Tez Önerisi Hazırlığı																				
Etik Kurul Onayı ve Kurum İzni																				
Veri Toplama																				
Veri Girişi/ Analiz																				
Tez Yazımı																				
Tez Savunma																				

## 4. BULGULAR

Bu bölümde Çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta kaybıyla ilişkili yas, post travmatik gelişim ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları beş başlık altında sunuldu.

4.1. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özellikleri ve Kayıp Deneyimleri

4.2. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve İlişkili Faktörler

4.3. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam ve Alt Boyutları Puanları ve İlişkili Faktörler

4.4. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanlarının Arasındaki İlişki

4.5. Hasta Kaybı Sonrasında Hemşirelerin Kendilerine Yardımcı Olabileceğini Düşündüğü Yaklaşımlar/Uygulamalara İlişkin Bulgular

### 4.1. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özellikleri ve Kayıp Deneyimleri

Tablo 2 de hemşirelerin demografik özelliklere göre dağılımı verildi. Çocuk yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bu çalışma da katılımcıların yaşları 21 ile 53 arasında değişmekte olup, ortalama  $32,84 \pm 7,69$  olarak saptandı. Hemşirelerin %82'si (n=164) kadın, %54'ünün (n=108) evli, çalışmaya katılan hemşirelerden %51'inin (n=102) çocuk sahibi olmadığı bulundu. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde %72,5'inin (n=145) lisans mezunu olduğu, %55,5'inin (n=111) ise 3 yıldan fazla süredir çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %77,5'inin (n=155) birimlerinde isteyerek çalıştığı bulundu.

**Tablo 2.** Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı

<b>Gruplar</b>	<b>Frekans(N)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş (Ort: 32,840±7,692)</b>		
21-30	96	48
31-40	61	30,5
40 Üzeri	43	21,5
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	164	82,0
Erkek	36	18,0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	108	54,0
Bekar	92	46,0
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	98	49,0
Hayır	102	51,0
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Lise	15	7,5
Lisans	145	72,5
Lisansüstü	40	20
<b>Birimde çalışma süresi</b>		
<1 yıl	29	14,5
1-3 yıl	60	30,0
>3 yıl	111	55,5
<b>Birimde isteyerek çalışma</b>		
Evet	155	77,5
Hayır	45	22,5

Çalışmaya katılan çocuk yoğun bakım hemşirelerin kayıp ile ilgili deneyimleri Tablo 3'te sunuldu. Hemşirelerin 167'sinin (%83,5) daha önce kendi çocuğunu kaybetmediği, 156'sının (%78,0) terminal dönem ve yas süreci ile ilgili eğitim almadığı bulundu. Birimlerde son 6 ayda kaybedilen çocuk sayısı incelendiğinde 138'inde (%69,0) 1 ila 10, 36'sında (%18,0) 11 ila 20,

26'sında ise 20 (%13,0) ve üzeri olarak belirlendi. Ölmekte olan çocuğa bakım verirken hemşirelerin 160'ının (%80,0), ölmekte olan çocuğun ailesine duygusal destek sağlarken ise 186'sının (%93,0) rahat hissetmediği bulundu. Hemşirelerin 173'ünün (%86,5) kayıp sonrası duygu ve düşüncelerini ekip arkadaşları ile rahat paylaşmadığı, 119'una (%59,5) kayıp sonrası acıyı yaşamak için yönetim ve ekip arkadaşları tarafından yeterli zaman tanınmadığı saptandı. Hemşirelerin 19'u (%9,5) kayıp sonrası destek alabilecek profesyonellerin olduğunu bildirirken 181'i (%90,5) destek alabilecekleri profesyonellerin olmadığını bildirdi.



**Tablo 3.** Hemşirelerin kayıp deneyimleri

Gruplar	Frekans(N)	Yüzde (%)
<b>Çocuğunu kaybetme (n=98)</b>		
Evet	33	33,7
Hayır	65	66,3
<b>Son 6 ayda birimde kaybedilen çocuk sayısı</b>		
1-10 arası çocuk	138	69,0
11-20 çocuk	36	18,0
21 ve üzeri çocuk	26	13,0
<b>Terminal dönem ve yas konusunda eğitimi</b>		
Evet	44	22,0
Hayır	156	78,0
<b>Ölmekte olan bir çocuğa bakım verirken rahat hissetme</b>		
Rahat	40	20,0
Rahat değil*	160	80,0
<b>Aileye duygusal destek sağlarken rahat hissetme</b>		
Rahat	14	7,0
Rahat değil*	186	93,0
<b>Kayıp sonrası duygu ve düşünceleri ekiple paylaşma</b>		
†Evet	173	86,5
Hayır	27	13,5
<b>Kayıp sonrası yeterli zaman tanınması</b>		
†Evet	81	40,5
Hayır	119	59,5
<b>Kayıp sonrası profesyonel destek varlığı</b>		
†Evet	19	9,5
Hayır	181	90,5

\*Biraz rahatsız olan grup rahatsız olanla birleştirilmiştir. †Bazen olan grup evet ile birleştirilmiştir.

## 4.2. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (TDYÖ) Puanları ve İlişkili Faktörlere Ait Bulgular

Bu bölümde çocuk yoğun bakım hemşirelerinin çocuk kaybıyla ilişkili yaşadıkları yas puan ortalamaları ve ilişkili faktörlere ait bulgular sunuldu.

Çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin TDYÖ puan ortalaması  $49,425 \pm 10,868$  (Min=17; Maks=65) olarak bulundu.

**Tablo 4.** Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği (TDYÖ) puan ortalamaları

	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>
Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği	200	49,425	10,868	17,000	65,000

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumuna göre TDYÖ puanları anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ( $p > 0.05$ ).

Hemşirelerin TDYÖ puanlarının birimde çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $F=4,617$ ;  $p < 0.05$ ). Farkın nedeni birimde çalışma süresi 1-3 yıl olanların TDYÖ puanlarının birimde çalışma süresi 3 yıl üzeri olanların TDYÖ puanlarından yüksek olmasıdır ( $p < 0.05$ ). Birimde çalışma süresinin TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün küçük olduğu belirlendi ( $\eta^2=0,045$ ).

Birimde isteyerek çalışmayan hemşirelerin TDYÖ puanları ( $x=52,422$ ), birimde isteyerek çalışan hemşirelerin TDYÖ puanlarından ( $x=48,555$ ) yüksek bulundu ( $t=2,120$ ;  $p < 0.05$ ). Bu değişkenin TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün küçük olduğu belirlendi ( $d=0,359$ ).

**Tablo 5.**Hemşirelerin demografik özelliklerine göre TDYÖ puanının değerlendirilmesi

Demografik Özellikler	Tekrar Düzeltmiş Yas Ölçeği Ort±SS
<b>Yaş</b>	
21-30 (n=96)	48,698±11,486
31-40 (n=61)	48,934±10,976
40 Üzeri (n=43)	51,744±9,056
<b>F=</b>	1,259
<b>p=</b>	0,286
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın (n=164)	50,195±10,255
Erkek (n=36)	45,917±12,896
<b>t=</b>	2,159
<b>p=</b>	0,069
<b>Medeni Durum</b>	
Evli (n=108)	49,352±10,512
Bekar (n=92)	49,511±11,328
<b>t=</b>	-0,103
<b>p=</b>	0,918
<b>Eğitim Düzeyi</b>	
Lise (n=15)	49,333±10,527
Lisans (n=145)	49,407±10,630
Lisansüstü (n=40)	49,525±12,068
<b>F=</b>	0,002
<b>p=</b>	0,998
<b>Birimde Çalışma Süresi</b>	
<1 yıl (n=29)	51,345±10,801
1-3 yıl (n=60)	52,267±8,781
>3 yıl (n=111)	47,387±11,534
<b>F=</b>	4,617
<b>p=</b>	<b>0,011</b>
<b>PostHoc=</b>	<b>2&gt;3 (p&lt;0.05)</b>
<b>Birimde İsteyerek Çalışma Durumu</b>	
Evet (n=155)	48,555±10,840
Hayır (n=45)	52,422±10,537
<b>t=</b>	2,120
<b>p=</b>	<b>0,035</b>
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	
<b>Evet (n=98)</b>	50,032±10,173
<b>Hayır (n=102)</b>	48,897±11,459
<b>t=</b>	-1,164
<b>p=</b>	0,246

F: Anova testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin TDYÖ puanları ile daha önce kendi çocuğunu kaybetme durumuna göre, kayıp sonrasında duygularını ekip arkadaşları ile rahat paylaşabilme ve kayıp sonrasında acıyı yaşamak için ekip arkadaşları ve yönetim tarafından yeterli zamanın tanınması durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Terminal dönem eğitim almayan hemşirelerin TDYÖ puanları ( $x=48,353$ ), terminal dönem eğitim alan hemşirelerin TDYÖ puanlarından ( $x=53,227$ ) düşük bulundu ( $t=-2,668$ ;  $p<0.01$ ). Eğitim alma durumunun TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün küçük olduğu belirlendi ( $d=0,455$ ).

