



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

[Yüksek Lisans Tezi]

**ÇOCUĞU YOĞUN BAKIMDA YATAN ANNELERİN ÖLÜME KARŞI
TUTUMLARI İLE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Merve SARITAŞ
ORCID: 0000-0002-1995-1565

Danışman
Doç. Dr. Semra KÖSE
ORCID: 0000-0003-3828-8874

Konya- 2025

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi birikimi, rehberliği ve her daim yanımda hissettirdiği desteğiyle bana yol gösteren; tezimin planlanması, yürütülmesi ve tamamlanması sürecinde emeğini esirgemeyen; akademik duruşu ve özverili tutumuyla bana ilham veren değerli danışmanım Doç. Dr. Semra KÖSE'ye,

Değerli katkılarından ve önerilerinden dolayı Sayın Prof. Dr. Emine GEÇKİL'e ve Sayın Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU'na,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca sahip olduğu vizyon, pozitif yaklaşım ve yol gösterici tutumuyla bana ilham veren; her zaman güvenle danıştığım, akademik gelişimimde emeği büyük olan ve duruşuyla daima rol modelim olacak çok kıymetli Arş. Gör. Hazal ÖZDEMİR KOYU'ya,

Hayatım boyunca üzerimde emeği çok olan, her daim sevgisini ve inancını hissettiren, zor zamanlarımda güç kaynağım olan, sabrı ve fedakarlığıyla yolumu aydınlatan, yaşamımdaki en değerli rehberim ve destekçim canım annem Birsen SARITAŞ'a; bugünlere gelmemi sağlayan babam Nedim SARITAŞ'a, destekleriyle güç veren sevgili kardeşlerim Hilal SARITAŞ ve Tuğçe Nur SARITAŞ'a, her anımda benimle yürüyen canım dostum Özge ÖZDİL'e, veri toplama sürecimde her zaman yanımda olan ekip arkadaşım Ali Can GÖKSU'ya, çalışma sürecimin başından sonuna kadar desteklerini benden esirgemeyen, karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda olduğunu hissettiren kıymetli dostlarıma, yüksek lisans ekibime, çalışma arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma çok teşekkür ederim.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek çalışmaya destek veren ve araştırmanın en kıymetli paydaşları olan, çocuklarının yaşam mücadelesine tanıklık ettikleri zorlu bir süreçte, kendi iç dünyalarında tarifsiz acılarla yüzleşirken dahi araştırmama katkı sunmayı kabul eden kıymetli annelere en derin şükranlarımı sunarım. Onların yürekten gelen paylaşımları, bu araştırmanın en anlamlı yönünü oluşturdu. Bu çalışmanın her bir satırında onların sesi, sevgisi ve sabrı saklıdır.

Yaşadıkları tüm zorluklara rağmen mücadeleyi bırakmayan, sabırla ve sevgiyle var olmayı sürdüren tüm annelerimize, derin bir saygı ve içten bir sevgiyle...

Merve SARITAŞ

Haziran- 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TEZ ONAY SAYFASI	v
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vi
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yoğun Bakım Kavramı	4
2.2. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi ve Tarihsel Gelişimi	4
2.3. Ölüm Kavramı ve Ölüm Türleri	5
2.4. Ölümün Boyutları.....	5
2.4.1. Ölümün biyolojik boyutu.....	6
2.4.2. Ölümün biyopsikososyal boyutu.....	6
2.4.3. Ölümün kültürel ve inançsal boyutu	7
2.5. Ölüme Karşı Tutum.....	8
2.5.1. Ölümsüzlük arzusu	8
2.5.2. Ölümü inkâr etme.....	9
2.5.3. Ölüme meydan okuma.....	9
2.5.4. Ölümü isteme	10
2.5.5. Ölümü kabullenme	11
2.5.6. Yas tutma	12
2.5.7. Ölüm kaygısı	12
2.6. Çocuğun Yoğun Bakımda Yatmasının Anne Üzerindeki Etkileri	13
2.7. Spiritüel Kavramı	15
2.8. Spiritüel İyi Oluş Kavramı ve Sağlıkta Gelişimi.....	15
2.9. Spiritüel İyi Oluş ve Yoğun Bakım	17
2.10. Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Çocuğu Yatan Annelere Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımları.....	17
3. YÖNTEM.....	20

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	20
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	21
3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	21
3.4.2. Araştırmada dışlanma kriterleri.....	21
3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5.1. Anne ve çocuk bilgi formu	21
3.5.2. Ölüme karşı tutum ölçeği.....	22
3.5.3. Spiritüel iyi oluş ölçeği.....	22
3.6. Verilerin Toplanması	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
6.1. Sonuç.....	40
6.2. Öneriler	41
7. KAYNAKLAR.....	42
8. EKLER.....	48
8.1. EK 1 Anne ve Çocuk Bilgi Formu	48
8.1. EK 2 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	49
8.1. EK 3 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	50
8.1. EK 4 Etik Kurul İzni.....	51
8.1. EK 5 Kurum İzni	52
8.1. EK 6 Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Kullanım İzni	53
8.1. EK 7 Aydınlatılmış Onam Formu	54

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **MERVE SARITAŞ**'ın “**Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Annelerin Ölüme Karşı Tutumları ile Spiritüel İyi Oluşları Arasındaki İlişki**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Konya / 30.06.2025

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Semra KÖSE Necmettin Erbakan Üniversitesi
Jüri Üyesi	Prof.Dr. Emine GEÇKİL Necmettin Erbakan Üniversitesi
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU Selçuk Üniversitesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 16/07/2025 tarih ve 17/06 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Annelerin Ölüme Karşı Tutumları ile Spiritüel İyi Oluşları Arasındaki İlişki başlıklı tez çalışmamın toplam 40 sayfalık kısmına ilişkin, 04.07.2025 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı 14 olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

04.07.2025

Merve SARITAŞ

Doç. Dr. Semra KÖSE

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

30.06.2025

Merve SARITAŞ

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Ölçekler için normallik incelemesi ($N=249$).....	23
Tablo 4. 1. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ($N=249$).....	26
Tablo 4. 2. Yoğun bakımda tedavi gören çocukların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ($N=249$)	27
Tablo 4. 3. Ölüme karşı tutum ve Spirütüel iyi oluş ölçeklerine ilişkin istatistikler ($N=249$)..	27
Tablo 4.4. Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölüme karşı tutum toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması ($N=249$).....	28
Tablo 4.5. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ölüme karşı tutum toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması ($N=249$).....	30
Tablo 4.6. Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre spirütüel iyi oluş toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması ($N=249$)	30
Tablo 4.7. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre spirütüel iyi oluş toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması ($N=249$).....	32
Tablo 4.8. Annelerin spirütüel iyi oluş ile ölüme karşı tutum puanları arasında ilişki ($N=249$)	32
Tablo 4.9. Annelerin spirütüel iyi oluş puanlarının ölüme karşı tutum puanları üzerindeki etkisi ($N=249$).....	33

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. G*Power Örneklem Hesaplaması.....	21
--	----

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi

ÇOCUĞU YOĞUN BAKIMDA YATAN ANNELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI İLE SİRİTÜEL İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Merve SARITAŞ

Konya-2025

Bu çalışma, çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluşları arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

Araştırma, Aralık 2023- Mayıs 2025 tarihleri arasında Ankara ilinde hizmet veren bir şehir hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitelerinde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan annelerle yapıldı. Araştırmanın örneklemini, evreni belirtilen hastanenin yoğun bakımında en az yedi gündür yatan 249 çocuğun annelerinden oluştu. Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra araştırma verileri “Anne ve Çocuk Bilgi Formu”, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ile yüzyüze toplandı. Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 istatistik paket programında değerlendirildi. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Cronbach's Alpha katsayısı, Bağımsız Örneklem *t* Test, Varyans Analizi (ANOVA) Bonferroni testi, Pearson korelasyon katsayısı, doğrusal regresyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya katılan annelerin %34,5'inin 30 yaş altı olduğu, %38,2'sinin ortaokul mezunu olduğu, %81,5'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve çocuğunun öleceğini ara sıra düşünenlerin oranı %38,2 olduğu tespit edildi. Çocukların %51,4'ünün 5 yaş altı olduğu, %65,1'inin sistem hastalıkları sorunu olduğu, %15,7'sinin travma/kaza nedeniyle yattığı ve %4,4'ünün ise genetik bir sorun nedeniyle yatış endikasyonunun olduğu saptandı. Ölüme karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması $123,33 \pm 19,88$ olduğu ve annelerin ölüme karşı tutumunun negatif olduğu bulundu. Spiritüel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalaması $118,57 \pm 10,93$ olduğu ve annelerin spiritüel iyi oluş durumunun yüksek olduğu saptandı. Annelerin ölüme karşı tutum ölçeğinde; 31-35 yaş aralığında olanların, eğitim durumu ilkokul mezunu olanların ve çocuğun ölümünü hiç düşünmeyenlerin ölüme karşı tutum puanlarının yüksek olduğu tespit edildi. Spiritüel iyi oluş ölçeğinde ise; medeni durumu evli olanların, eğitim durumu ilkokul mezunu olanların, herhangi bir işte çalışmayanların, geliri giderinden az olanların, yoğun bakımdaki çocuğu 5 yaş altında olanların, kendi ölümünü ara sıra düşünen ve çocuğunun ölümünü çok seyrek düşünen spiritüel iyi oluş puanlarının yüksek olduğu tespit edildi. Ölüme karşı tutum toplam puanı ile spiritüel iyi oluş toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$).

Çalışmada annelerin ölüme karşı olumsuz tutumunun olduğu ve bunun spiritüel iyi oluş düzeyini arttırdığı sonucu elde edildi. Bu sonuçlar doğrultusunda çocuk yoğun bakım ünitelerinde annelerin ölüme karşı tutumlarının negatif olabileceği dikkate alınarak, bu süreçte olan annelerin bütüncül yaklaşımla desteklenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anne, Çocuk yoğun bakım ünitesi, Hemşire, Spiritüel iyi oluş, Ölüme karşı tutum.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Child Health and Diseases Nursing

Master Thesis

THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTHERS OF CHILDREN IN INTENSIVE CARE UNIT'S ATTITUDES TOWARDS DEATH AND SPIRITUAL WELL-BEING

Merve SARITAŞ

Konya-2025

This study was conducted as a descriptive and correlational research to examine the relationship between the attitudes towards death and spiritual well-being of mothers whose children are hospitalized in the pediatric intensive care unit, as well as the factors affecting these variables.

The research was carried out between December 2023 and May 2025 with mothers who met the inclusion criteria in the pediatric intensive care units of a city hospital in Ankara, Türkiye. The sample of the study consisted of mothers of 249 children who had been hospitalized in the intensive care unit for at least seven days. After obtaining ethics committee approval and institutional permission, data were collected through face-to-face interviews using the "Mother and Child Information Form," "Attitude Toward Death Scale," and "Spiritual Well-Being Scale." Data were analyzed using IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 statistical software. Descriptive statistics, Cronbach's Alpha coefficient, Independent Samples t-test, Analysis of Variance (ANOVA) with Bonferroni post-hoc test, Pearson correlation coefficient, and linear regression analysis were used in the evaluation of the data. A significance level of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Among the participating mothers, 34.5% were under the age of 30, 38.2% were secondary school graduates, and 81.5% were unemployed. It was found that 38.2% of the mothers occasionally thought about the possibility of their child dying. Regarding the children, 51.4% were under the age of 5, 65.1% had systemic illnesses, 15.7% were hospitalized due to trauma/accident, and 4.4% had a hospitalization indication due to a genetic disorder. The mean score of the Attitude Toward Death Scale was 123.33 ± 19.88 , indicating that the mothers had a negative attitude towards death. The mean score of the Spiritual Well-Being Scale was 118.57 ± 10.93 , suggesting that the mothers had a high level of spiritual well-being. It was found that mothers aged 31–35, those who were primary school graduates, and those who never thought about their child's death had higher scores on the attitude toward death scale. Regarding spiritual well-being, higher scores were observed among married mothers, those with primary school education, those who were unemployed, those whose income was lower than their expenses, mothers of children under the age of 5, those who occasionally thought about their own death, and those who rarely thought about their child's death. A statistically significant positive correlation was found between the total score of attitude toward death and the total and subdimension scores of spiritual well-being ($p < 0.05$).

The study concluded that mothers had a negative attitude toward death, which, in turn, increased their level of spiritual well-being. Based on these results, it is recommended to support mothers going through this process with a holistic approach, considering that negative attitudes toward death may be prevalent among mothers in pediatric intensive care units.

Keywords: Attitude toward Death, Mother, Nurse, Pediatric intensive care unit, Spiritual well-being.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm, yaşamın doğal ve kaçınılmaz bir parçası olarak tüm canlıların karşılaşacağı evrensel bir olgudur. İnsanlar için ölüm sadece biyolojik bir son değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan anlam yüklenen çok boyutlu bir süreçtir (Ay ve Gençtürk, 2013; İnci ve Öz, 2012). Bireyler, kendilerinin ya da yakınlarının ölümüyle yüzleştiklerinde, bu durumu kişisel yaşam deneyimleri, dini inançları, kültürel ritüelleri ve değer yargıları doğrultusunda anlamlandırma ihtiyacı duymaktadırlar (Menekli ve ark., 2021).

Ölüm düşüncesi, bireyler arasında farklı şekillerde algılanabilmektedir. Kimileri için ölüm bir son, yok oluş ve bilinmezlikle eş anlamlıyken; kimileri için ruhun ölümsüzlüğü ya da sevdiklerine yeniden kavuşma umudu gibi manevi bir geçiş olarak değerlendirilmektedir (Karakuş ve ark., 2012). Ölüm algısının şekillenmesinde ve gösterdikleri tutumlarda; bireyin inanç sistemi, kişilik yapısı, sosyal çevresi, kültürel geçmişi, geçmiş yaşam deneyimleri ve kişilik özellikleri belirleyici rol oynamaktadır (Gafaar ve ark., 2020). Ayrıca erken yaşta meydana gelen ölümler, toplum tarafından daha trajik algılanmakta, özellikle çocuklarını kaybeden ebeveynlerde derin bir yas ve psikolojik travma sürecine neden olabilmektedir (Büyükcan- Tetik ve ark., 2021).

Çocuk yoğun bakım üniteleri, yaşam ile ölüm arasındaki sınırın en yoğun hissedildiği klinik ortamlardan biridir. Bu ünitelerde verilen sağlık hizmeti, yalnızca çocuğun fiziksel durumunu stabilize etmeye yönelik değil, aynı zamanda ailelerin duygusal ihtiyaçlarına da duyarlılık göstermeyi gerektirir (Meert ve ark., 2013). Özellikle ölümcül hastalığı olan çocuklarla çalışan sağlık profesyonelleri hem tıbbi kararlar alma sürecinde hem de ailelerle iletişim kurarken çok yönlü bir bilgi, beceri ve empati kapasitesi geliştirmek zorundadır (Hill ve ark., 2018). Bu nedenle, çocuk yoğun bakım ünitelerinde ölümle yüzleşme sürecinin anlaşılması hem profesyonel yaklaşımın kalitesini hem de ailelerin yas sürecindeki dayanıklılığını doğrudan etkileyebilmektedir. Terminal dönemde çocuğu olan anneler, çocuklarını kaybetme korkusu, yaşamlarındaki ani değişiklikler ve belirsizlik gibi faktörler nedeniyle yoğun bir psikolojik stres yaşayabilirler. Bu durum, uykusuzluk, depresyon, tükenmişlik ve ümitsizlik gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Arslan ve Buldukoğlu, 2019).

Tedavinin yetersiz kaldığı ve geri dönüşün mümkün olmadığı durumlarda, anne ile doğru bir iletişimin erken başlatılması, sürecin net bir şekilde açıklanması, annenin durumu kabullenmesine ve yas sürecine hazırlanmasına yardımcı olmaktadır (Beckstrand ve ark.,

2010). Bununla birlikte, her annenin bu süreci aynı sırayla ve aynı hızda yaşamadığı, çevresel ve kişisel faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (Zimmermann ve ark., 2016). Anne yaşanan hastalık süreci için iyileştirici olmayan tedavinin mevcut olduğunu kabul ettiğinde; varoluşsal bir süreç olarak çaresizlik, kaygı, umutsuzluk duyguları ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden bu aşamada iletişimi erkenden başlatmak, anne ile ölümü konuşabilmek ve bunu konuşurken manevi duygularını dikkate almak önemlidir (Stayer ve Lockhart, 2016).

Spiritüel iyi oluş, bireyin yaşamına anlam ve amaç katma, kendisiyle uyumlu bir yaşam sürme, başkalarıyla derin bağlar kurma ve yüce bir güce inanma gibi boyutları içeren çok yönlü bir kavramdır (Kutlu ve ark., 2020). Bu tanım, bireyin içsel dünyasıyla olan ilişkisini ve çevresiyle etkileşimini, yaşam felsefesini ve anlam arayışını şekillendiren bir yapıyı ifade eder (Can ve Avçin, 2023). Birey düzeyinde ele alındığında, spiritüel iyi oluş; stresle baş etme, yaşam krizlerini anlamlandırma ve psikolojik dengeyi koruma açısından önemli bir dayanıklılıktır (Puchalski ve ark., 2014). Özellikle annelik süreci, kadınlar için hem fizyolojik hem de psikososyal olarak yoğun dönüşümlerin yaşandığı özel bir dönemdir (Tuck ve ark., 2006). Anneler, sadece kendileri için değil, aynı zamanda çocukları için de güçlü bir destek ve güven kaynağı olma sorumluluğunu üstlenmektedir. Literatür spiritüel açıdan güçlü annelerin stresle daha etkin baş ettiklerini, çocuklarıyla daha sağlıklı ilişkiler kurduklarını ve annelik rollerini daha tatmin edici bir şekilde yerine getirdiklerini göstermektedir (Karaca ve Şener, 2021). Çocuk yoğun bakım ünitelerinde tedavi süreçleri karmaşık ve belirsiz olduğunda, ailelerin manevi ve psikososyal ihtiyaçları ön plana çıkmaktadır. Yapılan bir çalışma, spiritüel iyi oluşun ebeveynlerin bakım yükünü hafiflettiğini ve psikolojik dayanıklılıklarını artırdığını göstermektedir (Özdemir- Çevik ve Gürbüz, 2025).

Literatürde çocuk yoğun bakım ünitesine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların çoğunlukla sağlık profesyonelleri ya da öğrencileri kapsadığı, annelerin ise farklı boyutlardan ele alındığı görülmektedir. Mevcut çalışmalar, yas süreci, manevi başa çıkma mekanizmaları ve hemşire desteğinin önemi üzerinde durmaktadır. Hawthorne, Youngblut ve Brooten'in (2017) çalışması, manevi başa çıkmanın yas ve psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koyarken; Meert ve ark. (2013) ile Taşdelen ve Kürtüncü'nün (2022) çalışmaları, hemşirelerin ailelerle kurduğu iletişim aracılığıyla ölüm sürecinin kabullenilmesindeki rollerini vurgulamaktadır. Ayrıca, Tanhan ve Arı (2006) ile Kızılkaya ve Koştu'nun (2006) çalışmalarında kültürel ve bireysel inançların ölüm algısını nasıl şekillendirdiğini ele almışlardır. Kutlu ve ark. (2020) ile Puchalski ve ark. (2014) ise spiritüel iyi oluşun bileşenlerini tanımlayarak sağlık hizmetlerinde manevi ihtiyaçların karşılanmasının

önemine dikkat çekmiştir. Falkenburg ve ark.'nın (2018) çalışmasında ise, çocuk kaybı yaşayan ebeveynlerin yaşadığı manevi kırılma ve yas sürecine odaklanarak bu alandaki duygusal ve ruhsal derinliği ortaya koymaktadır. Tüm bu çalışmalar, özellikle çocuklarını kaybeden annelerin yaşadığı manevi süreci anlamak, destekleyici stratejiler geliştirmek ve hemşirelik bakımında spiritüel boyutu bütüncül olarak ele almak için önemli bir temel sunmaktadır. Literatürde çocuğunun kaybı ile karşı karşıya kalma durumu gibi derin bir travmatik süreci yaşayan annelerin, ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum dikkate alındığında, annelerin ölüme ilişkin düşüncelerini, tutumlarını ve spiritüel iyi oluş düzeylerini inceleyen araştırmalara duyulan gereksinim sebebiyle bu çalışma çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

- Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ne düzeydedir?
- Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin spiritüel iyi oluşları ne düzeydedir?
- Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları demografik özelliklerden etkilenmekte midir?
- Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin spiritüel iyi oluşları demografik özelliklerden etkilenmekte midir?
- Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ve spiritüel iyi oluşları arasında ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Yoğun Bakım Kavramı

Modern tıbbın en karmaşık ve ileri düzey hizmet alanlarından biri olan yoğun bakım, kritik hastalık durumunda olan bireylerin yaşam fonksiyonlarının desteklenmesi ve sürdürülmesi amacıyla yapılandırılmış multidisipliner bir sağlık hizmetidir (Atasayar, 2024).