Hemşirelerin TDYÖ puanları son 6 ayda birimde kaybedilen çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=22,507$ ;  $p<0.01$ ). Farkın nedeni birimdeki kaybedilen çocuk sayısı 1-10 olanların TDYÖ puanlarının 20 üzeri olanların TDYÖ puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). 11-20 olanların TDYÖ puanlarının 20 üzeri olan hemşirelerden yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Birimde kaybedilen çocuk sayısının TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün büyük olduğu saptandı ( $\eta^2=0,186$ ).

Ölmekte olan çocuğa bakım verirken rahat hissedilen hemşirelerin TDYÖ puanları ( $x=53,400$ ), rahat hissetmeyen hemşirelerin TDYÖ puanlarından ( $x=48,431$ ) yüksek bulundu ( $t=2,624$ ;  $p<0.01$ ). Bu değişkenin TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün küçük olduğu belirlendi ( $d=0,464$ ).

Ölmekte olan çocuğun ailesine duygusal destek sağlarken rahat hissedilen hemşirelerin TDYÖ puanları ( $x=54,929$ ), rahat hissetmeyen hemşirelerin TDYÖ puanlarından ( $x=49,011$ ) yüksek bulundu ( $t=1,979$ ;  $p<0.05$ ). Bu değişkenin TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlendi ( $d=0,549$ ).

Çocuk kaybı sonrası destek alabilecek profesyonellere ulaşabilen hemşirelerin TDYÖ puanları ( $x=55,947$ ), ulaşamayan hemşirelerin TDYÖ puanlarından ( $x=48,740$ ) yüksek bulundu ( $t=2,797$ ;  $p<0.01$ ). Bu değişkenin TDYÖ puanları üzerindeki etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlendi ( $d=0,674$ ).

**Tablo 6.** Hemşirelerin kayıp deneyimlerine göre TDYÖ puanının değerlendirilmesi

Kayıp Deneyimleri	TDYÖ Ort±SS
<b>Çocuğunu kaybetme (n=98)</b>	
Evet (n=33)	52,849±7,859
Hayır (n=65)	49,062±10,911
t=	-1,762
p=	0,081
<b>Terminal dönem ve yas konusunda eğitimi</b>	
Evet (n=44)	53,227±7,064
Hayır (n=156)	48,353±11,512
t=	-2,668
p=	<b>0,001</b>
<b>Son 6 ayda birimde kaybedilen çocuk sayısı</b>	
1-10 (n=138)	51,674±9,798
11-20(n=36)	49,389±8,926
20 Üzeri(n=26)	37,539±11,297
F=	22,507
p=	<b>0,000</b>
PostHoc=	1>3, 2>3 (p<0.05)
<b>Ölmekte olan bir çocuğa bakım verirken rahat hissetme</b>	
Rahat (n=40)	53,400±9,844
Rahat Değil (n=160)	48,431±10,912
t=	2,624
p=	<b>0,009</b>
<b>Aileye duygusal destek sağlarken rahat hissetme</b>	
Rahat (n=14)	54,929±11,718
Rahat Değil (n=186)	49,011±10,721
t=	1,979
p=	<b>0,049</b>
<b>Kayıp sonrası duygu ve düşünceleri ekiple paylaşma</b>	
Evet (n=173)	49,867±10,581
Hayır (n=27)	46,593±12,398
t=	1,460
p=	0,146
<b>Kayıp sonrası yeterli zaman tanınması</b>	
Evet(n=81)	51,074±9,468
Hayır(n=119)	48,303±11,630
t=	1,780
p=	0,066
<b>Kayıp sonrası profesyonel destek varlığı</b>	
Evet(n=19)	55,947±5,939
Hayır(n=181)	48,740±11,049
t=	2,797
p=	<b>0,000</b>

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

### 4.3. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

#### Toplam ve Alt Ölçeği Puanları ve İlişkili Faktörler

Bu çalışmada hemşirelerin “travma sonrası büyüme toplam” ortalaması  $61,450 \pm 24,934$  (Min=2; Maks=105), “benlik algısında değişim” ortalaması  $32,440 \pm 12,087$  (Min=0; Maks=50), “yaşam felsefesinde değişim” ortalaması  $16,525 \pm 8,077$  (Min=0; Maks=30), “başkalarıyla ilişkilerde değişim” ortalaması  $12,485 \pm 6,771$  (Min=0; Maks=25) olarak saptandı.

**Tablo 7.** TSBE ve alt boyutlarının dağılımı ve iç tutarlılıklarının değerlendirilmesi

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Travma Sonrası Büyüme Toplam	200	61,450	24,934	2,000	105,000
Benlik Algısında Değişim	200	32,440	12,087	0,000	50,000
Yaşam Felsefesinde Değişim	200	16,525	8,077	0,000	30,000
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	200	12,485	6,771	0,000	25,000

Bu bölümde çocuk yoğun bakım hemşirelerinin TSBE toplam ve alt ölçek puanları ve ilişkili faktörlere yer verildi.

Hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyutları puanları yaşa, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna ve birimde çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

Kadın hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanları, erkek hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanlarından yüksek bulundu ( $p < 0.01$ ). Kadın olmanın TSBE toplam ( $d = 0,607$ ), benlik algısında değişim ( $d = 0,645$ ), yaşam felsefesinde değişim ( $d = 0,520$ ) üzerindeki etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlendi. TSBE başkaları ile ilişkiler alt boyutunda ise etki büyüklüğünün düşük düzeyde olduğu bulundu ( $d = 0,458$ ).

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre TSBE toplam ( $\eta^2 = 0,039$ ), benlik algısında değişim ( $\eta^2 = 0,042$ ) ve yaşam felsefesinde değişim ( $\eta^2 = 0,041$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Bu değişkenin etki büyüklüğünün düşük düzeyde olduğu bulundu. Hemşirelerin başkalarıyla ilişkilerde değişim puanları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p > 0.05$ ).

Birimde isteyerek çalışmayan hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanları, birimde isteyerek çalışanların TSBE toplam ve alt boyut puanlarından düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Birimde

isteyerek çalışmanın TSBE toplam ( $d=0,545$ ), benlik algısında değişim ( $d=0,520$ ), yaşam felsefesinde değişim ( $d=0,524$ ) üzerindeki etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlendi. TSBE başkaları ile ilişkiler alt boyutunda ise etki büyüklüğünün düşük düzeyde olduğu bulundu ( $d=0,446$ ).



**Tablo 8.** Hemşirelerin demografik özelliklerine göre TSBE toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi

Demografik Özellikler	Travma Sonrası Büyüme Toplam Ort±SS	Benlik Algısında Değişim Ort±SS	Yaşam Felsefesinde Değişim Ort±SS	Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Ort±SS
<b>Yaş</b>				
21-30 (n=96)	58,833±27,092	30,885±12,890	16,042±8,768	11,906±7,282
31-40 (n=61)	60,426±23,512	32,344±12,044	15,771±7,489	12,312±6,300
40 Üzeri (n=43)	68,744±20,596	36,047±9,502	18,674±6,999	14,023±6,112
<b>F=</b>	2,455	2,758	1,980	1,488
<b>p=</b>	0,088	0,066	0,141	0,228
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın (n=164)	64,110±23,864	33,805±11,481	17,268±7,812	13,037±6,675
Erkek (n=36)	49,333±26,429	26,222±12,973	13,139±8,506	9,972±6,729
<b>t=</b>	3,299	3,504	2,826	2,491
<b>p=</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>	<b>0,014</b>
<b>Medeni Durum</b>				
Evli (n=108)	62,861±23,439	33,370±11,423	16,759±7,640	12,732±6,375
Bekar (n=92)	59,794±26,617	31,348±12,799	16,250±8,595	12,196±7,233
<b>t=</b>	0,867	1,181	0,444	0,557
<b>p=</b>	0,392	0,239	0,658	0,578
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Lise (n=15)	67,800±24,903	34,467±12,223	18,933±7,824	14,400±7,079
Lisans (n=145)	63,428±24,197	33,593±11,626	17,138±7,880	12,697±6,757
Lisansüstü (n=40)	51,900±25,775	27,500±12,696	13,400±8,246	11,000±6,598
<b>F=</b>	3,993	4,354	4,210	1,643
<b>p=</b>	<b>0,020</b>	<b>0,014</b>	<b>0,016</b>	0,196
<b>PostHoc=</b>	<b>1&gt;3, 2&gt;3</b>	<b>2&gt;3</b>	<b>1&gt;3, 2&gt;3</b>	
<b>Birimde çalışma süresi</b>				
<1 yıl (n=29)	60,035±29,770	32,103±14,532	15,379±9,198	12,552±7,767
1-3 yıl (n=60)	64,083±23,413	33,650±11,152	17,467±7,441	12,967±6,844
>3 yıl (n=111)	60,396±24,489	31,874±11,945	16,315±8,118	12,207±6,501
<b>F=</b>	0,478	0,431	0,735	0,245
<b>p=</b>	0,621	0,650	0,481	0,783
<b>Birimde isteyerek çalışma durumu</b>				
Evet (n=155)	64,439±24,216	33,826±11,630	17,458±7,897	13,155±6,743
Hayır (n=45)	51,156±24,892	27,667±12,541	13,311±7,945	10,178±6,418
<b>t=</b>	-3,219	-3,072	-3,097	-2,635
<b>p=</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,009</b>
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Evet (n=98)	63,929±23,678	33,969±11,259	16,765±7,837	13,194±6,440
Hayır(n=102)	59,069±25,978	16,294±8,333	16,294±8,333	11,804±7,039
<b>t=</b>	1,381	-1,763	-0,412	-1,455
<b>p=</b>	0,169	0,079	0,681	0,147

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanlarının çocuğunu kaybetme, terminal dönem ve yas sürecinde çocuk ve ailenin desteklenmesi konusunda eğitim alma, ölmekte olan çocuğa bakım ve ailesine duygusal destek sağlarken rahat hissetme, kayıp sonrasında duygu ve düşüncelerini ekip arkadaşları ile paylaşabilme ve desteğe ihtiyaç duyulduğunda yardımcı olacak profesyonellerin varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu( $p>0.05$ ).

Son 6 ayda birimde kaybedilen çocuk sayısına göre hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanları arasında farklılık bulundu ( $p<0.01$ ). Farkın nedeni TSBE toplam ve alt boyutları için 1-10 arası çocuk kaybı yaşayan hemşirelerin puanlarının 20 üzeri çocuk kaybı yaşayanlara göre yüksek olması ( $p<0.01$ ) ve 11-20 arası çocuk kaybı yaşayan hemşirelerin puanlarının 20 üzeri çocuk kaybı olanlardan yüksek olmasıdır ( $p<0.01$ ). Birimde kaybedilen çocuk sayısının TSBE toplam ( $\eta^2=0,135$ ), benlik algısında değişim ( $\eta^2=0,132$ ), yaşam felsefesinde değişim ( $\eta^2=0,125$ ) ve başkaları ile ilişkilerde değişim ( $\eta^2=0,087$ ) üzerindeki etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlendi.

Kayıp sonrasında acısını yaşamak için yeterli zaman tanınan hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanları, zaman tanınmayan hemşirelerin TSBE toplam ve alt boyut puanlarından yüksek bulundu ( $p<0.01$ ). Yeterli zaman tanınmasının TSBE toplam ( $d=0,574$ ), benlik algısında değişim ( $d=0,583$ ), yaşam felsefesinde değişim ( $d=0,517$ ) üzerindeki etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlendi. TSBE başkaları ile ilişkiler alt boyutunda ise etki büyüklüğünün düşük düzeyde olduğu bulundu ( $d=0,447$ ).

**Tablo 9.** Hemşirelerin kayıp deneyimlerine göre TSBE toplam ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	<b>Travma Sonrası Büyüme Toplam Ort±SS</b>	<b>Benlik Algısında Değişim Ort±SS</b>	<b>Yaşam Felsefesinde Değişim Ort±SS</b>	<b>Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Ort±SS</b>
<b>Çocuğunu kaybetme (N=98)</b>				
Evet (n=33)	68,242±23,452	35,182±10,178	18,485±8,132	14,576±6,732
Hayır (n=65)	61,739±23,670	33,354±11,798	15,892±7,598	12,492±6,223
<b>t=</b>	1,289	-0,758	-1,559	-1,524
<b>p=</b>	0,200	0,450	0,122	0,131
<b>Terminal dönem ve yas konusunda eğitimi</b>				
Evet (n=44)	63,273±22,784	33,546±12,206	17,341±7,084	12,386±6,139
Hayır (n=156)	60,936±25,553	32,128±12,074	16,295±8,342	12,513±6,957
<b>t=</b>	-0,548	-0,686	-0,758	0,109
<b>p=</b>	0,584	0,494	0,409	0,913
<b>Son 6 ayda birimde kaybedilen çocuk sayısı</b>				
1-10 (n=138)	64,442±22,509	34,210±11,104	17,348±7,537	12,884±6,318
11-20 (n=36)	66,944±27,046	33,833±12,253	18,611±8,388	14,500±7,618
21 ve üzeri (n=26)	37,962±21,946	21,115±11,112	9,269±6,685	7,577±5,763
<b>F=</b>	15,335	14,976	14,033	9,395
<b>p=</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>PostHoc=</b>	1>3, 2>3	1>3, 2>3	1>3, 2>3	1>3, 2>3
<b>Ölmekte olan bir çocuğa bakım verirken rahat hissetme</b>				
Rahat (n=40)	61,575±29,302	32,475±14,193	17,100±9,610	12,000±7,897
Rahat Değil (n=160)	61,419±23,823	32,431±11,551	16,381±7,674	12,606±6,482
<b>t=</b>	0,035	0,020	0,502	-0,506
<b>p=</b>	0,972	0,984	0,662	0,614
<b>Aileye duygusal destek sağlarken rahat hissetme</b>				
Rahat (n=14)	66,643±31,385	35,000±16,394	18,286±10,499	13,357±7,782
Rahat Değil (n=186)	61,059±24,441	32,247±11,736	16,393±7,885	12,419±6,708
<b>t=</b>	0,807	0,821	0,845	0,499
<b>p=</b>	0,420	0,413	0,519	0,618
<b>Kayıp sonrası duygu ve düşüncelerini ekle paylaşma</b>				
Evet (n=173)	62,116±23,970	32,919±11,833	16,665±7,790	12,532±6,563
Hayır (n=27)	57,185±30,589	29,370±13,437	15,630±9,846	12,185±8,115
<b>t=</b>	0,955	1,423	0,618	0,247
<b>p=</b>	0,430	0,156	0,606	0,834
<b>Kayıp sonrası yeterli zaman tanınması</b>				
Evet (n=81)	69,667±19,989	36,482±9,877	18,938±6,776	14,247±5,851
Hayır (n=119)	55,857±26,452	29,689±12,704	14,882±8,495	11,286±7,108
<b>t=</b>	3,986	4,050	3,589	3,101
<b>p=</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>

**Tablo 9.** Hemşirelerin kayıp deneyimlerine göre TSBE toplam ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi (devamı)

Kayıp Deneyimleri	Travma Sonrası Büyüme Toplam Ort±SS	Benlik Algısında Değişim Ort±SS	Yaşam Felsefesinde Değişim Ort±SS	Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Ort±SS
<b>Kayıp sonrası profesyonel destek varlığı</b>				
Evet (n=19)	70,579±24,035	35,947±10,819	19,632±7,610	15,000±7,535
Hayır (n=181)	60,492±24,897	32,072±12,181	16,199±8,075	12,221±6,654
t=	1,685	1,332	1,772	1,710
p=	0,094	0,184	0,078	0,089

#### 4.4.Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin TDYÖ Puanları ve TSBE Puanlarının Arasındaki İlişki

Bu bölümde TDYÖ puanları ve TSBE toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendi.

TDYÖ, TSBE toplam, benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; TSBE toplam puanı ile TDYÖ arasında  $r=0.144$  pozitif çok zayıf ( $p<0.05$ ), benlik algısında değişim ile TDYÖ arasında  $r=0.194$  pozitif çok zayıf ( $p<0.05$ ) düzeyde korelasyon bulundu. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 10.** TDYÖ ile TSBE toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Toplam Puanı	
	R	P
Benlik Algısında Değişim	0,194	<b>0,006</b>
Yaşam Felsefesinde Değişim	0,131	0,065
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	0,029	0,683
Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam puanı	0,144	<b>0,041</b>

TDYÖ puanları ile TSBE toplam puanları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ( $F=4,218$ ;  $p<0.05$ ). TSBE toplam puanları düzeyindeki toplam değişim %1.6 oranında TDYÖ puanları tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,016$ ). TDYÖ TSBE toplam düzeyini arttırmaktadır.