Yoğun bakım üniteleri, hastanelerde kritik hastaların yönetildiği özel alanlar olarak tanımlanır. Bu birimler; hastaların hemodinamik durumlarının sürekli izlenebildiği, ileri düzey solunum desteği sağlanabilen, invaziv girişimlerin gerçekleştirilebildiği ve çoklu organ destek sistemlerinin kullanılabilirdiği donanımlı ortamlardır (Rhodes ve ark., 2012). Yoğun bakımda izlenen hastaların büyük bir kısmı; travma, sepsis, kardiyopulmoner yetmezlik, çoklu organ disfonksiyonu ya da ciddi ameliyat sonrası komplikasyonlar gibi hayatı tehdit eden durumlarla karşı karşıyadır. Bu nedenle yoğun bakımlarda verilen hizmetler, hayatta kalım oranını artırmayı, komplikasyonları en aza indirmeyi ve hastaların rehabilitasyon sürecine sağlıklı bir geçiş yapmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Burtin ve ark., 2009).

2.2. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi ve Tarihsel Gelişimi

Çocuk yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya olan çocukların sürekli izlenmesi ve ileri düzeyde tıbbi bakım almasını sağlayan özel birimdir. Tıbbi teknolojideki ilerlemeler, yoğun bakım uygulamalarının kapsamını genişletmiş ve pediatrik hastaların hayatta kalma oranlarını önemli ölçüde artırmıştır (Suttle ve ark., 2021).

Çocuklara yönelik yoğun bakım hizmetlerinin tarihçesi, 1950'li yıllarda polio (çocuk felci) salgınları sırasında başlatılan solunum desteği uygulamalarına dayanmaktadır. İlk modern çocuk yoğun bakım ünitesi ise 1955 yılında İsveç'te kurulmuştur (Qian ve Xu, 2019). 1960'lı ve 1970'li yıllarda bu uygulamalar Kuzey Amerika ve Avrupa'da yaygınlaşarak, pediatri alanında yeni bir alt disiplinin oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bu dönemde çocuklara özel fizyolojik farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiği anlaşılmış ve buna uygun uzmanlaşma ihtiyacı doğmuştur (Downes,1992).

Türkiye'de ise çocuk yoğun bakım hizmetlerinin gelişimi daha geç bir dönemde başlamış, özellikle 1990'lı yıllardan itibaren hem üniversite hastanelerinde hem de kamu hastanelerinde bu alanın güçlendirilmesine yönelik adımlar atılmıştır (Köroğlu ve ark., 2008). Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planları çerçevesinde çocuk yoğun bakım yatak kapasitesi artırılmış, bu birimlerde görev alacak sağlık profesyonellerinin eğitimi teşvik edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.3. Ölüm Kavramı ve Ölüm Türleri

Ölüm; tüm canlılar için kaçınılmaz bir gerçeklik olup, yaşamın son evresini ifade eden, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan evrensel bir süreçtir. Bireyin yaşamsal faaliyetlerinin geri döndürülemez biçimde sona ermesiyle tanımlanan bu olgu, insan yaşamının doğal bir parçası ve kaçınılmaz sonudur (Erbuğ, 2021). Klinik ortamlarında sıklıkla yaşamı tehdit eden durumlarla karşılaşmakta ve bu durumların sonucu olarak ölümler yüz yüze gelmektedir (Kentish-Barnes ve ark., 2021).

Literatürde ölüm olgusuna dair çeşitli tanımlar yer almakta olup, bu tanımlar farklı disiplinlerin bakış açılarına göre şekillenmektedir. Kübler-Ross (1969), ölümlü yalnızca bir son ya da kayıp olarak değil, insan yaşamının doğal ve kaçınılmaz bir parçası olarak tanımlarken; Türk Dil Kurumu (2018), ölümlü “bir canlının hayatının, sonsuz uykusunun ve ortadan kaybolmasının tam ve kesin sonu” şeklinde açıklamaktadır. Tıbbi açıdan ise Amerikan Tabipler Birliği, ölümlü, dolaşım, solunum ve beyin fonksiyonlarındaki tüm yaşamsal işlevlerin geri döndürülemez biçimde sona ermesi olarak tanımlamaktadır (Akdemir ve Birol, 2004)

Genel olarak ölüm; doğal ölüm, ani ölüm, şiddet sonucu ölüm, beklenen ölüm, beklenmeyen ölüm, beyin ölümü ve klinik ölüm gibi alt türlerde sınıflandırılmaktadır. Doğal ölüm genellikle yaşlanma sürecinin sonucunda gelişen ve kronik hastalıkların etkisiyle gerçekleşen bir süreçtir. Ani ölüm ise çoğunlukla kalp krizi, beyin kanaması gibi hızlı gelişen fizyolojik bozukluklar sonucu meydana gelir. Şiddet sonucu ölüm; kaza, intihar veya cinayet gibi dışsal nedenlerle ortaya çıkar ve toplumda travmatik etkiler yaratma potansiyeline sahiptir (Uğur ve Fadiloğlu, 2021). Özellikle yoğun bakım gibi yaşam desteği sağlanan klinik ortamlarda sık karşılaşılan bir diğer ölüm türü ise beyin ölümüdür. Beyin ölümü, tüm beyin fonksiyonlarının geri dönüşsüz şekilde kaybı olarak tanımlanır ve organ bağıışı gibi etik boyutları da içeren bir süreçtir (Sucu ve ark.,2018).

Bu çeşitlilik, sadece sağlık çalışanlarının değil, aynı zamanda hasta yakınlarının ölümle baş etme biçimlerini de şekillendirmektedir. Ölüm türünün biliniyor veya öngörülebilir olması, bireylerin yas süreçleri üzerinde belirleyici olabilir. Nitekim literatürde, beklenmeyen ölüm yaşayan bireylerde travma sonrası stres belirtilerinin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Uludağ ve ark., 2021).

2.4. Ölümün Boyutları

Ölüm, yalnızca biyolojik bir son değil; aynı zamanda bireyin psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel düzeylerde çok katmanlı bir deneyimdir. Bu nedenle ölümün yalnızca fiziksel değil,

çok boyutlu bir olgu olarak ele alınması gereklidir. Bireyin ölümle karşılaşma biçimi ve verdiği tepkiler, onun ölümün hangi boyutunu öncelikli olarak deneyimlediğine bağlı olarak değişebilir (Neimeyer ve ark., 2014).

Biyolojik boyut, organizmanın işlevlerini sürdürememesiyle ilişkilidir ve genellikle tıbbi tanı ve müdahalelerin temelini oluşturur. Psikolojik boyut ise bireyin ölüm korkusu, kaygısı, yas süreci ve ölüm bilinci gibi içsel yaşantılarını kapsar. Sosyal boyut, ölümün bireyin ailesi, arkadaş çevresi ve toplum üzerindeki etkilerini; kültürel boyut ise toplumun ölümle ilgili inançlarını, ritüellerini ve geleneklerini içerir (Alp, 2024). Spiritüel boyut ise bireyin ölümden sonraki yaşama dair inançları, anlam arayışı ve varoluşsal sorgulamaları ile ilgilidir.

Bu çoklu boyutlar, bireylerin ölümle baş etme stratejilerini ve sağlık profesyonellerinin bakım yaklaşımlarını belirlemede önemli rol oynamaktadır. Örneğin, ölüm sürecine tanıklık eden bir annenin psikolojik ve spiritüel desteğe olan ihtiyacı, sadece biyolojik süreçlerin anlaşılmasıyla karşılanamayabilir. Nitelikli yapılan çalışmalar, ölüm sürecinde bütüncül yaklaşımın bireylerin duygusal iyilik halini artırdığını göstermektedir (Otani ve ark., 2022).

2.4.1. Ölümün biyolojik boyutu

Modern tıbbın gelişimiyle birlikte bu algı değişmiş; ölüm, biyolojik işlevlerin giderek yavaşladığı ve geri döndürülemez şekilde sona erdiği bir süreç olarak tanımlanmıştır (Özer, 2017). Yaşamsal fonksiyonların durması, özellikle solunum ve dolaşım sistemlerinin beyne yeterli oksijen sağlayamaması sonucunda, ortalama beş dakika içinde kalıcı beyin hasarına yol açmakta ve bu aşamadan sonra organizmanın hayati faaliyetlerini sürdürmesi mümkün olmamaktadır (Greer ve ark., 2020). Tıpta bu durum somatik ölüm olarak adlandırılır ve bireyin solunum ile dolaşım gibi temel yaşamsal işlevlerinin geri döndürülemez biçimde sona ermesi bu tanımın temel ölçütünü oluşturur.

2.4.2. Ölümün biyopsikososyal boyutu

Ölüm, yalnızca biyolojik bir sonlanma değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de derin etkiler yaratan çok boyutlu bir olgudur. Biyolojik açıdan ölüm; solunum, dolaşım ve merkezi sinir sistemi gibi temel hayati işlevlerin geri dönüşsüz biçimde durmasıyla organizmanın yaşamını sürdüremeyecek hâle gelmesi olarak tanımlanır (Özer, 2017). Bu süreçte özellikle beynin oksijensiz kalması, hücresel düzeyde irreversible hasarların gelişmesine neden olur ve organizmanın canlılık özelliklerini tümüyle kaybetmesine yol açar. Psikolojik açıdan ölüm, bireyin bilinçli farkındalık, bilişsel işlevler ve çevreyle etkileşim kurma kapasitesinin tamamen sona ermesi olarak değerlendirilir. Bu bağlamda, ölüm yalnızca bedenin

değil, benliğin ve zihinsel varoluşun da sonudur (Alp, 2024). Bilinç kaybı, kişinin kendilik algısını yitirmesiyle birlikte derin bir varoluşsal boşluk yaratabilir. Sosyal boyutta ise ölüm, bireyin toplumsal rollerini ve ilişkilerini sürdürmemesi durumunda ortaya çıkan “sosyal ölüm” kavramıyla açıklanır. Sosyal ölüm; birey hâlen biyolojik olarak hayatta olsa bile, bilinç kaybı ya da ağır zihinsel yıkım nedeniyle çevresiyle anlamlı etkileşim kuramaması hâlinde meydana gelir (Paananen ve ark., 2024).

2.4.3. Ölümün kültürel ve inançsal boyutu

Kültür, bireyin doğumdan itibaren sosyal çevresinden edindiği değerler, inanç sistemleri, normlar ve davranış biçimleri yoluyla şekillenen, yaşam tarzını doğrudan etkileyen dinamik bir yapıdır. Yaşam süreci boyunca deneyimlenen sosyal, ekonomik ve çevresel etmenler bireyin kültürel kimliğini şekillendirmekte, bu kimlik ise bireyin ölüm algısını belirginleştirmektedir (Kastenbaum, 2012). Bu bağlamda ölüm, her ne kadar tüm insanlık için ortak ve kaçınılmaz bir gerçeklik olsa da farklı kültürel yapılarda ve inanç sistemlerinde farklı anlamlarla karşılık bulmaktadır. Bazı toplumlarda ölüm, yaşam döngüsünün doğal ve kaçınılmaz bir parçası olarak açıkça konuşulabilirken; bazı kültürlerde ölümden söz etmek bir tabu olarak görülmekte, bastırılmakta ya da görmezden gelinmektedir. Özellikle bireyselliği, gençliği ve üretkenliği yücelten Batı kültürlerinde ölüm, kimi zaman başarısızlık ya da yenilgi olarak değerlendirilebilmektedir (Walter, 2020).

Dinî inançlar da ölüm algısının şekillenmesinde temel belirleyicilerden biridir. Her din, ölüm olgusunu kendine özgü kavramsal çerçeveler ve ritüellerle açıklar. Örneğin Yahudilik’te ölüm, Tanrı’nın iradesine bağlı, kaçınılmaz ve kimi zaman cezalandırıcı bir deneyim olarak görülürken; Hristiyanlık inancında ölüm, ruhun bedenle ilişkisinin son bulduğu, ancak ruhun ebedi yaşama geçtiği bir geçiş sürecidir (Neimeyer ve ark., 2010). İslam inancında ise ölüm, ruhun bedenden ayrılarak Allah’a dönmesi olarak tanımlanır ve bu süreç, dünya hayatının geçici olduğunu ve ölümden sonraki yaşamın asıl varoluş biçimi olduğunu vurgular (Al-Shahri, 2016).

Her birey hangi dini ya da kültürel inancı benimsemiş olursa olsun, ölümlerle karşılaştığında yoğun duygusal tepkiler verebilir. Bu tepkiler hem ölen kişiyle duygusal bağ kuranlar hem de ölüm gerçeğiyle yüzleşen bireyler açısından derin sosyal ve psikolojik etkiler yaratır. Bu bağlamda cenaze törenleri, yas ritüelleri ve toplumsal destek mekanizmaları, kayıpla baş etmede önemli rol oynar. Bu ritüeller hem bireysel yasin anlamlandırılmasına hem de toplumsal dayanışmanın sürdürülmesine katkı sağlar (Rosenblatt, 2017).

2.5. Ölüme Karşı Tutum

Ölüm, yalnızca bireyi değil, ailesini ve toplumu da etkileyen çok yönlü bir fenomendir. Bireylerin ölüm karşısındaki tutumları, bu olguya yönelik algı, kaygı ve korkuları; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, dini inançlar, kültürel değerler ve yaşam deneyimleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ölüm kaygısı, bireyin kendi sonunu düşünmesiyle tetiklenen; belirsizlik, yalnızlık, kontrol kaybı, acı çekme korkusu, fiziksel bütünlüğün bozulması ve yok olma gibi alt bileşenleri içeren çok boyutlu bir duygusal deneyimdir. Bu bağlamda bireylerde ölüme karşı tutum ölümsüzlük arzusu, ölümlü inkâr etme, ölüme meydan okuma, ölümlü isteme, ölümlü kabullenme, yas tutma, ölüm kaygısı alt başlıklar altında incelenmektedir (Karakuş ve ark., 2012).

2.5.1. Ölümsüzlük arzusu

Ölümsüzlük arzusu, insanın yaşamı boyunca taşıdığı en derin hayallerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu arzu, insanın sınırlı ve geçici yaşamına bir tepki niteliğindedir ve özellikle ölümlülük gerçeğiyle yüzleşildiğinde daha belirgin hale gelir. İnsan, ölüm fikri karşısında hayata sıkı sıkıya tutunurken, bir yandan da ölümün kaçınılmazlığı karşısında ölümsüzlüğün hayalini kurar. Bu durum, sadece bireysel bir psikolojik süreç değil, aynı zamanda kültürel ve tarihsel bir gerçekliktir. İnsan bedeninin mumyalanması, ölümün gömülmeden önce süslenmesi, güzelleştirilmesi gibi ritüeller de ölümsüzlüğe duyulan özlemin tarihsel ve kültürel tezahürleri arasında sayılabilir (Greenberg ve ark., 2015).

Ölümsüzlük düşüncesi, farklı inanç ve kültürel sistemlerde çeşitli biçimlerde ifade edilmiştir. Bu inançlar temelde beş ana kategoride ele alınabilir (Nowaczyk-Basińska ve Kiel, 2024):

Maddi Ölümsüzlük: Bu görüşe göre ezelî ve ebedî olan yalnızca maddedir. İnsan da maddi özü itibarıyla yok olmayan bir varlıktır. Bu anlayışta ruhsal ya da metafizik bir devamlılıktan ziyade, maddenin dönüşümüne dayalı bir ölümsüzlük algısı vardır (Dempsey ve Stoyles, 2010).

Biyolojik Ölümsüzlük: Bu yaklaşım, bireyin soyunu sürdürme arzusunu temel alır. İnsan, çocuk sahibi olarak kendisinden sonra da bir parçasının yaşamaya devam edeceğine inanır. Bu, ölüm gerçeği karşısında teselli edici bir duygusal teminat olarak kabul edilir (Nowaczyk-Basińska ve Kiel, 2024).

Sosyal Ölümsüzlük: Bu inanç, bireyin ölümünden sonra bıraktığı eserler, katkılar ve hatıralar aracılığıyla hatırlanma ve yaşatma düşüncesine dayanır. Toplumsal fayda sağlayan

çalışmalarla iz bırakmak, ölüm korkusunu hafifletme biçimi olarak görülür (Nowaczyk-Basińska ve Kiel, 2024).

Ruhi Ölümsüzlük: Bu anlayış, ruhun ölümsüz olduğu ve kişinin ölümden sonra ruhunun başka bedenlerde yeniden doğacağı fikrine dayanır. Bu döngü, ruhun belirli bir olgunluğa ulaşana dek devam ettiği reenkarnasyon inancıyla yakından ilişkilidir (Nowaczyk-Basińska ve Kiel, 2024).

Ferdi-Şahsi Ölümsüzlük: İlahi dinlerde vurgulanan bu görüş, bireyin ölümden sonra ahiret yaşamına geçeceğini ve bu hayatın ebedi olacağını kabul eder. Ruhun bedenden ayrıldıktan sonra ilahi adalet çerçevesinde sonsuz bir yaşama yönlendirileceği inancı, kişisel bir ölümsüzlük anlayışı sunar (Kar, 2021).

2.5.2. Ölümü inkâr etme

Ölüm, tüm insanlar için kaçınılmaz ve evrensel bir gerçekliktir. Ancak bireylerin bu gerçekle yüzleşme biçimleri; psikolojik yapı, dini-manevi inançlar, yaşam deneyimleri, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ve kültürel değerler gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterir. Ölüm olgusuna verilen tepkiler bireyin yalnızca bireysel özellikleriyle değil, aynı zamanda içinde bulunduğu kültürel bağlam ve toplumsal yapılarla da doğrudan ilişkilidir. Toplumların ölümle ilgili geliştirdiği normlar, semboller ve ritüeller bireylerin ölüm algısının oluşumunu etkileyerek, bu algının kuşaktan kuşağa aktarılmasına katkı sunar (Testoni ve ark., 2020).