TDYÖ puanları ile benlik algısında değişim arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ( $F=7,755$ ;  $p<0.05$ ). Benlik algısında değişim düzeyindeki toplam değişim %3.3 oranında TDYÖ puanları tarafından açıklandığı belirlendi ( $R^2=0,033$ ). Yas Şimdiki duygular benlik algısında değişim düzeyini arttırdığı bulundu ( $\beta=0,216$ ).

TDYÖ puanları ile yaşam felsefesinde değişim ( $F=3,455$ ;  $p>0,05$ ) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim ( $F=0,168$ ;  $p>0,05$ ) arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmadı.

**Tablo 11.** Teksas Düzeltmiş Yas Ölçeğinin Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	$R^2$
Travma Sonrası Büyüme Toplam	Sabit	45,073	5,521	0,000	4,218	0,041	0,016
	TDYÖ	0,331	2,054	0,041			
Benlik Algısında Değişim	Sabit	21,768	5,549	0,000	7,755	0,006	0,033
	TDYÖ	0,216	2,785	0,006			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Sabit	11,715	4,421	0,000	3,455	0,065	0,012
	TDYÖ	0,097	1,859	0,065			
Bşkalarıyla İlişkilerde Değişim	Sabit	11,590	5,175	0,000	0,168	0,683	0,004
	TDYÖ	0,018	0,409	0,683			

Lineer Regresyon Analizi

#### 4.5. Hasta Kaybı Sonrasında Hemşirelerin Kendilerine Yardımcı Olabileceğini Düşündüğü Yaklaşımlar/Uygulamalara İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocuk yoğun bakım hemşirelerinin hasta kaybı sonrasında kendilerine yardımcı olabileceğini düşündükleri yaklaşımlar ve uygulamalar ile ilgili önerilerine yer verildi.

Çalışmamıza katılan çocuk yoğun bakım hemşirelerinden 106'sı (%53) hasta kaybı sonrasında kendisine yardımcı olabileceğini düşündüğü yaklaşım ve uygulamalar konusunda geri bildirimde bulundu. Katılımcıların geri bildirimleri incelenerek benzer ifadeler bir araya getirildi ve 10 başlık altında toplandı. Birden fazla öneri sunan katılımcıların ifadeleri birden fazla başlık altında değerlendirildi. Başlıklar incelediğinde 5 hemşire dine yönelmenin kendine iyi geldiğini ifade ederken, 22 hemşire profesyonel desteğe ihtiyacı olduğunu belirtti. Çalışmamızda 5 hemşire hastanın kaybı sonrasında içinde bulunduğu durumdan kaçınmak isterken, 10 hemşire kaybedilen hastaya yeterli bakım sağlamış olmanın kendine iyi geldiğini, 14 hemşire çevresi ve yönetim tarafından verilecek sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu belirtti. Hemşirelerden 2 si ölen çocuğun kurtulduğu düşüncesinin kendisine yardımcı olduğunu düşünürken, 2 si görevine devam etmesi gerektiğini düşünmekte, 6 hemşire kayıp sonrasında ne yapacağını bilmemektedir. Son olarak 35 hemşire kayıp sonrasında kendilerine yeterli zamanın tanınmasını isterken, 9 hemşire de bu konuda eğitim almanın faydalı olacağını ifade etti.

**Tablo 12.** Hasta kaybı sonrasında hemşirelerin kendilerine yardımcı olabileceğini düşündüğü yaklaşımlar/uygulamalara ilişkin bulgular

<b>Görüş ve Öneri (N:106)</b>	<b>Örnek İfadeler</b>
Kayıp sonrasında yeterli zamanın tanınması ihtiyacı (n:35)	Belki hayatı sorgulayabilmek için yarım saat kendimle baş başa kalma fırsatı verilebilir. Biraz deşarj olmak için açık hava çıkmamıza izin verilebilir. Aileyle vedalaşma, acıyı yaşamak için en azından küçük bir mola olabilir. Kayıptan hemen sonra diğer hastalara bakım vermekte zorlanıyorum dinlenmek isterim. Kısa bir sürede olsa mola vermek.
Profesyonel destek ihtiyacı (n:22)	Duyularımızla baş edebilmek için psikolog desteği olabilir. Psikolog psikiyatri alanında uzmanlaşmış kişilerden destek. Düzenli aralıklarla psikolojik destek.
Sosyal destek ihtiyacı (n:14)	Yönetim ve ekip arkadaşlarımdan destek almak isterim. Ekip arkadaşlarımla iletişim halinde olmak Ailemle vakit geçirmek
Yeterli bakımı verdiğini bilme (n:10)	Ona vermiş olduğum bakımın en üst düzeyde olduğunu bildiğim için kaybına üzülsem de son günlerini mutlu geçirdiğini düşünür mutlu olurum. Çocuk ve aile için en iyi bakımı vermiş olduğumdan emin olmak
Eğitim ihtiyacı (n:9)	Aileyle nasıl konuşacağım ve destekleyeceğim konusunda eğitim alma. Aileyle iletişim konusunda eğitim almak. En iyisini yaptığım konusunda emin olmak. Bu konuda hizmet içi eğitimler almak
Ne yapacağını bilmeme (n:6)	Bilemiyorum. Bilmiyorum.
Dine yönelme (n:5)	Dua ederim. Ölümün gerçekliğini bir kez daha hatırlatırım kendime. Yasin i Şerif okuma
Kaçınma (n:5)	Hasta başından ayrılmak. Aile ile karşılaşmamak. Ex olan çocuğun ailesiyle karşılaşmak istemem. Cenazeyi morgda görmelerini tercih ederim.
Görevine devam etme (n: 2)	Diğer çocukların yardıma ihtiyacı olma durumu.

## 5.TARTIŞMA

Çocuk yoğun bakım hemşirelerinde hasta kaybı sonrasında yas, travma sonrası gelişim ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları dört ana başlık altında ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı. Bunlar;

5.1. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve İlişkili Faktörlere Ait Bulguların Tartışılması

5.2. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanları ve İlişkili Faktörlere Ait Bulguların Tartışılması

5.3.Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanlarının Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

5.4.Kayı Sonrasında Hemşirelerin Kendilerine Yardımcı Olabileceğini Düşündüğü Yaklaşımlar/Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması

### **5.1. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltilmiş Yas Ölçeği Puanları ve İlişkili Faktörler**

Çalışmaya katılan çocuk yoğun bakım hemşirelerinin TDYÖ puan ortalamaları 49,43 olarak bulundu ve puan ortalamaları 39 puandan yüksek bulunduğu için katılımcıların yas yoğunluğu orta düzeye yakın olarak değerlendirildi (Feeley ve diğerleri, 2019; Nappa ve diğerleri, 2016). Bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde Rodriguez ve arkadaşlarının (2020) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin düşük ve orta düzeyde yas yaşadığı bildirildi. Karn ve Yadav (2018)'ın yaptığı bir çalışma içlerinde çocuk yoğun bakım hemşirelerinin de olduğu sağlık profesyonellerinin düşük ila orta derece yas yaşadığını bildirildi.

Literatürde çocuklar ve aileleri ile etkileşime çok daha fazla zaman harcayan hemşirelerin hekimlerden daha yaygın ve yoğun bir şekilde yas yaşayabileceği bildirilmektedir (Crowe, 2017). Feeley ve arkadaşlarının (2019) çocuk yoğun bakımda çalışan stajyer hekimlerin yas tepkileri ve başa çıkma stratejilerinin incelendiği çalışmasında, hekimlerin TDYÖ puan ortalamaları, bizim çalışmamızdaki çocuk yoğun bakım hemşirelerinin puan ortalamalarından

daha yüksektir, yani yas yoğunluklarının daha düşüktür. Bunun nedeni çocuğun kaybının yanı sıra aileyle kurulan ilişkinin kaybı olabilir. Çocuğun bakımı sırasında ebeveynlerle birlikte geçirilen uzun saatler hemşirelerin ebeveynlerle yakın bir ilişki kurmasına yol açabilir çocuğun ölümüyle birlikte bu ilişki de kaybolur veya tamamen değişir.

Onkoloji alanında sağlık çalışanları ile yapılan farklı araştırmalarda sağlık çalışanlarının şiddetli düzeyde yas yaşadığı bildirilmektedir (Hayuni ve diğerleri, 2019; Shi ve diğerleri, 2022; Engler ve diğerleri, 2020). Bunun nedeni olarak onkoloji hemşirelerinin yaşamı tehdit eden hastalığı olan kişilere uzun süre bakım vermek ve sonrasında o hastaların ölümleri ile yüzleşmek zorunda olmaları olabilir. Hemşireler, verdikleri uzun süreli bakımda hastalar ile daha fazla duygusal bağ kurabilirler. Aynı zamanda onkoloji alanında hemşireler gerek kayıpların fazla olmasından gerekse ağır iş yükünden dolayı daha fazla stres yaşarlar. Bunlarda hemşirelerin daha şiddetli yas yaşamasına neden olabilir.