Modern toplumlarda ise ölüm çoğu zaman göz ardı edilen ya da bastırılan bir konu hâline gelmiştir. Özellikle bireyci ve seküler değerlere dayalı yaşam tarzlarının yaygın olduğu Batı kültürlerinde, ölüm deneyimi gündelik yaşamdan dışlanmakta ve konuşulması rahatsızlık verici bir tabu olarak görülmektedir. Bu durum, bireylerin ölümle doğrudan yüzleşmek yerine onu inkâr etme ya da bastırma eğiliminde olmalarına yol açmaktadır. Ölüm korkusunu azaltmak amacıyla bireyler, çeşitli savunma mekanizmaları geliştirirler. Bu mekanizmalardan en yaygın olanları arasında “bastırma” ve “meşguliyetle maskeleyme” stratejileri yer alır. Bastırma, ölüm düşüncesinin bilinç düzeyinden uzaklaştırılması şeklinde işlerken; maskeleyme, bireyin ölümle ilgili düşünceleri bastırmak adına kendisini sürekli işle, başarıyla ya da sosyal etkinliklerle meşgul etmesi şeklinde ortaya çıkar (Howarth, 2021).

2.5.3. Ölüme meydan okuma

Toplumların ölümle kurduğu ilişkiyi anlamada kültürel anlatılar önemli bir referans noktasıdır. Özellikle mit, destan, halk hikâyesi ve masal gibi geleneksel anlatılar, ölümü yalnızca bir son olarak değil, çoğu zaman kahramanlık, fedakârlık ve ideallere adanmışlık

bağlamında anlamlandırır. Bu anlatılarda birey, uğruna yaşadığı değerler (örneğin adalet, aşk, vatan ya da inanç) uğruna ölmeyi göze alarak yüceltilir; böylece ölüm, bir yenilgi değil, ahlaki ve kültürel anlamda bir yüceliş olarak sunulur. Bu tür anlatılar hem kolektif belleğin taşıyıcısı hem de bireylerin ölüm karşısındaki tutumlarını biçimlendiren sembolik yapı taşlarıdır (Uğurcan ve Koçak, 2021). Ancak ölüme meydan okuma tutumu yalnızca geleneksel anlatı dünyasına ait bir olgu değildir. Modern toplumlarda da bu tutumun çeşitli biçimlerine rastlamak mümkündür. Özellikle ekstrem sporlarla ilgilenen bireyler, savaş muhabirleri, itfaiyeciler, profesyonel dağcılar ya da ölümcül bir hastalığı atlatan kişiler, ölümle doğrudan yüzleşerek yaşamı daha derin ve anlamlı bir şekilde deneyimlediklerini belirtirler (Brymer, 2017). Bu bireyler için ölümle sınırdan yaşamak, yalnızca adrenalin arayışı değil, aynı zamanda yaşamın değerini yeniden değerlendirme ve varoluşsal farkındalık kazanma sürecidir. Psikolojik açıdan bu durum, bireyin ölüm gerçeğini inkâr etmek yerine onu kabul ederek yaşamı daha otantik bir biçimde yaşama çabası olarak değerlendirilebilir (May, 2021).

2.5.4. Ölümü isteme

İnsan zihninde yer alan ölüm isteği, yalnızca yaşamın sona ermesi arzusu olarak değil; aynı zamanda huzura erişme, acılardan kurtulma ve zihinsel yüklerden arınma çabası olarak da değerlendirilebilir. Psikedinamik kuramlar özellikle bu eğilimi bireyin iç dünyasında var olan çatışmalarla ilişkilendirir. Freud'un ortaya koyduğu "thanatos" kavramı, bireyin yalnızca yaşamı sürdürme (eros) değil, aynı zamanda yok olma ve çözülme yönünde de içgüdüsel bir eğilim taşıdığını öne sürer (Freud, 1920/2021). Günümüz psikoloji literatüründe bu kavram, kendine zarar verme davranışları, intihar eğilimleri ve riskli yaşantılarla bağlantılı biçimde ele alınmakta ve bireyin bilinçdışı düzeyde ölümle olan ilişkisini anlamaya katkı sunmaktadır (Klonsky ve ark., 2018).

Yaşamda karşılaşılan çözümsüzlükler, yoğun stres, değersizlik ve çaresizlik duyguları gibi etkenler, bireyin ölüm düşüncesini bir kaçış yolu olarak görmesine neden olabilir. Özellikle ağır travmalar, psikiyatrik bozukluklar veya kronik sosyal yalnızlık gibi durumlar, bireyin yaşamla bağını zayıflatabilir (Van Orden ve ark., 2010). Bu bağlamda ölüm arzusu, sadece bireysel bir psikolojik sorun değil; aynı zamanda sosyal, kültürel ve ekonomik bağlarla şekillenen çok boyutlu bir olgudur. Geleneksel toplumlarda ölüm, yeniden doğuş ya da başka bir varoluş biçiminin başlangıcı olarak anlamlandırılırken; modern seküler toplumlarda genellikle mutlak bir son, yokluk ya da bilinmezlik olarak algılanmaktadır (Alp, 2024). Bu algı farkı, bireylerin ölüm isteğiyle olan ilişkisini de köklü biçimde etkilemektedir. Ayrıca bireyin sosyoekonomik koşulları, sosyal destek sistemlerine erişimi, dini inançları ve kişilik yapısı da ölüm isteğinin

ortaya çıkışında belirleyici rol oynar. Özellikle sosyal izolasyon ve anlam yitimine uğrayan bireylerde, ölüm düşüncesi varoluşsal bir çözüm yolu olarak görülebilir (Joiner, 2005).

2.5.5. Ölümü kabullenme

Ölüm, yalnızca biyolojik bir sona eriş değil; aynı zamanda bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı en derin varoluşsal deneyimlerden biridir. Bu deneyimin nasıl algılandığı ve içselleştirildiği ise bireyin dünya görüşü, kültürel altyapısı ve özellikle dini inançlarıyla yakından ilişkilidir. İnanç sistemleri, bireyin ölüm karşısındaki duruşunu yalnızca şekillendirmekle kalmaz; aynı zamanda ölümlle yüzleşme, yas sürecini anlama ve kayıplarla başa çıkma yollarını da derinden etkiler (McDevitt ve ark., 2012).

Dini inançlar, ölüm olgusuna anlam yüklemeye ve ölümün yarattığı kaygıyı azaltmada önemli bir işlev görür. İnançlı bireyler için ölüm çoğunlukla yeni bir yaşamın, yani ruhsal bir devamlılığın başlangıcı olarak kabul edilirken; seküler bakış açısına sahip bireylerde ise ölüm, bilinmezlik ve yoklukla özdeşleştirilebilmektedir. Bu durum, bireyin ölüm karşısında geliştirdiği tutumun, onun psikolojik uyum sürecini, yaşla baş etme kapasitesini ve travmatik kayıplar karşısındaki dayanıklılığını belirleyici bir unsur hâline getirir (Vail ve ark., 2020).

Güncel psikolojik kuramlardan biri olan Gesser ve arkadaşlarının geliştirdiği *Ölüm Kabulü Modeli*, bireylerin ölümlle ilgili farklı tutumlarını anlamada değerli bir çerçeve sunmaktadır (Wong ve ark., 1994). Bu modele göre ölüm kabulü üç temel boyutta incelenmektedir:

Tarafsız Kabul: Ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak algılanır. Bu yaklaşımda birey, ölümlle barışıktır ve onu kaçınılmaz bir gerçeklik olarak kabullenmiştir. Bu tutuma sahip bireylerde genellikle ölüm korkusu düşüktür ve yaşamdan alınan doyum daha dengelidir.

Yaklaşma Yönelik Kabul: Bu tutum çoğunlukla dini ve manevi inançlarla ilişkilidir. Ölüm, ruhun kurtuluşu, cennet ya da sonsuz huzura geçiş gibi olumlu anlamlarla yüklenir. Bu anlayış, ölüm korkusunu azaltan güçlü bir manevi çerçeve sunar (Neimeyer ve ark., 2014).

Kaçmaya Yönelik Kabul: Bireyin karşılaştığı yoğun acılar, çözümsüzlükler ya da ruhsal sıkıntılar neticesinde ölümü bir kaçış yolu olarak görmesiyle karakterizedir. Bu eğilim genellikle umutsuzluk, yalnızlık ve çaresizlikle iç içedir ve psikolojik destek gerektiren bir durumu yansıtır.

Bu üçlü model, bireylerin ölüm algılarının sadece kişisel bir tutum değil; aynı zamanda inanç, kültür ve ruh sağlığı dinamiklerinin bir kesişimi olduğunu ortaya koymaktadır. İnanç sistemi güçlü olan bireyler için ölüm, genellikle bir son değil, ilahi bir kavuşma ya da ebedi bir

yolculuğun başlangıcı olarak görülmekte ve bu da yas sürecinde psikolojik dayanıklılığı artırabilmektedir (Vanderwerker ve ark., 2005).

2.5.6. Yas tutma

Yas, bireyin sevdiği birini kaybetmesi sonucu ortaya çıkan doğal, çok boyutlu bir tepkidir. Bu tepki yalnızca bireysel düzeyde yaşanan bir duygusal süreç değil; aynı zamanda kültürel, toplumsal ve dini yapılarla şekillenen karmaşık bir deneyimdir. (Neimeyer ve ark., 2014).

Yas tutma, bireyin kayıp karşısındaki duygularını ifade etme süreci olarak değerlendirilebilir ve bu ifade biçimi, büyük ölçüde kültürel normlar ve geleneksel ritüellerle belirlenir. Farklı toplumlar, yasin nasıl yaşanacağına ve dışa vurulacağına dair çeşitli pratikler geliştirmiştir. Bu nedenle yas, evrensel bir insan deneyimi olmakla birlikte, kültürel bağlamlara göre biçimsel ve duygusal açıdan büyük farklılıklar gösterebilir (Klass ve Steffen, 2018).

Yas sürecinin niteliği, bir dizi kişisel ve çevresel faktöre bağlı olarak değişir. Bireyin dini inançları veya inançsızlık durumu, ölümün anlamlandırılmasında belirleyici olabilir. Ölüm sonrası yaşama dair güçlü inançlar, kaybın kabullenilmesini kolaylaştırabilirken; ölümün kesin bir son olarak algılandığı durumlarda yas süreci daha yoğun ve uzamış bir hal alabilir (Vail ve ark., 2020). Ayrıca ölümün şekli – ani ya da beklenen olması – bireyin psikolojik tepkisini doğrudan etkileyebilir. Ani ve beklenmedik ölümler genellikle travmatik yas tepkilerine yol açarken, uzun süredir hasta bir yakının kaybı, bireyin ölüm gerçeğine zihinsel olarak önceden hazırlanmasını sağlayabilir (Eisma ve ark., 2020). Ayrıca bireyin geçmişte yaşadığı kayıplar ve ailedeki ölüm deneyimleri, yasin yoğunluğunu ve başa çıkma yollarını etkileyen önemli faktörler arasında yer alır. Tekrarlayan kayıplar bazı bireylerde duyarsızlaşmaya yol açabilirken, bazıları için ise her yeni kayıp önceki travmaları yeniden canlandırarak daha derin bir psikolojik etki oluşturabilir. Bu nedenle yas süreci, bireysel geçmiş, sosyal destek sistemi, inanç yapısı ve kültürel bağlam gibi çok yönlü etkenlerle şekillenen dinamik bir olgudur. (Stroebe ve ark., 2017).

2.5.7. Ölüm kaygısı

İnsan doğası gereği bilinmezlik karşısında belirsizlikten kaynaklanan bir kaygı geliştirir. Bu bağlamda ölüm ve ölüm sonrası yaşama dair düşünceler, insan zihninde çözülmesi güç varoluşsal sorular arasında yer alır. Ölümün geri dönülmez bir son olarak algılanması, fiziksel varoluşun sona ermesinin ötesinde, bireyin kimliğini, kontrol duygusunu ve benliğini kaybetme riskiyle ilişkili bir tehdit unsuru olarak görülmesine neden olabilir. Özellikle kendi ölümü ya da

yakınlarının kaybı ile yüzleşen bireyler, bu süreci yoğun kaygı, korku ve duygusal karmaşa içinde deneyimleyebilir. (Menzies ve ark., 2024).

Ölüm kaygısını etkileyen önemli değişkenlerden biri de bireyin dini inanç düzeyidir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, dindarlık ile ölüm kaygısı arasında doğrusal olmayan, çok boyutlu bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bazı bireylerde yüksek dini inanç, ölüm sonrası yaşama dair umut ve anlam sunarak ölüm kaygısını azaltabilirken; bazı bireylerde ise ceza, günah ve bilinmezlik temelli dini öğretiler, ölüm kaygısının daha da artmasına yol açabilmektedir. Bu farklılıklar, bireyin inanç sisteminin içeriği, dini anlayışı ve ruhsal başa çıkma becerileriyle yakından ilişkilidir. Dolayısıyla dindarlık, ölüm kaygısı üzerinde tek yönlü değil, bireyin dini yaşantısının niteliğine bağlı olarak değişken etki gösteren bir faktördür (Currier ve ark., 2021).

2.6. Çocuğun Yoğun Bakımda Yatmasının Anne Üzerindeki Etkileri

Yoğun bakım ünitesinde çocuğun tedavi görmesi, yalnızca çocuğun fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda anne-babanın özellikle de annelerin psikolojik, duygusal ve sosyal sağlığını derinden etkileyen travmatik bir deneyimdir. Yoğun bakım ortamı, sadece hastalar açısından değil, aynı zamanda aile bireyleri için de stresli ve yıpratıcıdır. Kritik bir hasta ile karşı karşıya kalan aile üyeleri, yoğun bir belirsizlik, korku ve kaygı süreci yaşar. Bu nedenle modern yoğun bakım anlayışı, yalnızca hastayı değil, ailesini de sürece dâhil eden, aile merkezli bir bakım yaklaşımını benimsemektedir. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, karar süreçlerine katılımı ve psikolojik destek alması, yoğun bakım ünitesi hizmet kalitesini doğrudan etkileyen unsurlardandır (Kentish ve ark., 2021).

Anneler, çocuklarının yaşamını tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya olması durumunda yoğun kaygı, belirsizlik, suçluluk ve çaresizlik gibi karmaşık duygular yaşayabilmektedir (Loewenstein, 2019). Bu süreçte annenin stres düzeyi genellikle yüksektir ve bu durum depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres belirtilerine yol açabilmektedir. Yoğun bakım süreci ebeveynlerin aynı zamanda ebeveynlik rolünü de sınavan bir durumdur. Anneler, yoğun bakım koşulları nedeniyle çocuklarına fiziksel olarak yeterince yakın olamama ve bakım sürecine yeterince katılamama hissi yaşayabilirler. Ayrıca hastane ortamının yabancı yapısı, sürekli değişen tıbbi bilgiler ve karar verme sorumluluğu, annelerin duygusal yükünü daha da artırmaktadır (Melnyk ve ark., 2021).

Çocuğun yoğun bakımda yatmasının annede oluşturduğu etkilere yönelik koruyucu faktörler arasında sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim, aile merkezli bakım uygulamaları, psikososyal destek hizmetleri ve manevi baş etme kaynakları öne çıkmaktadır. Özellikle

hemşirelerin annelerle kurduğu empatik iletişim ve bilgi paylaşımı, annelerin kaygı düzeylerini azaltmada belirleyici rol oynamaktadır. Annenin bu süreçte yaşadığı etkiler; yaş, eğitim düzeyi, daha önceki sağlık deneyimleri, sosyal destek düzeyi, dini/inanç temelli baş etme mekanizmaları gibi bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Franck ve ark., 2020).

Psikolojik ve duygusal etkiler: Çocuğun yoğun bakımda olması, annelerde yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, akut stres tepkileri ve uzun vadede posttravmatik stres bozukluğu gelişme riskini artırmaktadır. Yapılan araştırmalarda, çocukları yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin yaklaşık %30-40'ının klinik düzeyde anksiyete veya depresyon belirtileri gösterdiği bildirilmektedir (Melnik ve ark., 2021). Yoğun bakım süreci belirsizlik, korku ve kontrol kaybı gibi temel psikolojik stresörlerle doludur. Anneler, çocuklarının durumu hakkında yetersiz bilgi almak, belirsizlik, kritik kararlar vermek zorunda kalmak ve çocuğuna yeterince yakın olamamak gibi nedenlerle duygusal tükenme yaşayabilirler (Franck ve ark., 2020). Literatürde, çocuğun hastanede kalış süresi uzadıkça annenin psikolojik olarak zorlanması arttığı belirtilmiştir. Özellikle yoğun bakım ünitesinde geçirilen her gün, yaşam biçiminde önemli değişiklikler, geçmişteki birikimlerin kaybı gibi olgular, annenin uyku düzeni, sosyal ilişkileri ve günlük yaşam işlevselliği üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Açıkgöz ve ark., 2017). Annelerin yoğun bakım sürecinde yeterli sosyal destek alamamaları durumunda, baş etme becerileri zayıflamakta ve bu da daha ciddi psikolojik sorunlara zemin hazırlayabilmektedir (Kara ve ark., 2013). Ayrıca, yoğun bakım süreci annenin annelik rolü algısını da zedeler. Annelik, sadece biyolojik değil aynı zamanda duygusal ve davranışsal bir roldür. Ancak yoğun bakım ortamında çocukların klinik cihazlara bağlı olması, sınırlı temas imkânı, sağlık personelinin süreci yönlendirmesi gibi faktörler annenin bu rolü aktif biçimde gerçekleştirmesini engelleyebilir. Bu da annenin kendisini yetersiz, suçlu veya işe yaramaz hissetmesine neden olabilir (Im ve Oh, 2021).

Sosyal ve fiziksel etkiler: Yoğun bakım süreci, annenin sosyal yaşamını da önemli ölçüde etkiler. Özellikle uzun süreli yatışlarda anneler evlerinden, işlerinden, diğer çocuklarından ve sosyal destek ağlarından uzaklaşabilir. Bu izolasyon hali, yalnızlık hissini pekiştirir ve sosyal destek eksikliği annenin psikolojik dayanıklılığını zayıflatır (O'meara ve ark., 2002). Bazı anneler ekonomik sıkıntılar yaşayabilir, çünkü yoğun bakım sürecinde işine devam edememekte veya çocuklarına daha fazla bakım sağlamak için gelirinden feragat etmek zorunda kalmaktadır. Maddi yükün artması da stres düzeyini olumsuz yönde etkileyen bir faktördür (Turner ve ark., 2021). Fiziksel olarak ise anneler uykusuzluk, yeme bozuklukları, baş ağrısı,

mide sorunları ve kronik yorgunluk gibi psikosomatik belirtiler gösterebilirler. Bu fiziksel semptomlar, stres hormonlarının aşırı salgılanması ve annenin temel öz bakım ihtiyaçlarını ihmal etmesi ile ilişkilidir (Loewenstein, 2019).

2.7. Spiritüel Kavramı

Spiritüel terimi, Latince “spiritus” kelimesinden türemiş olup, “nefes” ya da “yaşam gücü” anlamına gelmektedir. Tarihsel süreçte maneviyat kavramı çoğunlukla din ile özdeşleştirilmiş olsa da modern dönemde bu iki kavram arasında önemli ayrımlar yapılmaya başlanmıştır. Din, genellikle belirli kuralları ve doktrinleri olan örgütlü bir inanç sistemi olarak tanımlanırken; maneviyat daha çok bireyin kişisel deneyimlerine, içsel anlam arayışına ve aşkın olanla kurduğu bağa odaklanmaktadır (Koenig, 2008).

Spiritüellik, bireyin yaşamına anlam ve amaç kazandırma arayışı çerçevesinde şekillenen ve çoğunlukla aşkınlık, bütünlük, bağ kurma ve içsel huzur gibi kavramlarla ilişkilendirilen bir olgudur. Bu kavram, özellikle sağlık hizmetlerinde bütüncül bakım anlayışının ön plana çıkmasıyla yeniden önem kazanmış ve son yıllarda hızla gelişim göstermiştir (Puchalski ve ark., 2014).