Hasta ölümü sonrası doğrudan hastaya bakım veren personeller arasında bakım verici aile üyelerine benzer yas belirtileri yaygındır (Boerner ve diğerleri, 2015). Ancak hemşirelerin yası profesyonel yastır ve hemşire ile hasta arasındaki ilişki, aile üyeleri ile hasta arasındaki ilişkiden farklıdır (Betriana ve Kongsuwan, 2020). Hemşireler ailenin yaşadığı kadar yoğun bir yas yaşamazlar (Adwan, 2014). Yıldız ve Cimete (2017)'nin yaptığı bir çalışmada bebeğini kaybeden ebeveynlerin TDYÖ puan ortalamalarının çalışmamıza katılan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu, yas yoğunluklarının daha yüksek olduğu bulundu.

Daha iyi bir eğitimle hemşirelerin hasta kaybı deneyimine yönelik hazırlığının artırılması, mesleki deneyimlerini iyileştirecek, daha iyi bir palyatif bakım sağlamalarına olanak tanır (Boerner ve diğerleri, 2015). Ayrıca yas teorisi etrafında verilen eğitim, personelin hasta ölümleriyle başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olur (Wilson ve Kirshbaum 2011; Hildebrandt, 2012). Çalışmamız da hemşirelerin sadece beşte biri terminal dönem ve yas sürecinde çocuk ve ailenin desteklenmesi konusunda eğitim aldı. Literatüre benzer çalışmalara bakıldığında genel olarak sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim eksikliğinin olduğu bulundu (Reynolds, 2006; Feeley ve diğerleri, 2019).

Çalışmaya katılan çocuk yoğun bakım hemşirelerden terminal dönem ve yas sürecinde çocuk ve ailenin desteklenmesi konusunda eğitim alan hemşirelerin daha düşük yas yoğunluğu yaşadığı sonucuna ulaştı. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Rodriguez ve diğerleri (2020) hemşirelere yapılan bilgilendirmenin ve eğitimin yas düzeyleri üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu sonucuna ulaştı. Terminal dönem ve yas sürecinde çocuk ve ailenin desteklenmesi

konusunda eğitim almak hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesinden emin olmalarına, daha az stres yaşamalarına ve hasta kaybıyla ilgili uygun başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olarak yas yoğunluklarının daha düşük olmasına yol açabilir.

Çalışmamızda çocuk yoğun bakım ünitesinde üç yıldan fazla çalışan hemşirelerin daha yoğun yas yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak çocuk hemşirelerinin yas deneyimi, tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunun incelendiği bir çalışmada daha uzun yıllar çalışan hemşirelerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı ve tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin ise daha fazla yas yaşadığı sonucuna ulaşıldı (Adwan, 2014). Karn ve Yadav (2018) tarafından yapılan çalışmada ise çocuk servislerine yeni atanan ve yakın zamanda görevlendirilen hemşirelerin daha fazla yas yaşadığını buldu. Bu farkın nedeni olarak Karn ve Yadav yaptığı çalışmada, çalışma yıllarını bizim çalışmamızdan farklı olarak tanımlanması ve yas yoğunluğunun farklı bir ölçüm aracıyla ölçülmüş olması olabilir. Çalışma bulgularımızdan bir diğeri de çalıştığı birimde kaybedilen çocuk sayısı yirmiden fazla olan hemşirelerin yas yoğunluğunun daha yüksek olmasıdır. Kaybedilen çocuk sayısının daha fazla olması, hemşirelerin daha sık ölüm ile karşılaşmasına sebep olur. Her kayıp ile beraber hemşireler geçmiş kayıpların üstüne ekleyip, çoklu dönemli yasla başa çıkmanın ağır iş yükü nedeniyle daha fazla yas yaşayabilirler. Yapılan bir fenomolojik çalışmada daha fazla hasta kaybı yaşayan hemşirelerin daha fazla yas yaşadıklarını ifade ettiler (Rashotte ve diğerleri, 1997). Birimde çalışma süresi üç yıldan fazla olan hemşirelerin daha yoğun yas yaşamasının bir diğer nedeni de daha fazla hasta kaybıyla karşılaşmış olmalarıyla ilişkili olabilir.

Birimde çalışmayı isteyerek seçen hemşirelerin yas düzeyleri daha yüksek bulundu. Bu konu ile ilgili incelenen literatürde herhangi bir çalışmaya ulaşılamadı. Boerner ve arkadaşları (2015) personel-hasta ilişkileri daha yakın olduğunda hemşirelerde yas yoğunluğunun daha fazla olduğunu bildirdiler. Çocuk yoğun bakımda çalışmayı isteyerek seçen hemşirelerin daha fazla yas yaşamasının nedeni olarak hastalar ile kurulan bağların daha kuvvetli olması olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda ölmekte olan çocuğa bakım verirken ve çocuğun ailesine duygusal destek sağlarken rahat hisseden hemşirelerin yas düzeyleri daha düşük bulundu. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Plante ve Cyr (2011) ölmekte olan kişiye bakım verirken rahat hisseden hemşirelerin daha düşük yas yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Ölmekte olan çocuk ve aileye duygusal destek sağlamak hemşirelerin kendi duygularını da gözden geçirmelerine yardımcı olabilir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin hasta kaybıyla başa çıkmalarında yardımcı

olabileceğini düşündüğü yaklaşımlarından birinin de verdikleri bakımın kalitesinden emin olmak olduğu bulundu. Destek sağlarken rahat hisseden hemşireler kayıp sonrası çocuk ve aileye için yeterli bakım sağladıklarını düşünebilir ve bu durum yasla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olmuş olabilir.

Çoğu sağlık profesyoneli arkadaşlar ve meslektaşlarla ölüm hakkında konuşmak gibi resmi olmayan destek mekanizmalarını kullanır (Crowe, 2017). Ancak bunun için fırsatların sınırlı olması, zaman kısıtlılığı ve iş ortamında duygularını kontrol etme gerekliliği yası ele almak ve ölümü anlamlandırmak için yeterli olmayabilir. Literatürde çocuk yoğun bakım ünitesindeki kaybın sağlık çalışanları tarafından anlamlı bir şekilde kabul edilmesi için, ekip bilgilendirmeleri ve düzenli olarak bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından psikoterapötik değerlendirme yapılmasının yarar sağlayabileceği bildirilmektedir (Macpherson, 2008). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin birimlerinde çocuğun kaybı sonrası desteğe ihtiyaç duyulduğunda yardımcı olacak profesyonellerin olmasının yas yoğunluklarını azalttığı belirlendi. Hemşirelerin kayıplar sonrasında yaşadıkları duygu ve düşüncelerini paylaşması yaslarının görünür kılmasına, hemşirelerin yas süreçlerinin başlamasına neden olur. Hemşireler kayıplar sonrasında uzman olmayan kişiler ile duygu ve düşüncelerini paylaştıklarında sadece akut yas üzerinde durulmuş olur (Crowe, 2017). Hemşirelerin desteğe ihtiyaç duyduğunda yardımcı olacak profesyonellerin var olması hemşirelerin yaslarının derinlemesine ele alınmasına sebep olduğu için hemşirelerin yas düzeyleri daha düşük çıkmış olabilir.

## **5.2. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanları ve İlişkili Faktörler**

Çalışmamızda çocuk yoğun bakım hemşirelerinin TSBE puanları ortalamaları  $61,45 \pm 24,93$  olarak bulundu. Literatürde araştırmamıza benzer yapılan çalışmalarda hemşirelerin TSBE puan ortalamalarının bizim çalışmamıza benzer düzeyde olduğu görülmektedir (Yılmaz ve Üstün, 2019; Okoli ve diğerleri, 2021). Rodríguez-Rey ve diğerleri (2017) çocuk yoğun bakım personellerinin %68,8'inde travma sonrası gelişme yaşandığını bildirdi. Aynı çalışmada çocuk yoğun bakım çalışanları ve kritik olmayan pediatri personelinin eşdeğer travma sonrası gelişim seviyeleri gösterdiği bulundu. Çalışma bulgularımız çocuk yoğun bakım hemşirelerinin travma sonrası gelişim düzeylerinin diğer alanlarda çalışan hemşire yakın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda erkek hemşirelerin travma sonrası gelişme düzeyi kadın hemşirelerin travma sonrası gelişme düzeyine göre daha düşük bulundu. Literatürde kadınların erkeklerden daha fazla travma sonrası gelişme gösterdiği bildirilmektedir (Tedeschi ve Calhoun 1996, Büchi ve diğerleri 2007). Bunun nedeni kadınların erkeklere göre daha fazla sosyal destek ağına sahip olması ve daha fazla profesyonel destek almalarından kaynaklanmaktadır (Vishnevsky et al. 2010). Türkiye gibi ataerkil toplumlarda erkekler güçlü ve temel geçimi sağlayan kişiler olarak görülürler. Bu durum korkuları ve endişeleri hakkında konuşmakta konuşmalarını ve profesyonel destek talep etmelerini engelleyebilir. Bu nedenle erkek hemşirelerin travma sonrası gelişim düzeyleri daha düşük çıkmış olabilir. Bununla beraber çalışmamıza katılan hemşirelerin sadece % 18'i erkektir.