2.8. Spiritüel İyi Oluş Kavramı ve Sağlıkta Gelişimi

Spiritüel iyi oluş, bireyin yaşamına anlam ve amaç kazandırma süreciyle şekillenen ve yalnızca dinî inançlarla sınırlı olmayan, kişisel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Günümüz bireyleri, geleneksel dinî yapılar yerine daha çok kişisel manevi deneyimlere yönelmekte; bu durum da onların psikolojik iyi oluşlarını destekleyen önemli bir unsur haline gelmektedir. Literatürde, spiritüel iyi oluşun bireylerin stresle baş etme becerilerini artırdığı ve psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirdiği belirtilmektedir (Koenig, 2012; Pargament, 2011). Bireyin anlam arayışıyla şekillenen bu manevi yönelim, yaşamın zorlukları karşısında bir baş etme kaynağı olarak işlev görmekte ve içsel dengeyi korumaya yardımcı olmaktadır.

Spiritüel iyi oluşun temel boyutlarından biri olan aşkınlık, bireyin kendisini evrensel bir bütünün parçası olarak görmesi ve bu yolla yaşamın zorluklarıyla başa çıkabilme becerisi kazanmasıdır (Pargament, 2011). İlahi güce bağlılıktır. Ancak aşkınlık, yalnızca dinsel inançlarla sınırlı kalmayıp aynı zamanda doğa, sanat, insanlık ve evrensel değerlere duyulan derin bir bağlılığı da kapsar. Bu bağlamda aşkınlık, bireyin öznel yaşantılarında anlam üretmesini ve varoluşsal bir yönelim geliştirmesini sağlar (Koenig, 2012).

Anomi, bireyin toplumsal normlardan ve manevi dayanaklardan uzaklaşması sonucu ortaya çıkan değer boşluğu ve yönsüzlük durumudur (Durkheim, 1897/2005). Spiritüel iyi oluş

perspektifinden bakıldığında anomi, bireyin yaşamını anlamlandırmakta zorlanması, inanç sistemlerinin yıkılması ve moral bütünlüğünün bozulması ile ilişkilidir. Özellikle yoğun stres ve travma altında bulunan bireylerde, bu tür bir anomi hali ruhsal çöküntüye ve varoluşsal boşluk hissine yol açabilir (Ekşi ve Kardaş, 2017).

Spiritüel iyi oluş, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini kapsayan çok boyutlu bir iyilik hâli olarak değerlendirilmekte ve hastaların tedavi sürecinde önemli bir destek unsuru olarak kabul edilmektedir. Sağlık alanında spiritüel bakım; bireyin değerleri, inançları ve varoluşsal kaygıları doğrultusunda desteklenmesini amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır. Özellikle yaşamı tehdit eden hastalıklarda, hastaların manevi ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması, iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilemektedir. Bu bağlamda, spiritüel danışmanlık; hastaların inançlarını, anlam arayışlarını ve dini ritüellerini destekleyen profesyonel bir rehberlik hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Balboni ve ark., 2022). Danışmanlık sürecinde sağlık profesyonellerinin, hastalara ve yakınlarına fiziksel rahatlık sağlamanın yanı sıra, duygusal destek sunmaları da önem arz etmektedir (Ferrell ve ark., 2023).

Birçok Avrupa ülkesinde spiritüel bakım, hastanelerde kurumsal hizmet politikası olarak uygulanmaktadır. Örneğin, İngiltere, Hollanda ve Kanada gibi ülkelerde spiritüel danışmanlık hizmetleri uzun yıllardır profesyonel çerçevede sunulmakta, sağlık ekiplerine entegre edilmiş spiritüel danışmanlar görev yapmaktadır (EAPC, 2021). Bu hizmetler, özellikle palyatif bakım birimlerinde, hasta ve ailelerin duygusal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye’de ise spiritüel danışmanlık uygulamaları 1990’lı yılların ortalarında Sağlık Bakanlığı öncülüğünde başlatılmıştır. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan iş birliği protokolü kapsamında, kamu hastanelerinde hasta, hasta yakını ve sağlık personeline yönelik olarak manevi destek hizmetlerinin sunulması kararlaştırılmıştır (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2017). Bu protokol doğrultusunda, belirlenen hastanelerde “Spiritüel Destek Uzmanı” olarak görevlendirilen kişiler aracılığıyla hizmet sunumu gerçekleştirilmiştir.

2016 yılında başlatılan eğitim programlarıyla birlikte, belirli illerde görev yapacak personelin eğitimi tamamlanmış ve 2017 yılı itibarıyla resmi yönergeler çerçevesinde uygulamaya geçilmiştir. Bu süreçte, manevi destek hizmetlerinin kapsamı, etik ilkeleri ve uygulama standartları belirlenmiş; hizmetlerin sağlık sistemine entegre edilmesi sağlanmıştır. Nihayetinde, 25 Ekim 2019 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan karar ile “Spiritüel Danışmanlık” mesleği, Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK) tarafından onaylanarak ulusal meslek standardı hâline getirilmiştir (MYK, 2020).

2.9. Spiritüel İyi Oluş ve Yoğun Bakım

Yoğun bakım ünitesinde yatan çocukların yanı sıra aileleri üzerinde de ciddi psikolojik etkiler yaratmaktadır. Bu noktada, spiritüel bakım hizmetleri; hastaların ve yakınlarının acı, korku, belirsizlik ve ölümlle yüzleşme süreçlerinde anlam arayışlarını desteklemek adına önemli bir rol üstlenmektedir (Puchalski ve ark., 2014). Spiritüel bakım, bireyin sadece bedensel değil, zihinsel, duygusal ve manevi yönlerini de kapsayan bütüncül bir iyileşme süreci sunmayı amaçlamaktadır. Özellikle palyatif bakım bağlamında, hastalığın yalnızca biyolojik etkileri değil, aynı zamanda bireyin yaşadığı psikolojik ve manevi sıkıntılar da ele alınarak hasta ve ailesine anlamlı bir destek sağlanmaktadır. Bu tür bir bakım, bireyin yaşamının son dönemlerini daha huzurlu ve bütüncül bir anlayışla geçirmesine katkı sunmaktadır. (Balboni ve ark., 2022).

Araştırmalar, spiritüel desteğin, özellikle yoğun bakım sürecinde hem hastaların hem de yakınlarının duygusal dayanıklılığını artırdığını göstermektedir. Bireyler, yaşam sürelerinin kısaldığı ve belirsizliklerin arttığı durumlarda kimliklerini ve kontrol duygularını koruma çabası içine girmekte; bu noktada, dini ya da seküler inanç sistemlerinden anlam çıkarma eğiliminde olmaktadır. Ancak bu anlam arayışları bazen huzur ve kabullenme ile sonuçlanabilirken, kimi zaman da terk edilme, öfke veya cezalandırılmışlık duygularını tetikleyebilmektedir (Ekşi ve ark., 2016).

Çalışmalar, hastaların ve yakınlarının spiritüel gereksinimlerini sağlık profesyonelleriyle paylaşmaya açık olduklarını ve bu desteği önemsediklerini ortaya koymaktadır (Ferrell ve ark., 2023). Özellikle yas sürecinde, spiritüel yönelimlerin bireylere güçlü bir başa çıkma mekanizması sunduğu gözlemlenmektedir. Örneğin, çocuklarını kaybeden ebeveynlerin, bu kaybın ardından dini inançlar ve manevi bağlılık aracılığıyla anlam ve teselli buldukları belirlenmiştir (Gültekin ve ark., 2010).

Spiritüel iyi oluş, bireyin aşkın bir güçle olan ilişkisini ifade etmekle birlikte; başkalarıyla kurulan anlamlı bağlar yoluyla da şekillenmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri ile hasta ve ailesi arasında kurulan empatik ilişki, spiritüel bakımın etkili bir biçimde uygulanmasında belirleyici olmaktadır. Özellikle şefkat, umut ve anlam odaklı yaklaşımlar, bireylerin yaşamlarının son döneminde bile içsel bir denge ve huzur bulmalarını sağlayabilmektedir (Puchalski ve ark., 2020).

2.10. Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Çocuğu Yatan Annelere Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımları

Çocuk yoğun bakım üniteleri hem çocuk hem de ebeveyn için yoğun stres, belirsizlik ve kaygı içeren ortamlardır. Özellikle anneler, çocuklarının yaşamı tehdit eden bir durumla karşı karşıya kalması nedeniyle psikolojik, duygusal ve fiziksel düzeyde çok yönlü etkilenmektedir. Yoğun bakım sürecinde anneler sıklıkla çaresizlik, suçluluk, korku ve kontrol kaybı gibi olumsuz duygular yaşamakta; bu durum annelik rollerini yerine getirememesiyle daha da derinleşmektedir. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımının sadece çocuğa yönelik değil, aynı zamanda annelerin duygusal ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde bütüncül olarak planlanması gerekmektedir (Loewenstein, 2019).

Hemşireler, genellikle fiziksel sağlık sorunları ve hasta bakımına odaklanırken, bazen hastanın ailesinin içinde bulunduğu psikososyal durumu gözden kaçırabilmektedir. Bu durum, aile üyelerinin psikolojik ihtiyaçlarının yanlış algılanmasına veya göz ardı edilmesine neden olabilmektedir (Uitterhoeve ve ark., 2004). Ancak aile, bir bütün olarak değerlendirilmelidir ve aile üyelerinden birinin hastalığı, tüm aile sistemini etkileyebilmektedir. Aile üyeleri, stres yaşadıklarında bazen birlikte hareket ederek durumla baş etmeye çalışmakta, ancak aynı zamanda bu stres, işlevsel olmayan davranışlara da yol açabilmektedir (Gentile ve ark., 2004).

Hemşireler, yoğun bakım ortamında annelerin en fazla etkileşimde bulunduğu sağlık profesyonelleridir ve bu bağlamda annelerin yaşadığı duygusal yükü azaltmada önemli bir role sahiptirler. Yapılan araştırmalar, annelere yönelik empatik iletişim, açık bilgilendirme, karar verme süreçlerine dahil etme, fiziksel temas ve bebekle etkileşim fırsatlarının artırılması gibi hemşirelik uygulamalarının annelerin kaygı düzeyini azalttığını, bağlanma sürecini desteklediğini ve genel memnuniyeti artırdığını ortaya koymaktadır (Toivonen ve ark., 2023). Özellikle aile merkezli bakım yaklaşımı çerçevesinde uygulanan hemşirelik müdahaleleri, annelerin sürece aktif katılımını teşvik ederek onların psikolojik dayanıklılığını artırmaktadır. Annelerle etkili bir hemşirelik ilişkisi kurmak, yalnızca bilgi verme değil; aynı zamanda duygusal destek sağlama, empati gösterme ve güven ilişkisini pekiştirme süreçlerini de içermektedir.

Ölümcül bir hastalık durumu ile karşı karşıya kalan aileler için en kritik iletişim ihtiyaçları, hastanın durumu hakkında net ve doğru bilgi alabilme, değişiklikler hakkında düzenli bilgilendirilme ve bu bilgilerin anlaşılır bir biçimde sunulmasıdır. Ailelerin terminal dönemdeki bakım sürecine dahil edilmeleri, bu süreci kabullenmelerini hızlandırmakta ve onların psikolojik destek ihtiyacını karşılamada önemli bir rol oynamaktadır. Aile üyeleri, ölüme hazırlık aşamasında sürekli bilgi edinmek ve bu bilgileri sağlıklı bir şekilde almak için hemşirelerle etkin iletişim kurmalıdırlar (Boyle ve ark., 2005). Bu süreçte hemşirelerin duyarlı, açık ve kültürel

olarak uygun iletişim biçimleri kullanması, annelerin bakım sürecine daha olumlu katılım göstermelerine katkı sağlamaktadır (Negarandeh ve ark., 2021). Bu süreçte empatik ifadeler kullanarak ailenin kederinin tanınması önemlidir. Ailelerin kaygılarını artırmamak adına, tıbbi terimlerin yerine basit ve anlaşılır bir dil kullanmak oldukça önemlidir. Bu, ailelerin daha iyi anlayabilmelerini sağlar ve kaygılarının azalmasına yardımcı olur. Sağlık sisteminin karmaşıklığı ve sağlık çalışanlarının iletişimsizliğinden kaynaklanan yapay krizlerin önlenmesine yönelik dikkatli olmaları gerekir. Ayrıca bakımda hangi görevleri üstlenebileceklerini belirlemek ve onlara rehberlik etmek, hem aile üyelerinin önemli hissetmelerini sağlar hem de hastalarına yardımcı olabileceklerini gösterir. Hemşirelerin, ailenin karşılaştığı zorlukları fark edip bu konuda yardımcı olmaları çok önemlidir. Ailelerin dışarıdan destek alması, zor bir süreci daha kolay atlattıklarına yardımcı olur. Ailenin bir bütün olduğu ve her bireyin belirli bir rolü olduğu unutulmamalıdır. Bu yüzden aile üyelerinin hastalığın getirdiği zorluklara uyum sağlamalarını gerektirir ve bu uyumun sağlanabilmesi için hemşirenin, aileye destek vererek rollerin paylaşılmasına yardımcı olması gerekmektedir (Boyle ve ark., 2005).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, çocuğu yoğun bakım ünitelerinde yatan annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluşları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aralık 2023- Mayıs 2025 tarihleri arasında Ankara'da Etlik Şehir Hastanesinde Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde çocuğu yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan annelerle yapıldı.

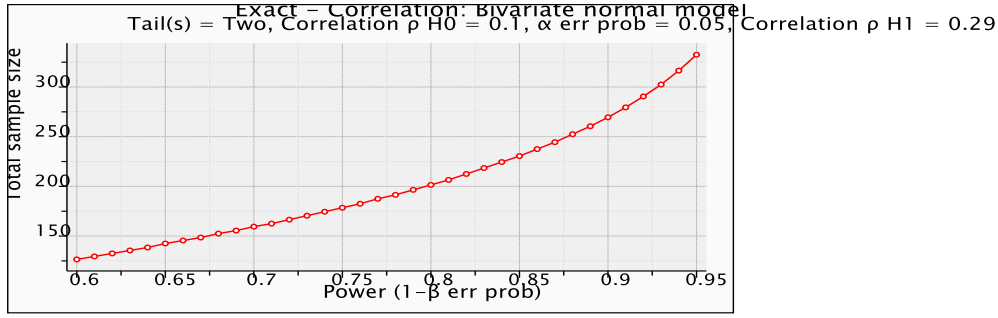
Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde; çocuk yoğun bakım ünitesi 1a, 2b, 2c; çocuk cerrahi yoğun bakım ünitesi, çocuk KVC yoğun bakım ünitesi şeklinde klinik hizmet vermektedir. Yoğun bakım üniteleri 3.basamak düzeyindeki kritik hastalara (solunum sıkıntısı, kardiyovasküler sistem sorunları, nörolojik sistem sorunları vb.) bakmaktadır. Her ünite 16 yatak olmak üzere toplam 80 yatak kapasitesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Ankara ilinde, Etlik Şehir Hastanesinde Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde çocuğu en az 7 gündür tedavi gören ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden annelerden oluştu.

Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için G*Power 3.1.9.4 yazılımı kullanıldı. Literatürde Can ve Avçin (2023) yaptığı çalışmada yaşamın anlamı ve spiritüel iyi oluş ile ölüme karşı tutum arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada spiritüel iyi oluş ile ölüme karşı tutum arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Can ve Avçin; 2023). Bunun sonucunda hesaplanan ($|\rho|=0,29$) etki büyüklüğü için %80 istatistiksel güç seviyesi ve %5 anlamlılık düzeyi ile örnekleme 202 annenin olması gerektiği belirlendi. Çalışmadan ayrılma, verilerin boş olması gibi örneklem kaybı (%20) göz önüne alındığında en az 242 kişiyle çalışmanın yeterli olacağı hesaplandı ve bu çalışma 249 kişi ile tamamlandı.

Exact -	Correlation: Bivariate normal model	
Options:	exact distribution	
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
	Correlation ρ H1	= 0.29
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.80
	Correlation ρ H0	= 0.1
Output:	Lower critical r	= -0.0383800
	Upper critical r	= 0.2350897
	Total sample size	= 202
	Actual power	= 0.8004933



*Şekil 1. G*Power Örneklem Hesaplaması*

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Annelerin okuryazar olması,
- Çocuğun çocuk yoğun bakım ünitesinde en az 7 gündür yatıyor olması,
- Çocuğun terminal dönemde olması,
- Annenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması.

3.4.2. Araştırmada dışlanma kriterleri

- Annede tanılanmış mental hastalık olması,
- Annelerin iletişim sorununun olması (işitme engelli, görme engelli, Türkçe bilmemesi vb.),
- Daha önce çocuk kaybı yaşamış olması,
- Daha önce çocuk yoğun bakımda çocuğun yatma deneyimi olması.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Anne ve Çocuk Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile toplandı.

3.5.1. Anne ve çocuk bilgi formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Ayten ve ark., 2012; Işık ve ark., 2009). Form; anne yaş, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, daha önce yoğun bakımda başka birinci derece yakını olma durumu gibi bilgileri sorgulayan 12 soruyu içermektedir. (EK-1)

3.5.2. Ölüme karşı tutum ölçeği

Bireylerin ölüme karşı tutumunu belirlemek amacı ile 1994 yılında, Wong ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; kesinlikle katılmıyorum, tamamen katılıyorum arası 7 puanlı Likert skalası ile ölüme karşı tutumlarını ölçmektedir. Orijinal ölçek 32 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Yaklaşım kabullenme, Tarafsız Kabullenme, Kaçış Kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümden kaçınma alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Işık ve arkadaşları tarafından 2009 yılında Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirlik yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Ölçek Türk toplumuna uyarlama aşaması çalışmasında 26 maddeye dönüştürülmüştür. Türkçe formunda da ölçek üç alt boyuttan (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım kabullenme alt ölçeği, Kaçış Kabullenme alt ölçeği, Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) oluşmaktadır. Ölçekten en fazla 182 en az 26 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutumun geliştiği, alınan puan düştükçe ölüme karşı tutumun pozitif yönde geliştiği yönünde değerlendirilmektedir (EK-2).

- Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım kabullenme alt ölçeği (4, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31) bu sorularda ölümden sonraki hayatın olduğuna ve ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inancı açıklar. İç tutarlılık kat sayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada bu alt boyutun Cronbach Alpha değeri 0,83 olarak bulundu.
- Kaçış Kabullenme alt ölçeği (5, 9, 11, 23, 29) bu sorularda ise ölüm sayesinde yaşamın psikolojik ve fiziksel zorluklarından kurtulacağına inanma olarak açıklanmaktadır. İç tutarlılık kat sayısı 0,72 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada bu alt boyutun Cronbach Alpha değeri 0,83 olarak bulundu.
- Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (1, 2, 3, 7, 10, 8, 20, 21, 32) bu sorularda ise bireyin ölüm hakkında konuşmaktan ya da düşünmekten kaçınarak uyandırdığı korku ile kaygı duygusunu azalacağına inanma olarak açıklanmıştır. İç tutarlılık kat sayısı 0,81 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,81 dir (Işık ve ark.,2009). Çalışmada bu alt boyutun Cronbach Alpha değeri 0, 80 olarak ve ölçeğin tümü için Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulundu

3.5.3. Spiritüel iyi oluş ölçeği

Spiritüel İyi-Oluş Ölçeği, Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından yetişkinlere yönelik olarak bireylerin kendi değerleri ve anlamlandırmaları doğrultusunda, kişiye özgü, toplumsal ve aşkın yönleriyle hayatı anlama ve yaşama süreçlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek; ilahi bir güce olan bağlılık (aşkınlık), doğayla ve çevreyle olan uyum ilişkisi (doğayla uyum) ve

yaşamın anlamı (anomi) olmak üzere üç alt boyut, toplamda 29 maddeden oluşmaktadır. [Aşknlık; (madde 1,4,5,8,9,12,13,16,17,20,21,24,25,27,29), Doğayla Uyum (madde 2,6,10,14,18,22,28) ve Anomi (madde 3,7,11,15,19,23,26)]. Her bir madde 1-5 arası puanlanmaktadır (bana hiç uygun değil “1” den bana tamamen uygun “5”). Ölçekteki 22 madde düz (madde 1,2,4,5,6,8,9,10,12,13,14,16,17,18,20,21,22,24,25,27,28,29), yedi madde ters (madde 3,7,11,15,19,23,26) puanlanmaktadır. Ölçekten en az 29, en çok 145 puan alınmaktadır. Puanlar arttıkça spiritüel iyi oluş düzeyi de artmaktadır (Ekşi ve Kardaş, 2017). (EK-3)

Tablo 3.1. Ölçekler için normallik incelemesi (N=249).

	Çarpıklık	Basıklık
Tarafsız ve yaklaşım kabullenme	-1,428	2,932
Kaçış kabullenme	-0,415	-0,829
Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	0,335	-0,572
Ölüme karşı tutum ölçeği	-0,146	-0,253
Aşknlık	-1,636	6,739
Doğayla uyum	-0,421	-0,128
Anomi	-0,177	-0,793
Spiritüel iyi oluş ölçeği	-0,712	2,426

Karar aşamasında mutlak çarpıklık (Skewness) değeri $\pm 2,0$ 'nin altında ve basıklık (Kurtosis) değeri 7,0'nin altında ise verilerin normal dağıldığı yönünde kararı verilir (Kim, 2013). Buna göre çalışmada kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 3.1'de verilmiş olup verilerin normal dağılıma uygun olduğu bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Aralık 2023- Aralık 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden anneler ile yüz yüze toplandı. Annelere araştırma hakkında gerekli tüm açıklama yapıldı ve katılmaya gönüllü olanlara; Anne ve Çocuk Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği verilerle doldurulması istendi. Veriler çocuk yoğun bakım ünitesinde en az 7 gündür yatan çocukların annelerinin görüşme saati bittikten sonra kendilerini rahat hissettikleri bir ortamda (bilgilendirme odalarında) doldurması sağlandı. Verilerin elde edileceği anketteki soruların hepsi yaklaşık

olarak 15-20 dakikalık zaman diliminde dolduruldu. Veri toplama aşamasında annelere araştırmanın amacı belirtilerek; tüm etik ilkelere dikkat edildi.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Ölüme Karşı Tutum ve Spiritüel İyi Oluş Düzeyi

Bağımsız Değişken: Annenin ve Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (X), standart sapma (SS), medyan (M) ve minimum (min), maksimum (max) değerleri olarak verildi. Ölçekler ve alt boyutları için güvenilirlik Cronbach's Alpha katsayısı ile incelendi. 0,60 üzerinde Cronbach's Alpha katsayısına sahip ölçekler güvenilir kabul edildi. İki grubun karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem *t* Test, ikiden fazla kategorili değişkenlerin karşılaştırmaları Varyans Analizi (ANOVA) ile yapıldı. Varyans analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelendi. Spiritüel iyi oluş puanlarına etkili faktörler doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ve artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile kontrol edildi. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmayı yürütmeye başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.11.2023 tarihinde, 2023/588 karar sayılı etik kurul izni alındı (EK-4). Ayrıca çalışmanın yürütüleceği Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nden kurum izni alındı (EK-5). Araştırmada kullanılacak ölçekler için ölçek yazarlarından izinler alındı (EK-6). Araştırmaya katılan annelere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak yazılı onam alındı (EK-7). Araştırmaya katılan annelere, bireysel bilgilerinin başkaları ile paylaşılmayacağı ve başka amaçla hiçbir yerde kullanılmayacağı konusunda bilgi verildi. Araştırmada, insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunması gerektiğinden ilgili etik ilkeler olan 'Bilgilendirilmiş Onam İlkesi' yerine getirildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara ilinde Etlik Şehir Hastanesi çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatmakta olan annelerle sınırlıdır. Araştırmada bulunan bir diğer sınırlılık, annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluşlukları arasındaki öz bildirime ve araştırmada kullanılan ölçeklerdeki sorularda bulunan özelliklerle sınırlı olmasıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumlarının spiritüel iyi oluşlarıyla ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları sunuldu.

Tablo 4. 1. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=249)

Özellik	Kategori	n	%
Yaş	30 yaş altı	86	34,5
	31-35 yaş arası	64	25,7
	35 yaş üstü	99	39,8
	$X \pm SS$		33,89 \pm 6,80
	$M(min-max)$		34 (19-52)
Medeni durum	Evli	232	93,2
	Bekâr	17	6,8
Eğitim durumu	İlkokul	34	13,7
	Ortaokul	95	38,2
	Lise	77	30,8
	Üniversite ve üstü	43	17,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	46	18,5
	Çalışmıyor	203	81,5
Gelir durumu algısı	Gelir giderden az	54	21,7
	Gelir gidere denk	179	71,9
	Gelir giderden fazla	16	6,4
Çocuk sayısı	Bir çocuk	50	20,1
	İki çocuk	85	34,1
	Üç çocuk	67	26,9
	Dört ve üzeri çocuk	47	18,9
Daha önce yoğun bakımda birinci derece yakını olma	Evet	109	43,8
	Hayır	140	56,2
Kendi ölümünü düşünme sıklığı	Çok sık	48	19,3
	Ara sıra	139	55,8
	Çok seyrek	37	14,9
	Hiç	25	10
Çocuğunun ölümünü düşünme sıklığı	Çok sık	32	12,9
	Ara sıra	95	38,2
	Çok seyrek	46	18,5
	Hiç	76	30,5

Tanıtıcı istatistikler ortalama (X), standart sapma (SS), Medyan (M), minimum (min), maksimum (max), sayı (n), yüzdelik (%) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1’de annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verildi. Araştırmaya katılan annelerin %39,8’inin 35 yaş üstü olduğu bulunurken, medyan yaşları 34 yıl olarak bulundu. Annelerin %93,2’sinin evli, %38,2’sinin ortaokul mezunu, %81,5’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %71,9’unun gelirinin giderine denk olduğu %34,1’inin iki çocuğa sahip olduğu,

%43,8'inin daha önce yoğun bakımda birinci derece yakınının bulunduğu, %55,8'inin ara sıra kendi ölümünü düşündüğü, %38,2'sinin ise çocuğunun öleceğini ara sıra düşündüğü tespit edildi.

Tablo 4. 2. Yoğun bakımda tedavi gören çocukların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=249)

Özellik	Kategori	n	%
Yaş	5 yaş altı	128	51,4
	5 yaş ve üzeri	121	48,6
	<i>X ± SS</i>	5,95 ± 5,02	
	<i>M(min-max)</i>	4 (0-18)	
Kronik hastalık durumu	Evet	137	55
	Hayır	112	45
Yatış Endikasyonu	Sistem sorunu	162	65,1
	Travma/Kaza	39	15,7
	Onkoloji	22	8,8
	Enfeksiyon	15	6
	Genetik	11	4,4

Tanıtıcı istatistikler *ortalama (X)*, *standart sapma (SS)*, *Medyan (M)*, *minimum (min)*, *maksimum (max)*, *sayı (n)*, *yüzdeler (%)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.2'de çocukların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verildi. Araştırmada yoğun bakımda yatan çocukların %51,4'ünün 5 yaş altı olduğu bulunurken, medyan yaşları 4 yıl olarak saptandı. Yoğun bakımda yatan çocukların %65,1'inin sistem hastalıkları sorunu olduğu, %15,7'sinin travma/kaza nedeniyle yattığı, %8,8'inin onkolojik sorunu olduğu ve %4,4'ünün ise genetik bir sorun nedeniyle yatış endikasyonunun olduğu saptandı.

Tablo 4. 3. Ölüme karşı tutum ve Spirütüel iyi oluş ölçeklerine ilişkin istatistikler (N=249)

	Madde sayısı	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	M (min-max)	
Ölüme karşı tutum ölçeği	Tarafsız ve yaklaşım kabullenme	12	67,91	10,33	70 (24-84)
	Kaçış kabullenme	5	22,16	7,59	24 (5-35)
	Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	9	33,26	10,68	32 (9-60)
	Ölüme karşı tutum ölçeği	26	123,33	19,88	125 (56-172)
Spirütüel iyi oluş ölçeği	Aşknlık	15	64,39	7,88	65 (18-75)
	Doğayla uyum	7	31,16	2,81	31 (11-35)
	Anomi	7	23,02	6,33	23 (7-35)
	Spirütüel iyi oluş ölçeği	29	118,57	10,93	120 (42-140)

Tanıtıcı istatistikler ortalama (X), standart sapma (SS), Medyan (M), minimum (min), maksimum (max) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.3 incelendiğinde ölüme karşı tutum ölçeği ve Spirütüel iyi oluş ölçeğine ilişkin tanıtıcı istatistikler verildi. Ölüme karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması $123,33 \pm 19,88$

olduğu ve annelerin ölüme karşı tutumunun negatif olduğu bulundu. Tarafsız ve yaklaşım kabullenme boyut ortalaması $67,91 \pm 10,33$ puan, kaçış kabullenme boyut ortalaması $22,16 \pm 7,59$ puan, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyut ortalaması $33,26 \pm 10,68$ puan olarak bulundu.

Spirütüel iyi oluş ölçeğine toplam puan ortalaması $118,57 \pm 10,93$ olduğu ve annelerin spirütüel iyi oluş durumunun yüksek olduğu saptandı. Aşkınlık boyut ortalaması $64,39 \pm 7,88$ puan, doğayla uyum boyut ortalaması $31,16 \pm 2,81$ puan ve anomi boyut ortalaması $23,02 \pm 6,33$ puan olarak bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölüme karşı tutum toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N=249)

Özellik	Kategori	Tarafsız ve yaklaşım kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	Ölüme karşı tutum ölçeği
Yaş	30 yaş altı ^a	67,73 ± 10,80	21,58 ± 8,16	33,16 ± 11,14	122,48 ± 19,72
	31-35 yaş arası ^b	69,34 ± 8,49	24,41 ± 6,51	34,80 ± 9,75	128,55 ± 16,37
	35 yaş üstü ^c	67,13 ± 10,99	21,21 ± 7,51	32,35 ± 10,83	120,70 ± 21,58
	Test ve <i>p</i>	F=0,909 p=0,404	F=3,914 p=0,021 b>a,c	F=1,024 p=0,361	F=3,206 p=0,042 b>a,c
Medeni durum	Evli	67,90 ± 10,33	21,91 ± 7,60	33,12 ± 10,55	122,93 ± 19,72
	Boşanmış/Dul	68,00 ± 10,65	25,59 ± 6,74	35,24 ± 12,42	128,82 ± 21,87
	Test ve <i>p</i>	t=-0,038 p=0,970	t=-1,940 p=0,054	t=-0,789 p=0,431	t=-1,181 p=0,239
Eğitim durumu	İlkokul ^a	69,82 ± 7,03	25,09 ± 6,71	35,82 ± 10,94	130,74 ± 17,93
	Ortaokul ^b	66,89 ± 10,19	21,23 ± 6,96	31,46 ± 9,85	119,59 ± 18,26
	Lise ^c	67,45 ± 11,36	22,18 ± 7,74	33,60 ± 11,06	123,23 ± 21,62
	Üniversite ve üstü ^d	69,44 ± 10,85	21,86 ± 8,90	34,60 ± 11,21	125,91 ± 20,16
	Test ve <i>p</i>	F=1,060 p=0,367	F=2,215 p=0,087	F=1,821 p=0,144	F=3,005 p=0,031 a>b,c,d
Çalışma durumu	Çalışıyor	67,33 ± 11,57	22,76 ± 7,97	34,76 ± 12,35	124,85 ± 21,20
	Çalışmıyor	68,04 ± 10,06	22,02 ± 7,52	32,92 ± 10,26	122,99 ± 19,61
	Test ve <i>p</i>	t=-0,422 p=0,673	t=0,593 p=0,554	t=1,056 p=0,292	t=0,573 p=0,567
Gelir durumu	Gelir giderden az	69,24 ± 8,91	23,41 ± 7,08	34,19 ± 11,43	126,83 ± 19,31
	Gelir gidere denk	67,36 ± 10,23	21,59 ± 7,56	32,71 ± 10,12	121,66 ± 19,50
	Gelir giderden fazla	69,50 ± 15,20	24,31 ± 9,13	36,31 ± 13,80	130,13 ± 24,10
	Test ve <i>p</i>	F=0,887 p=0,413	F=1,887 p=0,154	F=1,096 p=0,336	F=2,428 p=0,090
Çocuk sayısı	Bir çocuk	67,26 ± 10,80	22,66 ± 8,32	34,34 ± 11,45	124,26 ± 18,67
	İki çocuk	67,69 ± 9,62	21,06 ± 8,07	33,39 ± 10,60	122,14 ± 19,82
	Üç çocuk	69,57 ± 10,82	23,25 ± 6,68	34,04 ± 11,68	126,87 ± 21,98
	Dört ve üzeri çocuk	66,62 ± 10,39	22,06 ± 7,05	30,77 ± 8,08	119,45 ± 17,68

Tablo 4.4. Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölüme karşı tutum toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı)

	Test ve <i>p</i>	F=0,897 p=0,443	F=1,137 p=0,335	F=1,152 p=0,329	F=1,449 p=0,229
Daha önce yoğun bakımda birinci derece yakını olma	Evet	68,53 ± 11,25	22,17 ± 8,03	34,15 ± 11,17	124,85 ± 21,00
	Hayır	67,42 ± 9,57	22,15 ± 7,26	32,57 ± 10,26	122,14 ± 18,97
	Test ve <i>p</i>	t=0,841 p=0,401	t=0,025 p=0,980	t=1,156 p=0,249	t=1,067 p=0,287
Kendi ölümünü düşünme sıklığı	Çok sık	66,96 ± 12,54	21,81 ± 9,33	33,50 ± 11,14	122,27 ± 19,70
	Ara sıra	67,82 ± 10,37	21,71 ± 7,12	32,18 ± 9,77	121,71 ± 19,48
	Çok seyrek	70,14 ± 7,46	25,11 ± 6,61	35,14 ± 10,26	130,38 ± 16,50
	Hiç	66,92 ± 9,11	21,00 ± 7,16	36,04 ± 14,41	123,96 ± 25,29
	Test ve <i>p</i>	F=0,786 p=0,503	F=2,290 p=0,079	F=1,435 p=0,233	F=1,934 p=0,125
Çocuğunun ölümünü düşünme sıklığı	Çok sık ^a	67,63 ± 14,02	21,81 ± 9,13	30,69 ± 9,72	120,13 ± 18,81
	Ara sıra ^b	68,95 ± 8,77	21,76 ± 7,44	32,08 ± 9,51	122,79 ± 18,39
	Çok seyrek ^c	68,52 ± 9,95	23,57 ± 7,85	32,54 ± 10,47	124,63 ± 20,35
	Hiç ^d	66,36 ± 10,58	21,96 ± 6,95	36,25 ± 12,03	124,57 ± 21,94
	Test ve <i>p</i>	F=0,954 p=0,415	F=0,652 p=0,583	F=3,139 p=0,026 d>a,b,c	F=0,461 p=0,710

Bağımsız Örneklem *t* Test (*t*); ANOVA (*F*); Tanıtıcı istatistikler ortalama (*X*), standart sapma (*SS*) değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.4’ de ölüme karşı tutum toplam skor ve alt boyut puanlarının annelerin tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılmasına yer verildi. Tarafsız ve yaklaşım kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyut ortalamaları annelerin tanıtıcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Araştırmada 31 ile 35 yaş arasındaki annelerin kaçış kabullenme boyut skoru ortalaması diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Kaçış kabullenme boyut ortalaması; medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ayrıca 31 ile 35 yaş arasındaki annelerin ölüme karşı tutum toplam skoru ortalaması diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). İlkokul mezunu annelerin ölüme karşı tutum toplam skoru ortalaması diğer eğitim seviyesindeki annelerden istatistiksel olarak yüksektir ($p<0,05$). Ölüme karşı tutum toplam ortalaması; medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu ve çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çocuğun ölebileceğini hiç düşünmeyen annelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyut skoru ortalaması çocuğun ölebileceğini düşünen annelerden istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ölüme karşı tutum toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N=249)

Özellik	Kategori	Tarafsız ve yaklaşım kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	Ölüme karşı tutum ölçeği
Yoğun bakımdaki çocuk yaşı	5 yaş altı	68,11 ± 10,86	22,30 ± 7,68	32,92 ± 10,96	123,33 ± 19,92
	5 yaş ve üzeri	67,69 ± 9,79	22,02 ± 7,52	33,62 ± 10,40	123,33 ± 19,93
	Test ve <i>p</i>	t=0,316 p=0,752	t=0,291 p=0,771	t=-0,515 p=0,607	t=-0,001 p=0,999
Yoğun bakımdaki çocuk kronik hastalık durumu	Evet	68,82 ± 9,28	22,71 ± 7,24	33,61 ± 10,51	125,14 ± 19,03
	Hayır	66,79 ± 11,43	21,49 ± 7,97	32,83 ± 10,91	121,12 ± 20,75
	Test ve <i>p</i>	t=1,541 p=0,125	t=1,260 p=0,209	t=0,575 p=0,566	t=1,593 p=0,112

Bağımsız Örneklem *t* Test (*t*); ANOVA (*F*); Tanıtıcı istatistikler ortalama (*X*), standart sapma (*SS*) değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 4.5 incelendiğinde ölüme karşı tutum toplam puan, tarafsız ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyut ortalamaları çocukların tanıtıcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 4.6. Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre spirüüel iyi oluş toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N=249)

Özellik	Kategori	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	Spirüüel iyi oluş ölçeği
Yaş	30 yaş altı	64,86 ± 8,07	31,31 ± 2,39	22,23 ± 6,87	118,41 ± 10,57
	31-35 yaş arası	64,75 ± 6,26	31,41 ± 2,49	23,48 ± 5,65	119,64 ± 9,12
	35 yaş üstü	63,76 ± 8,66	30,86 ± 3,30	23,39 ± 6,25	118,01 ± 12,28
	Test ve <i>p</i>	F=0,536 p=0,586	F=0,943 p=0,391	F=1,011 p=0,366	F=0,444 p=0,642
Medeni durum	Evli	64,86 ± 6,99	31,19 ± 2,83	22,84 ± 6,28	118,88 ± 10,29
	Boşanmış/Dul	58,06 ± 14,58	30,71 ± 2,64	25,47 ± 6,62	114,24 ± 17,41
	Test ve <i>p</i>	t=3,509 p=0,001	t=0,684 p=0,494	t=-1,662 p=0,098	t=1,699 p=0,091
Eğitim durumu	İlkokul ^a	64,26 ± 5,65	31,15 ± 1,79	25,32 ± 5,43	120,74 ± 8,10
	Ortaokul ^b	64,19 ± 6,24	30,79 ± 2,39	23,53 ± 5,82	118,51 ± 10,09
	Lise ^c	64,66 ± 8,63	31,12 ± 3,48	22,25 ± 6,84	118,03 ± 12,48
	Üniversite ve üstü ^d	64,47 ± 10,95	32,05 ± 2,89	21,44 ± 6,66	117,95 ± 11,81
	Test ve <i>p</i>	F=0,055 p=0,983	F=2,007 p=0,114	F=3,052 p=0,029 a>b>c,d	F=0,552 p=0,647
Çalışma durumu	Çalışıyor	61,85 ± 11,03	31,22 ± 2,91	23,09 ± 6,77	116,15 ± 12,36
	Çalışmıyor	64,97 ± 6,89	31,14 ± 2,79	23,00 ± 6,24	119,11 ± 10,54
	Test ve <i>p</i>	t=-2,450 p=0,015	t=0,162 p=0,871	t=0,084 p=0,933	t=-1,665 p=0,097
Gelir durumu	Gelir giderden az ^a	65,65 ± 7,15	31,54 ± 2,52	24,94 ± 6,21	122,13 ± 9,94
	Gelir gidere denk ^b	64,12 ± 7,91	30,94 ± 2,94	22,45 ± 6,24	117,51 ± 11,17
	Gelir giderden fazla ^c	63,19 ± 9,88	32,31 ± 1,82	22,81 ± 6,81	118,31 ± 9,31