Çalışmamızda lisansüstü eğitim alan hemşirelerin daha az travma sonrası gelişim yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Literatürde eğitim düzeyi ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiye yönelik bulgular farklılık göstermektedir. Cui ve arkadaşları (2020) ve Okoli ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmalarda yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin daha fazla travma sonrası gelişim gösterdiği sonucuna ulaşıldı. Suttle ve diğerleri (2022) tarafından yapılan çalışmada, yüksek eğitim alan kişiler lise mezunu kişiler ile karşılaştırıldığında daha az travma sonrası gelişim yaşadıkları bulundu. Travma sonrası gelişim içinde manevi gelişimi de barındırmaktadır. Yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler daha fazla sorgulayıcı olduğu için daha az manevi gelişim yaşıyor olabilirler. Bu durum da lisansüstü eğitim alan kişilerin daha az travma sonrası gelişim yaşamasının sebebi olabilir.

Çalışmamızda çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışmayı isteyerek seçen hemşirelerin travma sonrası gelişim düzeyleri daha yüksek bulundu. Literatür incelendiğinde ülkemizde Yılmaz ve Üstün (2019) tarafından onkoloji hemşireleri ile yapılan çalışma da onkoloji servisinde çalışmayı isteyerek seçen hemşirelerin travma sonrası gelişim düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaştı. Çocuk yoğun bakımda isteyerek çalışan hemşirelerin travma sonrası gelişim düzeylerinin yüksek olmasının nedeni bu hemşirelerin yaptığı işten memnun olma ve daha fazla iş doyumunu yaşama ihtimalleri olabilir.

Çalışmamızda son altı ayda kaybedilen çocuk sayısı yüksek olan hemşirelerin travma sonrası gelişim düzeyi düşüktür. Travma yaşama sıklığının artması, travma sonrası stres bozukluğunun yaşanma olasılığını arttırmaktadır (Frans ve diğerleri, 2005). Bu durumda bireylerin daha az travma sonrası gelişme göstermelerine neden olmaktadır (Morris ve diğerleri, 2008). Çalışmamızda da daha fazla hasta kaybı yaşayan hemşirelerin travma sonrası gelişim

puanlarının daha düşük olmasının sebebi üst üste yaşanan travmalardan kaynaklı olabilir. Bir diğer neden ise çalışmamızda hasta kaybının fazla olduğu çocuk yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin yas yoğunluğunun daha yüksek olması olabilir.

Bakım verilen çocuğun kaybı sonrası acısını yaşamak için yeterli zaman tanınmayan hemşirelerin daha az travma sonrası gelişim gösterdiği belirlendi. Kayıp sonrası olumlu ve olumsuz süreçlerin birlikte ortaya çıkması travma sonrası gelişmeye destek verir. Kişilerin olumlu olumsuz yasin süreçlerini yaşamak için zamana ihtiyaçları vardır (Jolen ve diğerleri, 2012). Çalışmamızda yasını yaşamak için yeterli zaman tanınmayan hemşirelerin daha az travma sonrası gelişim yaşamalarının sebebi bu olabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan hemşirelerin kendilerine hasta kaybıyla başa çıkmaya yardımcı olacağını düşündükleri yaklaşımlar arasında en sık olarak kendilerine zaman tanınmasını talep ettikleri görülmüştür.

### **5.3.Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teksas Düzeltmiş Yas Ölçeği Puanları ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Puanlarının Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda TDYÖ puanları azalırken TSBE puanları artmaktadır. Yani hemşirelerin yas düzeyleri azalırken travma sonrası gelişim düzeyleri artmaktadır. Çalışma bulgularımızı destekler nitelikte Anderson ve Gaugler (2007) huzurevinde çalışan sertifikalı hemşire yardımcıları ile yaptığı çalışmada, keder algısı daha düşük olanların daha yüksek travma sonrası gelişim seviyeleri bildirdiğini ortaya koydu. Yaslı ebeveynlerle yapılan çalışma sonuçları da ebeveynlerin yas düzeyleri ve travma sonrası gelişimleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir (Engelkemeyer ve Marwit, 2008; Krosch ve Shakespeare-Finch, 2017).

Kayıp sonrasında yaşanan travma, travma sonrası gelişme için tetikleyici olabilir. Ancak literatürdeki kanıtlar travma sonrası gelişmenin eğrisel bir çizgi gösterdiğini ve çok az veya çok fazla sıkıntının gelişmeyi engelleyebileceğini göstermektedir (Currier, Holland ve Neimeyer, 2012). Çalışma sonuçlarımızda hemşirelerin yas yoğunluğunun orta düzeyde olması travma sonrası gelişmeyi desteklemiş olabilir. Rodrigez-Rey ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada çocuk ölümleri ile hemşirelerin yaşadığı travmaların travma sonrası gelişime için bir katalizör görevi gördüğü bildirildi. Travmalardan sonra gelişme yaşayan kişiler gelecekteki travmalara karşı daha dayanıklı hale gelirler bu da yas gibi travmalarla daha iyi başa çıkmalarına neden olabilir.

#### **5.4. Hasta Kaybı Sonrasında Hemşirelerin Kendilerine Yardımcı Olabileceğini Düşündüğü Yaklaşımlar/Uygulamalar**

Çalışmamızda hasta kaybı sonrasında hemşirelerin kendilerine yardımcı olabileceğini düşündükleri yaklaşımlar ve uygulamalara baktığımızda hemşirelerin yaklaşık %33'ü (n:35) kayıp sonrasında yeterli zamanın tanınmasına ihtiyaçları olduğunu belirttiler. Ghesquiere ve Bagaajav (2020) çalışmalarında hemşireler kayıplardan sonra çok çabuk yeni hasta aldıklarını kendilerine yaslarını yaşamaları için yeterli zaman tanınmadığını belirttiler. Yine benzer olarak Rashotti ve arkadaşları (1997) çalışmalarında hemşirelerin kayıplardan sonra yaklaşık %53'ünün molaya ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşıldı. Yine aynı çalışmada hemşireleri %19'unun kayıplar sonrasında işten birkaç gün izin almak istediklerini ifade ettiler. Bu sonuçlar göstermektedir ki hemşireler hasta kaybı sonrasında gerek yaslarını yaşayabilmek gerekse yaşadıkları travma ile baş edebilmek için zamana ihtiyaç duymaktadırlar.

Hemşirelerin yaklaşık olarak %13 (n:14) sosyal destek ihtiyacının olduğunu belirtti. Stayer ve Lockhart 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada pediatrik yoğun bakımda yas yaşayan hemşirelerin sosyal destek istediğini belirtti. Hemşirelerin ifadelerine göre, sosyal hayatındaki kişiler ile yaşadıkları kayıp deneyimlerini paylaşmaları, kayıplar sonrasında hemşirelere yardımcı olacak yaklaşımlar arasındadır. Plante ve Cry 2011 yılında yaptıkları çalışmada kayıplar sonrasında en çok yas yaşayanların solunum terapistleri olduğunu buldu. Bu durumun nedeni olarak ise ölüm anında orda olmalarına rağmen olaydan hemen sonra oradan ayrılıp çalışmaya devam etmeleri gerektiğini ifade etti.

Hemşirelerin kayıp sonrasında kendilerine iyi gelecek yaklaşım ve uygulamalar arasında, hemşirelerin bir kısmı dine yönelme yaşarken aynı sayıda hemşire kayıplardan ailesinden kaçınmayı kendilerine iyi gelen yaklaşımlar arasında ifade etmiştir. Literatüre bakıldığında Betriana ve Kongsuwan (2020) tarafından yapılan çalışmada benzer sonuçlara rastlandı. Hemşireler ölüm hakkında dini beyanda bulunarak, dua ederek ve ölümün Allah tarafından takdir edildiğine inanarak manevi güce başvurdular. Katılımcılar kederlerini çeşitli ifadelerle yanıtlasalar da, maneviyatın onların başa çıkma sürecinde yardımcı olmada hayati bir rol oynadığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada da hemşirelerin %70'inin hastayla ilgili kederle başa çıkmalarına yardımcı olmakta manevi temelli kaynakları faydalı bulduğunu bildirildi (Shinbara ve diğerleri, 2010).