Tablo 4.6. Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre spirüel iyi oluş toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı)

	Test ve <i>p</i>	F=0,976 <i>p</i> =0,378	F=2,414 <i>p</i> =0,092	F=3,283 <i>p</i> =0,039 a>b,c	F=3,787 <i>p</i> =0,024
Çocuk sayısı	Bir çocuk	64,42 ± 5,81	30,91 ± 2,50	22,87 ± 6,69	118,2 ± 9,32
	İki çocuk	65,25 ± 9,14	31,39 ± 3,59	23,76 ± 5,55	120,4 ± 13,79
	Üç çocuk	63,77 ± 6,55	30,83 ± 1,99	23,38 ± 5,72	117,98 ± 8,87
	Dört ve üzeri çocuk	64,42 ± 5,81	30,91 ± 2,50	22,87 ± 6,69	118,2 ± 9,32
	Test ve <i>p</i>	F=0,463 <i>p</i> =0,708	F=0,967 <i>p</i> =0,409	F=0,876 <i>p</i> =0,454	F=0,938 <i>p</i> =0,423
Daha önce yoğun bakımda birinci derece yakını olma	Evet	64,34 ± 8,74	31,46 ± 2,47	23,31 ± 6,39	119,11 ± 10,69
	Hayır	64,44 ± 7,18	30,92 ± 3,04	22,79 ± 6,30	118,14 ± 11,13
	Test ve <i>p</i>	t=-0,095 <i>p</i> =0,924	t=1,500 <i>p</i> =0,135	t=0,650 <i>p</i> =0,516	t=0,692 <i>p</i> =0,490
Kendi ölümünü düşünme sıklığı	Çok sık ^a	63,10 ± 9,32	31,31 ± 2,30	24,65 ± 6,51	119,06 ± 12,64
	Ara sıra ^b	65,90 ± 6,16	31,35 ± 2,66	22,35 ± 6,02	119,60 ± 8,38
	Çok seyrek ^c	61,54 ± 8,56	30,65 ± 2,37	23,81 ± 6,02	116,00 ± 8,51
	Hiç ^d	62,72 ± 10,59	30,52 ± 4,58	22,40 ± 7,68	115,64 ± 19,57
	Test ve <i>p</i>	F=4,270 <i>p</i> =0,006 b>a,c,d	F=1,106 <i>p</i> =0,347	F=1,863 <i>p</i> =0,136	F=1,744 <i>p</i> =0,159
Çocuğunun ölümünü düşünme sıklığı	Çok sık ^a	64,94 ± 7,13	31,69 ± 2,28	23,38 ± 6,19	120,00 ± 10,05
	Ara sıra ^b	65,72 ± 7,45	31,36 ± 2,66	22,16 ± 6,01	119,23 ± 9,35
	Çok seyrek ^c	62,35 ± 8,35	30,98 ± 2,30	25,85 ± 5,54	119,17 ± 10,23
	Hiç ^d	63,75 ± 8,23	30,79 ± 3,40	22,22 ± 6,81	116,76 ± 13,26
	Test ve <i>p</i>	F=2,173 <i>p</i> =0,092	F=1,038 <i>p</i> =0,377	F=4,243 <i>p</i> =0,006 c>a,b,d	F=1,038 <i>p</i> =0,376

Bağımsız Örneklem *t* Test (*t*); ANOVA (*F*); Tanıtıcı istatistikler ortalama (*X*), standart sapma (*SS*) değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (*p*<0,05).

Tablo 4.6 incelendiğinde evli annelerin aşkınlık boyut skoru ortalaması boşanmış veya dul annelerden istatistiksel olarak yüksek bulundu (*p*<0,05). Çalışan annelerin aşkınlık boyut skoru ortalaması çalışmayan annelerden istatistiksel olarak düşük olduğu tespit edildi (*p*<0,05). Kendi ölümünü ara sıra düşünen annelerin aşkınlık boyut skoru ortalaması çok sık, çok seyrek veya hiç düşünmeyen annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi (*p*<0,05). Aşkınlık boyut ortalamaları yaş, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, daha önce yoğun bakımda birinci derece yakını olma ve çocuğunun ölümünü düşünme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05). Doğayla uyum boyut ortalamaları annelerin tanıtıcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

İlkokul mezunu annelerin anomi boyut skoru ortalaması diğer eğitim seviyesindeki annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı (*p*<0,05). Geliri giderinden az olan annelerin anomi boyut skoru ortalaması diğer gelir düzeyindeki annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi (*p*<0,05). Çocuğunun ölebileceğini çok seyrek düşünen annelerin anomi boyut skoru ortalaması hiç, ara sıra veya çok sık düşünen annelerden istatistiksel olarak yüksek olarak saptandı (*p*<0,05). Anomi boyut ortalamaları yaş, medeni durumu, çalışma

durumu, çocuk sayısı, çocuk yaşı, çocuğun kronik hastalık durumu, daha önce yoğun bakımda birinci derece yakını olma ve kendi ölümünü düşünme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Geliri giderinden az olan annelerin spirütüel iyi oluş toplam skoru ortalaması diğer gelir düzeyindeki annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Spirütüel iyi oluş toplam skoru ortalaması yaş, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, daha önce yoğun bakımda birinci derece yakını olma ve kendi ölümünü düşünme sıklığı, çocuğun ölümünü düşünme, çocuk yaşı, çocuğun kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre spirütüel iyi oluş toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N=249)

Özellik	Kategori	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	Spirütüel iyi oluş ölçeği
Yoğun bakımdaki çocuk yaşı	5 yaş altı	65,38 ± 8,67	31,39 ± 3,06	22,34 ± 7,01	119,11 ± 12,26
	5 yaş ve üzeri	63,36 ± 6,84	30,91 ± 2,50	23,73 ± 5,45	117,99 ± 9,33
	Test ve p	t=2,033 p=0,043	t=1,354 p=0,177	t=1,731 p=0,085	t=0,806 p=0,421
Yoğun bakımdaki çocuk kronik hastalık durumu	Evet	64,29 ± 7,14	31,09 ± 2,51	22,76 ± 6,20	118,14 ± 9,39
	Hayır	64,52 ± 8,74	31,24 ± 3,15	23,33 ± 6,50	119,09 ± 12,59
	Test ve p	t=-0,224 p=0,823	t=-0,428 p=0,669	t=-0,708 p=0,480	t=-0,682 p=0,496

Bağımsız Örneklem t Test (t); ANOVA (F); Tanıtıcı istatistikler ortalama (X), standart sapma (SS) değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde spirütüel iyi oluş toplam skor, doğayla uyum ve anomi boyut ortalamaları çocukların tanıtıcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aşkınlık boyut ortalamaları yoğun bakımdaki çocuk kronik hastalık durumu değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), 5 yaş altı çocuğu olan annelerin aşkınlık boyut skoru ortalaması 5 yaş üzeri çocuğu olan annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Annelerin spirütüel iyi oluş ile ölüme karşı tutum puanları arasında ilişki (N=249)

	Tarafsız ve yaklaşım kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	Ölüme karşı tutum ölçeği
Aşkınlık	r=0,218 p=0,001	r=0,005 p=0,937	r=0,020 p=0,754	r=0,126 p=0,047
Doğayla uyum	r=0,245 p<0,001	r=0,105 p=0,099	r=0,099 p=0,120	r=0,220 p<0,001
Anomi	r=0,165 p=0,009	r=0,374 p<0,001	r=0,163 p=0,010	r=0,316 p<0,001
Spirütüel iyi oluş ölçeği	r=0,316 p<0,001	r=0,247 p<0,001	r=0,134 p=0,034	r=0,330 p<0,001

Pearson korelasyon katsayısı (r), Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.8 incelendiğinde tarafsız ve yaklaşım kabullenme boyutu skoru ile spirütüel iyi oluş toplam ve alt boyut skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Kaçış kabullenme boyutu skoru ile spirütüel iyi oluş toplam ve anomi boyut skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyutu skoru ile spirütüel iyi oluş toplam ve anomi boyut skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Ölüme karşı tutum toplam skoru ile spirütüel iyi oluş toplam ve alt boyut skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.9. Annelerin spirütüel iyi oluş puanlarının ölüme karşı tutum puanları üzerindeki etkisi (N=249)

	β	se	$z\beta$	t	p	β için %95 GA	
						Alt	Üst
Model: Spirütüel iyi oluş							
Sabit	101,694	4,793		21,219	0,000	92,254	111,133
Gelir durumu	-2,836	1,281	-0,132	-2,214	0,028	-5,358	-0,313
Ölüme karşı tutum ölçeği	0,179	0,033	0,326	5,471	0,000	0,115	0,244

Model Anlamlılığı: $F= 17,823$; $p<0,001$; $R^2=0,127$

β : Regresyon katsayısı, se: Standart hata, $z\beta$: Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R^2 : Belirleyicilik Katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.9’da spirütüel iyi oluş puanlarına etkili faktörlerin regresyon analizi ile değerlendirilmesi yer almaktadır. Değerlendirmede karşılaştırma sonucu anlamlı çıkan parametreler kullanıldı. Kurulan modeller istatistiksel olarak önemlidir ($F=17,823$; $p<0,001$). Modele göre gelir durumunun bir düzey iyileşmesi spirütüel iyi oluş toplam skorunu 2,836 puan düşürmektedir. Ölüme karşı tutum puanının bir birim artması spirütüel iyi oluş toplam skorunu 0,179 puan arttırmaktadır.

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ortamı, anneler için yalnızca tıbbi belirsizliklerin yaşandığı bir süreç değil, aynı zamanda bireyin varoluşsal sorgulamalarla yüzleştiği karmaşık ve çok boyutlu bir kriz alanı olarak değerlendirilmektedir. Özellikle çocuğun yaşamı tehdit eden bir durumla karşı karşıya olması, annelerde ölüm gerçeğine ilişkin farkındalığı artırmakta ve spiritüel başa çıkma mekanizmalarını devreye sokmaktadır (Sülü-Uğurlu ve Başbakkal, 2013). Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen bu çalışma literatür doğrultusunda tartışılarak, elde edilen sonuçların hemşirelik bakımı, manevi destek hizmetleri ve aile merkezli yaklaşımlar açısından taşıdığı önem kapsamlı şekilde bu bölümde irdelenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin ölüme karşı tutumundan elde edilen toplam puan ortalamasının yüksek ve ölüme karşı tutumunun olumsuz olduğu görülmektedir. Literatürde, anket ve derinlemesine görüşme yöntemlerinin bir arada kullanıldığı bir çalışmada, çocuğunu kaybetmiş annelerde ölüm sonrası yaşama tutumu ölçülmüş; bu annelerin önemli bir kısmı hala ölümü kabullenemediklerini ve yaşamı sürdürmede güçlük yaşadıklarını bildirmiştir (Bakır, 2022). Ölüme karşı olumsuz tutumların, bireylerin ölümlle yüzleşme süreçlerinde riskli duygu ve davranış kalıplarını yansıttığı görülmektedir. Ayrıca, ölümlle baş edemeyen bireylerin hayatın sonluluğunu sürekli reddeden veya denge kuramayan bir psikolojik yapı geliştirdiği; bu durumun özellikle annelik rolüyle birleştiğinde hem kendi hem çocuklarının geleceğine yönelik kaygıları artırdığı literatürde ifade edilmektedir (Mohammadi ve ark., 2023). Bu bağlamda annelerin ölüme karşı tutumlarının negatif olması, annelerin denge arayışına rağmen ölüm konusuna duygusal olarak uzak durduklarının, ölümlle baş etmede ölümü reddetme ve çatışma odaklı psikolojik stratejiler kullandıklarını göstermektedir. Ölüme karşı oluşan bu negatif düşünce annelerin ölümü bir kaçış veya kurtuluş olarak görme eğilimlerinin artmasına, acı ve acı çeken çocuğunun psikolojik ve fiziksel zorluklardan kurtulabileceğini düşünmesine yön vermiş olabilmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin spiritüel iyi oluş toplam puanlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, spiritüel iyi oluşun yalnızca yaşam anlamı, umut ve bağlılıkla ilişkili olmadığını; aynı zamanda zorlu dönemlerde bireylerin baş etme kabiliyetleri ve maneviyatla da desteklediğini göstermektedir (Fisher, 2011). Karaca ve Konuk Şener'in (2021) Türkiye'de gerçekleştirdiği nitel ve nicel karma yöntemli çalışmada, gelişimsel engelli çocuğa sahip annelerin "kabul yolculuğu", "hayatın anlamı/amacı", "gelecek kaygısı" ve "baş etme stratejileri" temalarında güçlü bir şekilde spiritüel kaynaklara yöneldikleri belirlenmiştir.

Çalışmada, annelerin manevi inanç ve ritüellere dayalı stratejiler geliştirmeleri sayesinde stresle başa çıkmada duygusal dayanıklılıklarını artırdıkları ve çocuklarının varlığına anlam kattıkları vurgulanmıştır (Karaca ve Şener, 2021). Benzer biçimde, İslami kültürel bağlamda yapılan çalışmalar inanç temelli baş etme stratejilerinin annelerin psikososyal direncini pekiştirdiğini göstermektedir (Aslan ve ark., 2023; Özcanarslan ve Koyuncu, 2023). Bu doğrultuda, bu çalışmadaki annelerin yüksek spiritüel iyi oluş puanlarına sahip olması, olumlu bir yaşam anlamı arayışı ve manevi baş etme modelleri ile yakından ilişkilidir.

Araştırmada annelerin ölüme karşı tutum ölçeğinde; yaş, eğitim durumu ve çocuğun ölümünü düşünme sıklığı değişkenlerinin, spiritüel iyi oluş ölçeğinde ise medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, çocuğun yaşı, ölümü ve çocuğunun ölümünü düşünme sıklığı değişkenlerinin anlamlılık gösterdiği tespit edildi. Araştırmaya katılan 31-35 yaş aralığındaki annelerin, kaçış-kabullenme alt boyutu puanları ile ölüme karşı tutum toplam puanlarının diğer yaş gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde 20- 30 yaşlar arası genç yetişkinlik, 40- 50 yaşlar arası orta yetişkinlik, 60 ve sonrası yaşlar ileri yetişkinlik dönemi olarak adlandırılmaktadır (Ulusoy, 2020). Orta yetişkinlik döneminin bireylerin yaşamın sonluluğunu daha derin biçimde fark ettikleri, ölümle ilgili varoluşsal sorgulamaların arttığı ve bireyin ölüm karşısındaki baş etme stratejilerinin daha aktif hale geldiği bir evre olarak tanımlanmasıyla örtüşmektedir (Yalom, 2001). Orta yaş döneminde, bireyin yalnızca kendi ölümüyle değil aynı zamanda çocuklarının geleceğiyle de yüzleşmeye başlaması, ölüm temasına yönelik duyarlılığını göstermekte ve bu sonuç bize diğer yaş gruplarının kaçış temelli kabullenmeyi sürecini artırabileceğini göstermektedir. Bu süreç, duygusal yoğunluğu artırabilir ve bireylerin ölümle ilgili tutumlarında derinleşmiş bir kabullenme ya da kaçış eğilimi yaratabilmektedir (Tomer ve Eliason, 1996).

Araştırmada ilkökul mezunu annelerin ölüme karşı tutum toplam puanlarının, diğer eğitim seviyelerine sahip annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde annelerin eğitim seviyesinin ölüme karşı tutumunu gösteren sınırlı çalışma olmakla birlikte; düşük eğitim düzeyine sahip annelerin ölümle ilgili daha geleneksel, duygusal ve kaderci bir anlayışa sahip oldukları belirtilmektedir (Chen ve ark., 2024). Eğitim seviyesi arttıkça ölümle ilgili tutumların daha rasyonel ve bilimsel temellere dayalı olabileceğini, düşük eğitim seviyesinin ise rasyonel, duygusal ve kültürel faktörlerden daha fazla etkilenecek negatif bir tutum oluşabilmektedir.

Çocuğunun ölebileceğini hiç düşünmediğini ifade eden annelerin, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyutundaki puan ortalamalarının, çocuğunun ölebileceğini düşünen

annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölüm düşüncesini zihinsel olarak uzak tutmak, bireyin ölümle yüzleşmesini zorlaştırabilmekte ve bu durum ölüm korkusunun daha da artmasına yol açabilmektedir (Menziés ve ark., 2024). Tomer ve Eliason (1996)'un belirttiği gibi, ölümün düşünülmemesi veya inkâr edilmesi, kişiyi bu düşünceyle sağlıklı bir şekilde yüzleşmekten alıkoymakta ve bu da ölümle ilgili korkuların daha fazla büyümesine neden olabilmektedir. Yine literatürde Abdel-Khalek bir çalışmasında (2005) ölümün bastırılması veya inkâr edilmesinin, ölümle ilgili kaygı düzeyini artırdığı ve annelerin bu olguyla ilgili daha kaçınmacı bir tutum geliştirmesine yol açtığını belirtmiştir. Gönen ve arkadaşları'nın çalışmasında da (2012) belirtildiği gibi, ölüm korkusu ve kaygısı yalnızca çevresel stres faktörlerine dayalı değil, bireylerin ölümle yüzleşme becerileri ve manevi inanç yapılarıyla doğrudan ilişkilidir. Ölüm korkusunun temelinde belirsizlik, kontrol kaybı ve ayrılık kaygısı gibi bireysel psikolojik faktörler yer almaktadır (Neimeyer ve ark., 2010). Bu bağlamda, ölümün bastırılması, korku ve kaygıyı artıran bir mekanizma olabilir ve bu durum, bireyin ölümle başa çıkma stratejilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Literatür doğrultusunda elde edilen bulgu annenin korkusunu yansıtmaya, açıklama ve üstesinden gelmede zorlanma durumunun önemini ortaya koymaktadır. Yoğun bakım süreçlerinde annelerin ölüm korkusu ve kaygıları ile başa çıkabilmesi için, hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin daha hassas, empatik ve bütüncül bir yaklaşım sergilemeleri gerekebilmektedir. Ayrıca, ölümle ilgili düşünceleri kabullenmek, anlamlandırmak ve sağlıklı bir şekilde yüzleşmek için destekleyici bir ortam yaratmak, annelerin duygusal ve psikolojik iyilik hallerini iyileştirebilir. Bu bulgu, ölüm düşüncesinin bastırılması ya da inkârı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin spiritüel iyi oluşlarından elde edilen bulgulara göre, evli annelerin aşkınlık boyutu puanlarının, diğer annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evli bireylerin eş desteği ve duygusal bağlılık aracılığıyla daha yüksek düzeyde manevi tatmin ve aşkınlık deneyimi yaşadığı, özellikle aşkınlık deneyiminin daha yoğun hissedildiği görülmektedir (Holland ve ark., 2016). Literatürde de benzer şekilde, sosyal destek sistemlerinin ve yakın ilişkilerin bireyin spiritüel iyilik hâlini artırdığına ve aşkınlık duygusunu güçlendirdiğine dikkat çekilmektedir (Koenig, 2012; Pargament, 2011). Bu sonuç, eşin desteğinin, manevi ve duygusal tatminin önemli bir bileşeni olduğunu göstermektedir.