Çalışmamızda hemşireler hasta kaybı sonrasında profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğunu da ifade ettiler. Yapılan çalışmalarda hemşireler hasta kaybı sonrasında profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğunu ifade ettiler (Rashotti ve diğerleri, 1997).

Çalışmamızda aynı zamanda kayıp sonrasında kendine yardımcı olabilecek düşünce ve uygulamaların ne olduğunu bilmeyen hemşirelerin olduğu da görülmüştür. Bunun nedeni olarak hemşirelerin bu konuda eğitimlerinin olmamasında kaynaklı olduğunu düşünebiliriz. Aynı zamanda hemşireler bu konuda eğitime ihtiyacı olduklarını da ifade etmişlerdir. Kong ve diğerleri tarafından 2021 yılında yapılan bir çalışmada hemşirelerin yas danışmanlığının iyileştirilmesine acilen ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşıldı. Yapılan bu çalışma çalışmamızı desteklemektedir. Gandino ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı derleme çalışmasında hasta kaybı yaşayan hemşirelerin, terminal dönem ve yas süreci bakımı konusunda eğitim ihtiyacının olduğu sonucuna ulaşıldı.

### **5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sadece derneğe üye hemşireler ile gerçekleştiriliyor olması araştırmamızın sınırlılıklarındandır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk yoğun bakım hemşirelerinde hasta kaybı sonrasında yas, travma sonrası gelişim ve ilişkili faktörlerin incelemesi amacıyla yapılan çalışmamızda sonuçlarımız aşağıdaki gibidir.

- Çocuk yoğun bakım biriminde çalışma süresi üç yıldan fazla olan ( $p<0,01$ ), birimde isteyerek çalışan ( $p<0,01$ ) hemşirelerin yas düzeylerinin daha fazla olduğu bulundu.
- Terminal dönem ve yas sürecinde çocuk ve ailenin desteklenmesi konusunda eğitim alan ( $p<0,01$ ), çalıştığı birimde 6 ayda 10 çocuktan az çocuk kaybı yaşayan ( $p<0,01$ ) ölmekte olan bir çocuğa bakım verirken rahat hissedilen ( $p<0,05$ ), ölmekte olan çocuğun ailesine duygusal destek sağlarken rahat hissedilen ( $p<0,05$ ) ve desteğe ihtiyaç duyulduğunda yardımcı olacak profesyonellerin olduğu yerlerde çalışan hemşirelerin ( $p<0,05$ ) yas düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu.
- Birimde isteyerek çalışan ( $p<0,01$ ), acısını yaşamak için yeterli zaman tanınan ( $p<0,01$ ) ve kadın hemşirelerin ( $p<0,01$ ) travma sonrası gelişim düzeylerinin daha fazla olduğu bulundu.
- Eğitim düzeyi lisansüstü olan ( $p<0,05$ ) ve ünitesinde son altı ayda yirmi hastadan fazla hasta kaybeden hemşirelerin ( $p<0,01$ ) travma sonrası gelişim düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu.
- Çalışmamızda çocuk yoğun bakım hemşirelerinin yas düzeyi düşük olan hemşirelerin daha fazla travma sonrası gelişim gösterdikleri belirlendi ( $p<0,05$ ).
- Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin hasta kaybıyla ilişkili kendilerine yardımcı olabileceğini düşündüğü yaklaşım ve uygulamalardan en sık ifade edilen ilk 3'ü sırasıyla; kayıp sonrasında yeterli zamanın tanınması, profesyonel ve sosyal destek ihtiyacı olduğu bulundu.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin hasta kaybı sonrasında yaşadıkları yasın hastane ve birim yöneticileri tarafından ele alınması önerilmektedir.

- Hemşirelerin belirli aralıklarla hasta kaybıyla ilişkili duygu ve düşüncelerin paylaşılacağı ekip toplantılarının yapılması önerilmektedir.
- Hemşirelere terminal dönemde yas süreci ve ailenin desteklenmesi de içeren çocuklarda palyatif bakım eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir.
- Kayıp sayısının yüksek olduğu çocuk yoğun bakım ünitesi gibi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta kaybıyla ilişkili deneyim ve duygularının ruh sağlığı profesyonelleri tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Bakım verdikleri hastanın ölümünden sonra hemşirelere başka bir hastanın bakımını üstlenmeden duygularını gözden geçirmeleri ve acılarını yaşaması için yeterli zaman tanınması önerilmektedir.
- Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin yas düzeylerini azaltmaya yönelik girişimlerin yanı sıra travma sonrası gelişme düzeylerini arttırmaya yönelik birimde çalışma konusunda hemşirelerin isteklerinin yöneticiler tarafından dikkate alınması önerilmektedir.
- Sağlık bakım yöneticilerinin, hemşirelerin hasta kaybıyla ilişkili yaşadıkları deneyimleriyle etkili ve olumlu şekilde baş edebilmeleri için gerekli düzenlemeleri yaparken özellikle hasta kaybının fazla olduğu kliniklerde, uzun süredir çalışan hemşirelerin ele alınması önerilmektedir.
- Hemşirelerde hasta kaybıyla ilişkili yas ve travma sonrası gelişimin daha derinlemesine incelenebilmesi için nitel ve karma çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Adwan, J. Z. Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 2014,29(4), 329-336.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013. Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı. (Çev: Köroğlu,E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, K. A., & Gaugler, J. E. The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2007, 54(4), 301-318.
- Anderson, K. A., Ewen, H. H., Miles, E. A. The grief support in healthcare scale: Development and Testing. *Nursing research*, 2010,59(6), 372-379.
- Beaune, L., Muskat, B., Anthony, S. J. The emergence of personal growth amongst healthcare professionals who care for dying children. *Palliative & supportive care*, 2018,16(3), 298.
- Betrian, F., Kongsuwan, W. (2020). Grief reactions and coping strategies of Muslim nurses dealing with death. *Nursing in Critical Care*, 25(5), 277-283.
- Betrian, F., Tanioka, T., Yokotani, T., Ito, H., Kawai, C., Yasuhara, Y., Locsin, R. (2021). Factors influencing the levels of grief among Indonesian nurses. *International Journal for Human Caring*, 25(2), 110-122.
- Bildik, T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 2013, 52(4), 223-229.
- Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., Mock, S. E. (2015). Grief after patient death: Direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 214-222.
- Bonanno, G.A., Westphal, M., Mancini, A.D. Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*,(2011).

- Bush, N.J. Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 2009,36, 24-28.  
doi:10.1188/09.ONF.24-28
- Büchi S., Mörgeli H., Schnyder U.(2007) Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, 106–114.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N. (2018). *Sosyal bilimler için istatistik*, Ankara: Pegem Akademi.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations.
- Crowe, S. Disenfranchised grief in the PICU: crying for attention. *Pediatric Critical Care Medicine*, 2017,18(8), e367-e369.
- Cui, P. pan, Wang, P. pan, Wang, K., Ping, Z., Wang, P., Chen, C. (2020). Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against *COVID-19*. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(2), 129–135. doi:10.1136/oemed-2020-106540
- Currier, J. M., Holland, J. M., Neimeyer, R. A. (2012). Prolonged grief symptoms and growth in the first 2 years of bereavement: Evidence for a nonlinear association. *Traumatology*, 18(4), 65-71.
- Çevik A, Öncü B. (1995) Normal ve patolojik yas kliniğinin çok boyutlu incelenmesi ve tedavi ilkeleri. *Psikiyatri Bülteni*.3(3):109- 14.
- Doka, K. (2002). Disenfranchised grief. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief: Loss in later life* pp.159–168.
- Dürü, Ç. *Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye,2006.

Enez, Ö. (2017). Patolojik Yas Terapilerinin Etkinliği: Sistematiik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 441-463.

Engler-Gross A, Goldzweig G, Hasson-Ohayon I, Laor-Maayany R, Braun M. (2020). Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social acknowledgment among psycho-oncologists. *Psycho-Oncology*. 29(3):493-499.

Engelkemeyer, S. M., & Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 344-346. doi:10.1002/jts.20338

Esin NM. Örnekleme. In: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N (2014), Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd Şti, İstanbul, s 167-192.

Faschingbauer T, Zisook S, DeVaul R. (1987). The Teksas riveded inventory of grief. In: Biopsychosociisl Aspect of Bereavement. Ed: Zisook S, American Psychiatric Press, Washington,p.111–124.

Feeley, T., Crowe, S., Doherty, E. M. (2019)Grief reactions and coping strategies of trainee doctors working in paediatric intensive care. *British Journal of Anaesthesia*, 123(1), 74-80.

Frans, Ö., Rimmö, P. A., Aberg, P., Fredrikson, M., (2005). Trauma exposure and stress posttraumatic disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299,.

Freud S. (2007) Yas ve melankoli. Çev. Uslu R, Berksun OE. *Kriz Dergisi* ;1(2):98-103

Gandino G, Bernaudo A, Fini GD, Vanni I, Veglia F. (2019). Healthcare professionals experiences of perinatal loss: a systematic review. *J Health Psychol* 2019; 24 (1):65–78.

George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

- Ghesquiere, A., Bagaajav, A. (2020). "We Take Care of People; What Happens to Us Afterwards?": Home Health Aides and Bereavement Care in Hospice. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 80(4), 615-628.
- Gizir, C. A. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2), 195-213.
- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Roziner, I., Perry, S., Stemmer, S. M. (2019). Can growth after breast cancer promote positive coping? A cross-lagged study. *Psycho-oncology*, 28(4), 767-774.
- Hayuni, G., Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Bar Sela, G., Braun, M. (2019). Between empathy and grief: The mediating effect of compassion fatigue among oncologists. *Psycho-oncology*, 28(12), 2344-2350.
- Hildebrandt, L. (2012). Providing Grief Resolution as an Oncology Nurse Retention Strategy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6).
- Hirooka, K., Fukahori, H., Ozawa, M., & Akita, Y. (2017). Differences in posttraumatic growth and grief reactions among adolescents by relationship with the deceased. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 955-965.
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4).
- Işıklı, S. Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayırışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 2006.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press
- Joleen, S., Zachary, S., Benjamin, T., Munni, D., Courtney, C., Elizabeth, A. (2012). Is there

growth in grief: Measuring posttraumatic growth in the grief response. *Open Journal of Medical Psychology*, 2012.

Joseph, S. (2011). Transformation. What doesn't kill us. The new psychology of posttraumatic growth içinde. s 67-92.

Joseph, S., Linley, P. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280. doi: 10.1037/1089-2680.9.3.262

Kalaycı, Ş. (2006) *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116.

Karn, B.K.,Yadav, U. (2018). Nurses Grief as a Reaction to Patient Death in Pediatric Units of BPKIHS, 2(3), doi:10.31142/ijtsrd10822

Kaya, Y., Yaşar, B. N., Arslan, S. Koronavirüs (COVID-19) Salgını Sürecinde Travma Sonrası Büyüme ve Hayatın Anlamı Arasındaki İlişki.

Kent, B., Anderson, N. E., Owens, R. G. (2012). Nurses' early experiences with patient death: The results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International journal of nursing studies*,49(10), 1255-1265.

Khalaf, I. A., Al-Dweik, G., Abu-Snieneh, H., Al-Daken, L., Musallam, R. M., BaniYounis, M., Masadeh, A. (2018). Nurses' experiences of grief following patient death: A qualitative approach. *Journal of Holistic Nursing*, 36(3), 228-240.

Kong, C., Tan, L., Gao, X., Fan, H., Zhang, J., Wang, Z., & Wang, J. (2021). Nurses' Grief Counseling for Bereaved Family Members of COVID-19 Patients in Wuhan, China: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(11), 18-24.

Kömürcü, C. Diyaliz hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek

ve maneviyat algısının travma sonrası büyüme etkisinin belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, 2020

- Krosch, D. J., Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425–433. doi:10.1037/tra0000183
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K. ve Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12, 491-499.
- Lindemann E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatr* 1994; 101:141-148
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50-55. doi: 10.1037/a0022030
- Linley, P. A, Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: *A Review. Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Macpherson CF., (2008). Peer-supported storytelling for grieving pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nurse* 25:148–163
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, C., Carey, L., Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life.
- Nappa U, Lundgren AB, Axelsson B. (2016). The effect of bereavement groups on grief, anxiety and depression: a controlled, prospective intervention study. *BMC Palliat Care* 15: 58.

- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., and Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 231-238. doi:10.1016/j.jad.2011.02.021
- O'Connor, M., Watts, J., Bloomer, M., Larkins, K. (2010). Loss and grief in the workplace. *International Journal of Workplace Health Management*
- Okoli, C. T. C., Seng, S., Lykins, A., Higgins, J. T. (2021). Correlates of post-traumatic growth among nursing professionals: A cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management*. doi:10.1111/jonm.13155
- Okyayüz, Ü. Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz dergisi*, 1995,3 (1-2), 185-189.
- Papadatou, D., Bellali, T., Papazoglou, I., & Petraki, D. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric nursing*, 28(4), 345-354.
- Plante, J., Cyr, C. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & Child Health*, 2011,16(4), 213-216.
- Potter, P.A ve Perry, A.G. (2005). *The Experience of Loss, Death, and Grief. Fundamentals of Nursing* (6th ed). St. Lois: Mosby Company; 567-594.
- Prati, G., Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- Ramos, C. Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43-54. doi: 10.5964/pch.v2i1.39
- Rashotte, J., Fothergill-Bourbonnais, F., & Chamberlain, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study. *Heart & Lung*, 26(5),
- Raymond, A., Lee, S. F., Bloomer, M. J. (2017). Understanding the bereavement care roles of

- nurses within acute care: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 1787-1800.
- Reynolds, F. (2006). How doctors cope with death. *Archives of disease in childhood*, 91(9), 727-727.
- Rich, S. (2002). Caregiver grief: Taking care of ourselves and our patients. *International Journal of Trauma Nursing*, 8(1), 24-28.
- Rodriguez, A., Spilker, A., Goyal, D. (2020). Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45(4), 228-232.
- Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., Gómez, F. (2017). Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 407.
- Schieman, S. (2008). The education-contingent association between religiosity and health: The differential effects of self-esteem and the sense of mastery. *Journal for the Scientific of Religion*, 47(4), 710-724.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer S., Taubert S., Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year. *Science & Medicine*, 63, 1614 – 1624.
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160.
- Shi, H., Shan, B., Zheng, J., Zhang, Y., Zhang, J., Hu, X. (2022). Grief as a mediator of the relationship between empathy and compassion fatigue. *Psycho-Oncology*, 31(5), 840-847.
- Shinbara, Christina G., Lynn O. (2010). When nurses grieve: Spirituality's role in coping. *Journal of Christian Nursing* 27.1.32-37

- Shuchter, S. R., Zisook, S. (1993). The course of normal grief. *Handbook of Bereavement*, 23–43. doi:10.1017/cbo9780511664076.003
- Stayer, D., & Lockhart, J. S. (2016). Living with dying in the pediatric intensive care unit: A nursing perspective. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 350-356.
- Suttle, M., Hall, M. W., Pollack, M. M., Berg, R. A., McQuillen, P. S., Mourani, P. M. (2022). Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network (CPCCRN). Post-traumatic growth in parents following their child's death in a pediatric intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 25(2), 265-273.
- Tabachnick, B.G.; Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston
- Taku K., Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi R. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Trauma Stress*, 21(2), 158-164. doi: 10.1002/jts.20305
- Taubman–Ben-Ari, O., Weintraub, A. (2008). Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses. *Death Studies*, 32(7), 621-645.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21(4), 58-60.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications, Inc. doi:10.4135/9781483326931
- Tedeschi, R., Calhoun, L. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. doi: 10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.

- Tedeschi, R.G., ve Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. doi:10.1002
- Tsui, E. K., Franzosa, E., Cribbs, K. A., Baron, S. (2019). Home care workers' experiences of client death and disenfranchised grief. *Qualitative health research*, 29(3), 382-392.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> Erişim:31.12.2020
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746. doi: 10.1521/jscp.23.5.733.50750
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011) Working through grief and loss: Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. In *Oncology nursing Forum*, Vol. 38, No. 4, p. E272
- White P, Ferszt G. (2009). Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(4):231-40.
- Wilson, J., Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20(9), 559-563.
- Worden W.(2011). Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Brunner-Routledge;
- Vishnevsky, T., Quinlan, M. M., Kilmer, R. P., Cann, A., & Danhauer, S. C. (2015). "The Keepers of Stories" Personal Growth and Wisdom Among Oncology Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 33(4), 326-344.
- Yılmaz, G., Üstün, B. (2019). Onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kalitesini ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve mesleki faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4), 241-250.

Yildiz, H., Cimete, G. (2017). The effect of a grief support program on Turkish parents whose babies have died. *Death Studies*, 41(9), 602-610.

Yildiz, H. Yenidoğan bebeği ölen ebeveynlerin yas süresine yardım, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

Zara, A. (2011). Kayıplar, yas tepkileri ve yas süreci. *Yaşadıkça*, 73-90.