Araştırmada çalışan annelerin spiritüel iyi oluşlarından aşkınlık boyutu puan ortalamalarının, çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Literatürde annelerin herhangi bir işte çalışma durumunun spiritüel iyi oluş

düzeyine yönelik çalışma sınırlı olmakla birlikte; iş yükü ve rol çatışmalarının, annelerin spiritüel uygulamalara ayırdığı zamanı ve içsel huzuru olumsuz etkileyebileceği vurgulanmaktadır (George ve ark., 2002). Bu bulgu çalışan annelerin günün büyük kısmını iş ve aile arasında denge kurarak geçirdiklerinden, ilahi güce, manevi değerlere yönelmek ve içsel huzur sağlamak için daha az fırsat bulması sebebiyle spiritüel iyilik hâllerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Kısacası bu durum, çalışan annelerin zaman baskısı, stres ve tükenmişlik gibi faktörler nedeniyle manevi değerlere yönelme ve içsel denge kurmada zorlanabileceğini göstermektedir.

Araştırmada anomi boyutu puan ortalaması, ilkokul mezunu annelerde ve geliri giderinden az olan annelerde diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır. Krause'nin çalışmasında (2003) belirtildiği gibi, yaşadıkları zorluklar nedeniyle düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi bireyin kontrol duygusunu ve yaşamın anlamına ilişkin algısını olumsuz etkileyebilmektedir (Krause, 2003). Bjarnason'un yaptığı bir çalışmada (2009) eğitim düzeyinin artması bireylerin toplumsal normlara uyumunu artırdığı ve yaşamın anlamlarını güçlendirdiği, dolayısıyla anomi düzeylerinin azaldığı görülmektedir (Bjarnason, 2009). Ayrıca 2022 yılında yapılan başka bir çalışmada Bornand ve Klein, düşük gelirli bireylerin anomi puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Bornand ve Klein, 2022). Bu sonuçlar düşük eğitim ve ekonomik yetersizliklerin bireyde toplumsal kopuş, umutsuzluk ve yaşamın zor şartlarından dolayı anlam yitimine neden olabileceğini göstermektedir.

Geliri giderinden az olan annelerin spiritüel iyi oluş toplam skor ortalamalarının, diğer gelir düzeyindeki annelere göre daha yüksek olması ($p < 0,05$), düşük gelirli bireylerin yaşamla başa çıkmak adına kaynaklara daha fazla ulaşma çabasını ve bu kaynaklardan destek bulduğunu düşündürmektedir. Pargament (2011) ve Koenig (2008), ekonomik baskı altındaki bireylerin, manevi yönelimlerini artırarak, içsel güçlerini ve umutlarını koruma eğiliminde olduklarını belirtmektedirler (Pargament, 2011; Koenig, 2008). Bu durum, düşük gelirli bireylerin manevi ve dini inançları, zorlayıcı koşullarla başa çıkabilmek için önemli bir kaynak olarak kullandıklarını göstermektedir. Ekonomik zorluklar karşısında, manevi inançlar bireylerin moral ve psikolojik dayanıklılığını artırabilmektedir. Özellikle anneler gibi bakım yükü fazla olan bireylerde, manevi iyi oluşun koruyucu bir faktör olarak rol oynadığı, annelerin manevi uygulamalara yönelmesinin stresle baş etmede etkili olduğunu ve yaşam doyumunu artırabildiği bilinmektedir (Holt ve ark; 2007). Dolayısıyla, maddi yoksunluk manevi zenginliğe yönelmeyi tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yoğun bakımda yatan çocuğun 5 yaş altı olanların annelerinin aşkınlık boyutu skor ortalamalarının, 5 yaş ve üzeri olan annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle erken yaşta bir çocuğun yoğun bakımda bulunması, ebeveynlerde daha fazla belirsizlik, çaresizlik ve koruma içgüdüğü yaratmaktadır. Ayrıca küçük yaş grubu çocuk, anne için çocuğun bakıma daha çok ihtiyaç duyduğu ve daha savunmasız olduğu bir dönem olarak algılanmaktadır (O'Connor ve ark., 2002). Bu bulgu, küçük yaşta çocuklara sahip olmanın annelerin duygu dünyalarını daha derinden etkileyebileceğini ve manevi destek arayışını artırabileceğini göstermektedir. Bu süreç annelerin manevi baş etme mekanizmalarını daha yoğun bir şekilde kullanmalarına neden olabilir. Küçük yaşta çocukların ağır hastalıkları ya da yoğun bakımda bulunmaları, annelerin yaşamın anlamı, kader ve kontrol duygusu gibi konular üzerine daha fazla düşüncelerine yol açmakta ve bu süreçler aşkınlık boyutunu güçlendirebilmektedir (Brouwer ve ark., 2024). Pargament (2011), manevi baş etme stratejilerinin, ebeveynlerin çocuklarının sağlığıyla ilgili zorluklarla başa çıkmada önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Bu bulgu, özellikle yoğun bakımda yatan küçük yaş grubu çocukların ebeveynlerine yönelik manevi destek ve danışmanlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır.

Araştırmada kendi ölebileceğini ara sıra düşünen annelerin aşkınlık boyutu puan ortalamaları, bu düşüncüyü çok sık, çok seyrek ya da hiç düşünmeyen annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ölüm düşüncesiyle yüzleşme düzeyi ne çok baskılayıcı ne de çok yadsıyıcı olduğunda, annelerin daha dengeli ve anlam odaklı bir bakış açısı geliştirme eğiliminde oldukları ifade edilmektedir (Neimeyer ve ark., 2011; Wong, 2007). Ölüm düşüncesiyle aşırı meşgul olmak kişilerde kaygıyı artırarak bilişsel ve duygusal işlevselliği değiştirirken; ölümü inkâr etmek ya da hiç düşünmemek, savunmacı bir mekanizma olarak kişinin aşkınlık boyutunda gelişim göstermesini engelleyebilir (Neimeyer, 2005). Bu noktada, ölüm gerçeğinin ara sıra farkında olmak, bireyde varoluşsal sorgulamaları tetikleyerek daha dengeli bir içsel farkındalık geliştirebilmektedir.

Çocuğunun ölebileceğini çok seyrek düşünen annelerin anomi boyutu puanlarının, bu düşüncüyü hiç, ara sıra ya da çok sık düşünen annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, ölüm gibi travmatik olasılıklara karşı bilinçli farkındalığın, bireyde anlam arayışını desteklediği; buna karşın, düşük farkındalığın ise anlam kaybına, yalnızlık hissi ve psikolojik boşluk duygusuna neden olabileceği ifade edilmektedir (Park, 2010). Çocuğun ölümünü çok seyrek düşünmek, bireyin durumu inkâr etme eğiliminde olduğunu gösterebilir. Bu sonuç çocuğun kronik hastalık durumunun olup olmamasından, ani travma olmasından, tedaviye yanıt

verip vermemesinden, ailenin sosyal destek hatlarından ya da evde başka bir çocuğa sahip olup olmaması gibi birçok faktörden kaynaklı olabilir. Ölüm olasılığına dair düşük farkındalık taşıyan annelerin, yaşamda anlam kaybı (anomi) yaşayabileceğini göstermektedir.

Araştırmada ölüme karşı tutum toplam puanı ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani annelerin ölüme karşı negatif düşüncesinin olması spiritüel iyi oluşlarını artırmaktadır. Yapılan regresyon analizinde bu doğrultuda sonuçlar vermiştir. Koenig (2008) ve Pargament (2011), bireylerin ölümle ilgili daha sağlıklı ve kabul edici bir tutum geliştirmelerinin manevi iyilik hallerini iyileştirmekte olduğunu belirtmektedirler. Ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunu kabul eden ve bu gerçeğe barışmaya çalışan bireyler, yaşamın kıymetini daha fazla anlamaktadırlar; bu da onları manevi anlamda daha güçlü kılmaktadır. Literatürde, ölümü kabullenici ve anlamlı bulan bireylerin, manevi yönelimlerinin daha güçlü olduğu, buna bağlı olarak da daha yüksek spiritüel iyi oluş düzeyine sahip oldukları ifade edilmektedir (Neimeyer, 2005; Wong, 2008). Yapılan başka bir çalışma özellikle ölüm gibi kaçınılmaz olgularla baş edebilme kapasitesi, bireyin spiritüel yapısıyla doğrudan ilişkili olduğunu, ölüme olumlu ya da kabullenici yaklaşan bireylerin, ölümle ilgili korkularını azaltabildikleri ve yaşamın sonuna dair daha yapıcı bir bakış açısı geliştirdikleri; bu durumun ise spiritüel iyi oluşlarını desteklediğini bildirmiştir (Breitbart, 2000). Literatür ile uyumlu olmayan bu sonuç, annenin sosyal destek algısından, yetişme kültüründen, hayatında ölümü anlamlandırma şeklinden ve bakım verdiği kişinin çocuk olmasından kaynaklı olabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluşları arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verildi.

- Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamasının $33,89 \pm 6,80$ olduğu ve %39,8'inin 35 yaş üstünde olduğu belirlendi. Annelerin %93,2'sinin evli olduğu ve %38,2'sinin ortaokul mezunu olduğu, %81,5'inin çalışmadığı ve %71,9'unun gelirinin gidere denk şekilde olduğu, %34,1'inin iki çocuğu olduğu görüldü.
- Yoğun bakımda yatan çocukların %51,4'ünün 5 yaş altı olduğu, %55'inin kronik hastalığının olduğu, %19,3'ünün solunum sistem hastalığından tedavi gördüğü saptandı.
- Çalışmaya katılan annelerin %56,2'sinin daha önce yoğun bakımda yatan birinci derece yakını olmadığı, %55,8'inin ara sıra kendi ölümünü, %38,2'sinin ise ara sıra çocuğunun ölümünü düşündüğü belirlendi.
- Annelerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin ortalama $118,57 \pm 10,93$ puanla yüksek düzeyde olduğu, ölüme karşı tutum düzeylerinin ise $123,33 \pm 19,88$ puanla negatif düzeyde olduğu saptandı.
- Çalışmada 31 ile 35 yaş arasındaki annelerin kaçış kabullenme boyutu ve ölüme karşı tutum toplam skoru ortalaması diğer gruplardan istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0,05$).
- İlkokul mezunu annelerin ölüme karşı tutum toplam skoru ortalaması ve spiritüel iyi oluş boyutu olan anomi boyutu diğer eğitim seviyesindeki annelerden istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Çocuğun ölebileceğini hiç düşünmeyen annelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyutu çocuğun ölebileceğini düşünen annelerden istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Çalışan annelerin aşkınlık boyutu çalışmayan annelerden istatistiksel olarak düşük iken; 5 yaş altı çocuğu olan ve kendi ölümünü ara sıra düşünen annelerin diğer annelere göre aşkınlık boyutu istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$).
- Geliri giderinden az olan annelerin anomi boyut ve spiritüel iyi oluş toplam skoru ortalaması diğer gelir düzeyindeki annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Çocuğunun ölebileceğini çok seyrek düşünen annelerin anomi boyutu hiç, ara sıra veya çok sık düşünen annelerden istatistiksel olarak yüksek olarak saptandı ($p<0,05$).
- Ölüme karşı tutum toplam skoru ile spiritüel iyi oluş toplam ve alt boyut skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

6.2.Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilere yer verilmiştir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Ölümle yüzleşme sürecinde bilişsel-duygusal desteklerin etkinliğini değerlendiren ve spiritüel bakım uygulamaları ile psikoeğitimi birlikte ele alan disiplinlerarası araştırmalar yapılabilir.
- Ölümün bireysel ve aile yaşamındaki etkilerinin ele alındığı, başa çıkma mekanizmalarının öğretildiği, annelerin duygularını paylaşabildiği güvenli sosyal alanlar oluşturan toplum temelli programlar geliştirilebilir.
- Annelerin ölüm algılarını ve spiritüel iyi oluş düzeylerini etkileyen bireysel, kültürel ve sosyal etmenlerin daha ayrıntılı olarak incelenebilmesi için nitel ve nicel ya da karma araştırmalar yapılabilir.

Hemşirelere ve Hastanelere Yönelik Öneriler

- Yoğun bakımda çocuğu yatan annelere yönelik olarak, ölümle yüzleşme sürecini destekleyecek psikoeğitim oturumları ve grup terapileri düzenlenerek yas evreleriyle başa çıkmaları kolaylaştırılabilir.
- Annelerin sadece fiziksel değil, aynı zamanda manevi gereksinimlerinin karşılanabilmesi için, hastanelerde profesyonel ekipler aracılığıyla manevi danışmanlık birimleri oluşturulabilir.
- Eşler ve diğer aile bireylerinin de sürece dâhil olduğu ortak eğitim ve destek grupları aracılığıyla, annelerin duygusal yükü paylaşmaları ve yalnızlık hissini azaltılması sağlanabilir.
- Benzer deneyimleri yaşamış bireylerin bir araya geldiği destek grupları, annelerin yalnızlık duygularını azaltarak sosyal bağlılık ve yaşamda anlam arayışı açısından fayda sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251–259. <https://doi.org/10.1080/07481180590906184>
- Akdemir N, Birol L, (2004), Terminal Dönemdeki Hastanın Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı Kitabı. 2, Ankara: Sistem Yayıncılık, 207-211.
- Alp, R. A. (2024). *Depresyon belirtilerinin ölüm kaygısı, varoluşsal anlam, umutsuzluk ve travmayla başa çıkabilme algısı ile ilişkisi* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).
- Al-Shahri, MZ (2016). İslam teolojisi ve palyatif bakım ilkeleri. *Palyatif ve Destekleyici Bakım*, 14 (6), 635-640.
- Açıkgöz, A., Şayık, D., Söngüt, S., Kaya, Y., & Köksal, İ. (2017). Pediatri kliniklerinde refakatçi olarak kalan annelerin yaşadığı güçlükler ve hastanede kalmanın depresyon, anksiyete, stres düzeylerine etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(2), 43-47.
- Arslan, B. Ş., & Buldukoğlu, K. (2019). Yasın aile üzerine etkilerini azaltmak için uygulanan yas destek programları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 402-417.
- Aslan Gördesli, M., Kant, E., & Gül Can, F. (2023). Investigation of the Relationship Between Spiritual Coping Styles and Hope Levels in Mothers with Disabled Children in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 62(5), 3347–3363
- Atasayar, B. Ş. ‘İyi Hemşire’Filminin Yoğun Bakım Hemşireliği Çerçevesinde İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 28(1), 1-7.
- Ay, F., Gençtürk, N. (2013), Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım İle İlgili Görüşleri: Odak Grup Çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3):164-171.
- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K., & Öztürk, E. (2012). The relations of religious coping, gratitude and life satisfaction: A case study on patients, patient relatives and hospital staff. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2).
- Bakır, T. (2022). *Annelerin evlat kaybı sonrası yas süreci deneyimi: Yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Balboni, TA, VanderWeele, TJ, Doan-Soares, SD, Long, KN, Ferrell, BR, Fitchett, G., ... & Koh, HK (2022). Ciddi hastalık ve sağlıkta maneviyat. *Jama*, 328 (2), 184-197.
- Beckstrand, R. L., Rawle, N. L., Callister, L., & Mandlco, B. L. (2010). Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 19(6), 543-552.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., ... & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastefined death in terminally ill patients with cancer. *Jama*, 284(22), 2907-2911.
- Brymer, E., & Schweitzer, R. D. (2017). Evoking the ineffable: the phenomenology of extreme sports. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(1), 63.
- Boyle, DK, Miller, PA, & Forbes-Thompson, SA (2005). Yoğun bakım ünitesinde iletişim ve yaşam sonu bakımı: hasta, aile ve klinisyen sonuçları. *Kritik bakım hemşireliği üç aylık dergisi*, 28 (4), 302-316.
- Bjarnason, T. (2009, March). Anomie Among European Adolescents: Conceptual and Empirical Clarification of a Multilevel Sociological Concept 1. In *Sociological Forum* (Vol. 24, No. 1, pp. 135-161). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Brouwer, M. A., Engel, M., Teunissen, S. C., Leget, C., & Kars, M. C. (2024). The spiritual dimension of parents' experiences caring for a seriously ill child: An interview study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(4), 360-368.
- Burtin, C., Clerckx, B., Robbeets, C., et al. (2009). Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical Care Medicine*, 37(9), 2499–2505. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181a38937>
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., & Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303.

- Büyükcan Tetik, A., Aykutoğlu, B., Bulut, G., Egeci, İ. S., Özgün, S. ve Deryalar B. (2021). Çocuk kaybı sonrası ebeveynlerin ilişkileri. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(3), 323-329.
- Can, Ş., & Avcın, E. (2023). Yaşamın Anlamı ve Spiritüel İyi Oluş İle Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 15(2).
- Can, R., Tambağ, H., Öztürk, M., Kaykunoğlu, M., Erenoğlu, R., & Gümüšoğlu, F. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya karşı tutumları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(2), 190–200.
- Chen, H., Xiao, Y., Huang, X., Fan, S., Wu, H., Li, L., & Wu, Y. (2024). Çinli ebeveynlerin ölüm eğitimine desteğini etkileyen faktörler üzerine araştırma: kesitsel bir anket. *Halk Sağlığı Alanındaki Sınırlar*, 12, 1285208.
- Currier, J. M., McDermott, R. C., & Milman, E. (2021). Religious beliefs and death anxiety: A complex relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 567-579. <https://doi.org/10.1002/jclp.23000>
- Dempsey, L., & Stoyles, B. (2010). Comfort in Annihilation: Three Studies in Materialism and Mortality. *The seventeenth century*, 12, 14.
- Diyanet İşleri Başkanlığı. (2017). Sağlık Bakanlığı ile iş birliği protokolü [Resmi belge]. <https://www.diyanet.gov.tr>
- Downes, J. J. (1992). *A history of pediatric critical care medicine*. *Critical Care Clinics*, 8(1), 1–22.
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. Routledge.
- EAPC (European Association for Palliative Care). (2021). Spiritual care policies in Europe: A comprehensive review. *European Journal of Palliative Care*, 28(3), 105–114.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry research*, 288, 113031.
- Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2, 73–88.
- Ekşi, H., Somer, O., & Ekşi, M. (2016). Dini inançların ve manevi bağlılığın psikolojik iyi oluşa etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 23–31.
- Erbuğ, E. (2021). Ölüm Sosyolojisi: Geleneksel ve Modern Toplumda Ölümün Toplumsal Anlamları. *Toplum Ve Kültür Araştırmaları Dergisi*(8). <https://doi.org/10.48131/jscs.1005591>
- Falkenburg, J. L., Tibboel, D., Ganzevoort, R. R., Gischler, S. J., & Van Dijk, M. (2018). The importance of parental connectedness and relationships with healthcare professionals in end-of-life care in the PICU. *Pediatric critical care medicine*, 19(3), e157-e163.
- Ferrell, BR, Buller, H., Paice, JA, Glajchen, M. ve Haythorn, T. (2023). Kanser bakımının manevi yönlerini ele almak için meslekler arası iletişim eğitimi. *Sağlık bakımı din adamlığı dergisi*, 29 (4), 381-393.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2(1), 17–28.
- Franck, L. S., O’Shea, M., Friedrichsdorf, S. J., & Bruce, E. (2020). The role of family-centered care in pediatric intensive care units. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.008>
- Freud, S. (1920/2021). Yaşam ve ölüm içgüdüleri (Çev. B. Yılmaz). Ankara: Psikanaliz Yayınları.
- Gafaar TO, Pesambili M, Henke O, Vissoci JRN, Mmbaga BT, Staton C. Good Death: An Exploratory Study on Perceptions and Attitudes of Patients, Relatives, and Healthcare Providers, in Northern Tanzania. *Plos One* 2020; 15(7):6-9.
- Gentile, D. A., Oberg, C., Sherwood, N. E., Story, M., Walsh, D. A., et al. (2004). Well-child visits in the video age: pediatricians and the American Academy of Pediatrics’ guidelines for children’s media use. *Pediatrics*, 114(5), 1235-1241.
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190–200. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1303_04
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (2015). *The worm at the core: On the role of death in life*. Random House.

- Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., et al. (2020). Determination of brain death/death by neurologic criteria: the world brain death project. *Jama*, 324(11), 1078-1097.
- Gönen, G., Kaymak, S.U., Cankurtaran, E.S., Karşılıoğlu, E.H., Özalp, E., et al. (2012). Kanser hastalarında ölüm kaygısına katkıda bulunan faktörler. *Psikososyal onkoloji dergisi*, 30 (3), 347-358.
- Gültekin, M., Korkmaz, S., & Yılmaz, E. (2010). Çocuk kaybı sonrası ailelerde manevi bağlılık ve başa çıkma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 25(50), 45-58.
- Hawthorne, D.M., Youngblut, J.M. ve Brooten, D. (2017). Bebeğin/çocuğun yoğun bakım ünitesindeki ölümünden 1 ve 3 ay sonra cinsiyete, ırka/etnik kökene ve dine göre manevi başa çıkma stratejilerinin kullanımı. *Amerikan Hemşire Uygulayıcıları Derneği Dergisi*, 29 (10), 591-599.
- Hill, C., Knafl, K.A., & Santacroce, S.J. (2018). Pediatrik yoğun bakım ünitesinde bakılan çocukların ebeveynlerinin bakış açısından aile merkezli bakım: bütüncüleştirici bir inceleme. *Pediatric hemşirelik dergisi*, 41 , 22-33.
- Holt, C.L., Clark, E. ve Klem, P.R. (2007). Manevi sağlık kontrol odağı ölçeğinin genişletilmesi ve geçerliliği: faktöriyel analiz ve öngörücü geçerlilik. *Sağlık psikolojisi dergisi*, 12 (4), 597-612.
- Holland, K.J., Lee, J.W., Marshak, H.H. ve Martin, L.R. (2016). Manevi yakınlık, evlilik yakınlığı ve fiziksel/psikolojik refah: Bir aracı olarak manevi anlam. *Din ve maneviyat psikolojisi*, 8 (3), 218.
- Howarth, G. (2021). Batı kültürlerinde ölüm tabusu. *Sosyal Psikoloji Dergisi*, 19(1), 45-60.
- Işık, E., Fadiloğlu, Ç., & Demir, Y. (2009). Ölüme karşı tutum ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2).
- Im, M., & Oh, J. (2021). Nursing support perceived by mothers of preterm infants in a neonatal intensive care unit in South Korea. *Child health nursing research*, 27(2), 146.
- İnci, F., Öz, F. (2012), "Palyatif Bakım Ve Ölüm Kaygısı". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):178-187.
- Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.
- Kar, S. (2021). A Religious and Philosophical Evaluation of the Concept of Immortality. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 11(1), 280-286.
- Kara, S., Tan, S., Aldemir, S., Yılmaz, A., Tatlı, M. ve Dilmen, U. (2013). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan bebeklerin annelerinde algılanan sosyal desteğin araştırılması. *Hippokratia*, 17 (2), 130.
- Karaca, A., & Konuk Şener, D. (2021). Spirituality as a coping method for mothers of children with developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(2), 112-120.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Aktüel Tıp Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Kastenbaum, R. (2012). The psychology of death (5th ed.). Springer Publishing.
- Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Souppart, V., Tissier, F., Martin-Lefevre, L., Chevret, S., & Azoulay, É. (2021). *Experience and outcomes for relatives of patients dying in the ICU: The CAESAR tool*. *Intensive Care Medicine*, 47(12), 1393-1401. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06591-z>
- Kızılkaya, M., & Koştü, N. (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4), 69-74.
- Klass, D., & Steffen, E. M. (2018). The cultural shaping of grief. In M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (2nd ed., pp. 317-335). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000038-018>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 114-129. <https://doi.org/10.1016/j.ijct.2018.04.002>
- Koenig, H. G. (2008). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Köroğlu, T. F., Atasever, S., & Duman, M. (2008). *A survey of pediatric intensive care services in Turkey*. *Türk J Pediatr*, 50(1), 12-17.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S160-S170. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S160>

- Kutlu, Ö., Ermin, C., & Aygin, D. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(3), 130–142.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Küçük Alemdar, D., Özdemir, F. K., & Tüfekçi, F. G. (2018). *The effect of spiritual care on stress levels of mothers in NICU*. *Western Journal of Nursing Research*, 40(4), 543–561. <https://doi.org/10.1177/0193945916686775>
- May, R. (2021). Ölüm gerçeğiyle yüzleşme ve yaşamın anlamı. *Varoluşsal Psikoloji Bülteni*, 14(3), 33–47.
- Meert, K. L., Clark, J., & Eggly, S. (2013). Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60(3), 761.
- Melnyk, B. M., Small, L., & Hoying, J. (2021). Stress and coping in parents of critically ill children: A systematic review. *Pediatric Nursing*, 47(1), 25–34.
- Menekli T, Dolu S, Çoşkun Ö, Torun M. Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerinin İyi Ölümüne İlişkin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021; 24(1): 84-94. DOI: 10.17049/ataunihem.775855
- Menzies, RE, McMullen, K., Riotta, G., Iliescu, S., Petrovic, B. ve Remfrey, M. (2024). Korkudan bozukluğa: Ölüm kaygısının ruhsal hastalık semptomları üzerindeki etkisinin bir meta-analizi. *Klinik Psikoloji İncelemesi*, 102490.
- MYK (Mesleki Yeterlilik Kurumu). (2020). Spiritüel danışmanlık meslek standardı. <https://www.myk.gov.tr>
- Mohammadi, F., Zahra Masoumi, S., Oshvandi, K., Bijani, M. ve Nikrouz, L. (2023). Yaşamın son evrelerinde çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde ölüm kaygısı, dayanıklılık ve aile uyumu. *Psikolojideki Sınırlar*, 14, 1057003.
- Negarandeh, R., Hassankhani, H., Jabraeili, M., Rahmani, A., & Nikanfar, A. R. (2021). Health care staff support for mothers in NICU: A focused ethnography study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 520.
- Neimeyer, R. A. (2005). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association.
- Neimeyer, RA, Burke, LA, Mackay, MM ve van Dyke Stringer, JG (2010). Keder terapisi ve anlamın yeniden inşası: İlkelerden pratiğe. *Çağdaş Psikoterapi Dergisi*, 40, 73-83.
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death studies*, 38(8), 485-498.
- Nowaczyk-Basińska, K. ve Kiel, P. (2024). Ölümsüzlük Hayal Gücünü Keşfetmek: Ölümsüzlük Sosyolojisini Savunmak. *Sosyal Bilimler*, 13 (2), 83.
- Loewenstein, K. (2019). *Stress, Appraisal and Coping in the Neonatal Intensive Care Unit: The Experiences of Parent Dyads*.
- O'connor, T. G., Heron, J., Glover, V., & Alspac Study Team. (2002). Antenatal Anxiety Predicts Child Behavioral/Emotional Problems Independently Of Postnatal Depression. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-1477.
- O'Meara, A., Akande, M., Yagiela, L., Hummel, K., Whyte-Nesfield, M., Michelson, KN, ... & Hartman, ME (2022). Pediatrik yoğun bakım ünitesinden sonraki aile sonuçları: bir kapsam incelemesi. *Yoğun Bakım Tıbbi Dergisi*, 37 (9), 1179-1198.
- Otani, H., Kawamoto, K., & Saito, T. (2022). Ölüm sürecinde bütüncül bakımın etkisi: Psikolojik ve spiritüel boyutlar üzerine bir inceleme. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(4), 205–214.
- Özcanarlan, N., & Koyuncu, M. (2023). The effect of spiritual coping skills on psychological resilience and health beliefs of mothers with children with special needs. *Archives of Medical Science*
- Özdemir, H. N. Ç., & Gürbüz, H. (2025) Effects of Spiritual Well-Being on Caregiver Burden of Parents of Children with Tracheostomy in Türkiye: The Mediating Role of Psychological Resilience. *Journal of religion and health*.
- Özer, H. (2017). *Yeni tıbbi teknolojiler bağlamında ölüm algısının dönüşümü: Beyin ölümü çerçevesinden değerlendirme* (Master's thesis, Mimar Sinan Fine Arts University (Turkey)).
- Paananen, J., Kulmala, J., & Pirhonen, J. (2024). Social death of older adults residing in nursing homes in Finland. *Journal of Aging Studies*, 71, 101275.

- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford press.
- Park, CL (2010). Anlam literatürünün anlaşılması: anlam oluşturma ve stresli yaşam olaylarına uyum üzerindeki etkilerine dair bütünleştirici bir inceleme. *Psikolojik bülten*, 136 (2), 257.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642-656.
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P. G., et al. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive care medicine*, 38(10), 1647-1653.
- Rosenblatt, PC (2017). Kederin araştırılması: Kültürel, ilişkisel ve bireysel olasılıklar. *Kayıp ve Travma Dergisi*, 22 (8), 617-630.
- Stayer, D. ve Lockhart, JS (2016). Pediatrik yoğun bakım ünitesinde ölmekle yaşamak: bir hemşirelik bakış açısı. *Amerikan Kritik Bakım Dergisi*, 25 (4), 350-356.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *Omega - Journal of Death and Dying*, 74(4), 455-473.
- Suttle, M. L., Jenkins, T. L., Tamburro, R. F., & Meert, K. L. (2021). Palliative Care in Pediatric Critical Care. *Pediatric Critical Care: Text and Study Guide*, 1513-1533.
- Sucu, A., Tolunay, O., Çelik, T., Kahveci, B., Celiloğlu, C., et al. (2018). Çocuk Yoğun Bakımda Beyin Ölümü Tanısı Konulan Hastaların Değerlendirilmesi.
- Sülü Uğurlu, E., & Başbakkal, Z. (2013). Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Çocuk Yoğun Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Tanhan, A. G. F., & Arı, A. G. F. (2006). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2).
- Taşdelen, Y., & Kürtüncü, M. (2022). Çocuklarda yaşam sonu bakım ve iyi ölüm kavramı. *Med J West Black Sea*, 6(1), 1-8.
- Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., & Zamperini, A. (2020). Ölümle yüzleşme biçimleri ve kültürel etkiler. *Ölüm Çalışmaları Dergisi*, 14(2), 123-135.
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Ahlqvist-Björkroth, S. ve Axelin, A. (2023). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde aile merkezli bakımın kalitesi üzerinde ebeveynlerle yakın işbirliğinin etkileri. *Yenidoğan Bakımında İlerlemeler*, 23 (3), 281-289.
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death studies*, 20(4), 343-365.
- Torun, N. (2019). Palliative care experiences of the patient family. *Cukurova Medical Journal*, 44, 358-365.
- Tuck, I., Alleyne, R., & Thinganjana, W. (2006). Spirituality and stress management in healthy adults. *Journal of Holistic Nursing*, 24(4), 245-253.
- Turner, K., et al. (2021). Economic burden of pediatric intensive care hospitalization on families. *Health Economics Review*, 11(2), 12-20.
- Türk Dil Kurumu. (2018). Ölüm. Türkçe Sözlük (11. baskı). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Uitterhoeve, RJ, Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., et al. (2004). İleri kanserli hastalara yönelik psikososyal müdahaleler - literatürün sistematik bir incelemesi. *İngiliz kanser dergisi*, 91 (6), 1050-1062.
- Uğur, Ö., & Fadiloğlu, Z. Ç. (2021). İyi ölüm ve yapılandırılması. *Bahkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 55-62.
- Uğurcan, F. Z., & Koçak, A. (2021). Mitik Anlatılardan Masal Ve Destanlara Köprü Sembolizmi. *Motif akademi halkbilimi dergisi*, 14(34), 439-451.
- Uludağ, A., Kara, İ., & Uluer, M. S. (2021). Beyin Ölümü Tanısı Sonrası Hasta Yakınlarının Davranışlarının İncelenmesi: Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulaması. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 440-444.

- Ulusoy, Y. (2020). Orta Yaş Dönemi Bireylerin İçinde Buldukları Yaş Dönemlerine İlişkin Algılarının İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(74), 587-601.
- Vail, K. E., Arndt, J., & Abdollahi, A. (2020). Existential psychology and the management of death anxiety. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(1), 28-45. <https://doi.org/10.1177/0022167818760685>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., et al. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Vanderwerker, L. C., Palmer, S. C., & Prigerson, H. G. (2005). Bereavement and psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 596-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.596>
- Walter, T. (2020). *The social construction of death* (3rd ed.). Routledge.
- Wong, K. F., Lee, L. Y., & Lee, J. K. (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*, 55(3), 333-340.
- Wong, P. T. (2007). Meaning management theory and death acceptance. In *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 91-114). Psychology Press.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death acceptance and death anxiety: A multidimensional approach. *Death Studies*, 18(4), 345-365.
- Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. xx–xx). Washington: Taylor & Francis.
- Yalom, I. D. (2001). *Günübirlik hayatlar: Varoluşçu psikoterapi üzerine denemeler* (Z. Yalçın, Çev.). İstanbul: Kabalıcı Yayınları.
- Zimmermann, K., Bergstraesser, E., Engberg, S., Ramelet, AS, Marfurt-Russenberger, K., Von der Weid, N., ... & PELICAN konsorsiyumu. (2016). Ebeveynler çocuklarının ölümüyle karşı karşıya kaldıklarında: Ebeveynlerin çocuklarının yaşam sonu bakımına ilişkin bakış açılarına ilişkin ülke çapında kesitsel bir anket. *BMC palyatif bakım*, 15, 1-14.
- Qian, S., & Xu, F. (2019). History of pediatric critical care medicine in the mainland of China. *Pediatric Investigation*, 3(2), 69–71. <https://doi.org/10.1002/ped4.12126>

8. EKLER

8.1. EK 1 Anne ve Çocuk Bilgi Formu

1. Yaşınız?

2. Medeni durumunuz?

a) Evli b) Diğer (.....)

3. Eğitim durumunuz?

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üstü

4. Mesleğiniz?

a) Ev hanımı b) Memur c) Serbest Meslek d) Emekli

5. Gelir durumunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

6. Toplam kaç çocuğunuz var?.....

7. Yoğun bakımda yatan çocuğunuzun yaşı?.....

8. Yoğun bakımda yatan çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı?

a) Evet b) Hayır

9. Çocuğunuzun tanısı?.....

10. Daha önce yoğun bakımda bakım ve tedavi alan birinci derece yakınınız oldu mu?

a) Evet b) Hayır

11. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?

a) Çok sık b) Ara sıra c) Çok seyrek d) Hiç

12. Çocuğunuzun ölümünü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?

a) Çok sık b) Ara sıra c) Çok seyrek d) Hiç

8.1. EK 2 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Kararsızım	Orta Derecede Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	1. Ölüm hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.						
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımla bitmesini sağlayacak							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılamaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması beni rahatsız eder.							
8. Ölüm mükemmel bir yere giriştir							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım							
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluşur							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım							
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır							
17. Ölümünden ne korkarım ne de ölümün gelmesini isterim							
18. Yoğun bir ölüm korkum var							
19. Ölüm hakkında her şeyi düşünmekten kaçınırım							
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir							
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm							
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey, ölümünden sonra bir hayata inanmamdır							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm							
30. Ölüm ne iyi ne de kötüdür							
31. Ölümünden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim							
32. Ölümünden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir							

8.1. EK 3 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

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

8.1. EK 4 Etik Kurul İzni



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 38

Toplantı Tarihi: 01.11.2023

Karar Sayısı:2023/583:(Başvuru ID: 16344) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Semra KÖSE'nin "Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Annelerin Ölümüne Karşı Tutumları ile Spiritüel İyi Oluşları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci Merve SARITAŞ'ın yüksek lisans tez çalışması N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Semra KÖSE'nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Semra KÖSE
Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Merve SARITAŞ

ASLI GİBİDİR
01.11.2023

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

8.1. EK 5 Kurum İzni



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



Sayı : E-97367300-514.01.02-232344229
Konu : Merve SARITAŞ (Tez Çalışması)

22.12.2023

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi, Hastanemiz Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi uzmanlarından Dr. Özlem SARITAŞ NAKİP' in yardımcı araştırmacı olarak görev aldığı Kurumumuz Çocuk Yoğun Bakım Servisinde hemşire olarak görev yapan Merve SARITAŞ' ın "Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Annelerin Ölümüne Karşı Tutumları İle Spiritüel İyi Oluşları Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasının Hastanemizde yapılmasına ilişkin talep yazısı incelenmiş olup anılan çalışmanın Hastanemizde yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ
Koordinatör Başhekim a.
Koordinatör Başhekim Yardımcısı

Ek: Tez Çalışma İzni.pdf

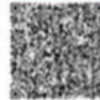
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: BB9E2320-17D6-4CBC-B65A-70E560947897

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Varlık Mahallesi, No.5, Halil Sezai Erkut Cd., Yenimahalle/Ankara
06170
Telefon No: (0312) 797 00 00
e-Posta: İnternet Adresi: <https://etliksehir.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Sümeyye SARITAŞ
Tıbbi Sekreter
Telefon No:



8.1. EK 6 Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Kullanım İzni



Selami Kardaş



alıcı: ben ▾

Merhabalar,

Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:

<https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi>

Ölçeğin kendisi de (Türkçe) linkte yüklü word dosyasında, oradan alıp kullanabilirsiniz.

Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

8.1. EK 7 Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili anneler,

“Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Annelerin Ölüme Karşı Tutumları ile Spiritüel İyi Oluşları Arasındaki İlişki” başlıklı çalışma çocuğu yoğun bakımda yatan annelerin ölüme karşı tutumları ile spiritüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmaya katılımda **gönüllülük** esastır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden beklenen hastanede çocuğunuzun bakım ve tedavisini aksatmayacak bir zaman diliminde anketi doldurmanızdır. Anketlerde sizin sosyo-demografik özelliklerinizin yanı sıra ölüme karşı tutumunuzu ve spiritüel iyi oluş düzeyinizi ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Sizden alınan bilgiler kesinlikle hiçbir nedenle hiçbir yerde paylaşılmayacaktır. Toplanan anketlerdeki bilgiler araştırmacılar tarafından bilimsel amaçlı kullanılacak ve saklanacaktır. Anketlere isim yazmayınız. Anketleri doldurmanız yaklaşık 15-20 dakika sürecektir. Çalışmada yer aldığımız için herhangi bir ücret ödemeyeceğiniz gibi çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız vardır. Çekildiğiniz takdirde elde edilen veriler iptal edilecektir. Araştırmadan çekildiğiniz takdirde aldığımız bakım ve diğer hizmetlerden kesinlikle mahrum bırakılmayacaksınız. Aşağıda araştırmacılara ait iletişim bilgileri yer almaktadır, araştırma ile ilgili aklınıza takılan tüm soruları araştırmacılara sorabilirsiniz. Talep etmeniz durumunda formun bir kopyası size verilecektir. Bu çalışmaya ilgi gösterdiğiniz ve destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Söz konusu araştırmaya, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. ()

Söz konusu araştırmaya, gönüllü olarak katılmayı kabul etmiyorum. ()

Tarih:

İmza:

Araştırmacılar:

Doç. Dr. Semra KÖSE

(NEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

(XXXXXXXXXXXXXXXXXX)

Hemşire Merve SARITAŞ

(Etlik Şehir Hastanesi-Çocuk Yoğun Bakım)

(XXXXXXXXXXXXXXXXXX)