



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM ANABİLİM DALI

PALYATİF BAKIM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PALYATİF BAKIMDAKİ HASTA YAKINLARININ ÖLÜME
KARŞI TUTUMU VE ANKSİYETE DURUMUNUN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Seda ÇELİK

Danışman: Doç. Dr. Medine KOÇ

TOKAT- 2023

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Medine KOÇ danışmanlığında hazırlamış olduğum **“Palyatif Bakımdaki Hasta Yakınlarının Ölüme Karşı Tutumu ve Anksiyete Durumunun Belirlenmesi”** adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

27/02/2023

Seda ÇELİK



JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğiyle yanımda olan, tez çalışmam boyunca sabrını ve bilgisini benden esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Medine KOÇ'a,

Ve bu hayattaki en büyük şansım olan kıymetli aileme,

Teşekkürlerimi sunarım...



ÖZET

PALYATİF BAKIMDAKİ HASTA YAKINLARININ ÖLÜME KARŞI TUTUMU VE ANKSİYETE DURUMUNUN BELİRLENMESİ

ÇELİK, Seda

Yüksek Lisans, Palyatif Bakım Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine KOÇ

Şubat 2023 + 97 sayfa

Bu çalışma; Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki araştırma ve uygulama hastanesinin palyatif bakım merkezindeki palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme karşı tutumlarını ve anksiyete durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak planlanmıştır. Literatürde hasta ve hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşüncelerine yönelik çalışmalara sınırlı sayıda rastlandığından, bu çalışmanın hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşünceleri, tutumları ve anksiyete durumları gibi konulara ışık tutması hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda araştırmaya 3 Mayıs 2021-3 Şubat 2022 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde takip edilen 41 erkek 117 kadın olmak üzere 158 hasta yakını katılmıştır. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçları, pandemi şartları sebebiyle araştırmaya katılmaya bir engeli olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü, palyatif bakım merkezinde yatan hasta yakınlarına online olarak onam alındıktan sonra Google form aracılığıyla yüz yüze doldurulmuştur. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama, standart sapma bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi, Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's yararlanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ için benimsenmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalamasının $46,93 \pm 13,69$ olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının %74,1'inin kadın, % 25,9'unun erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %86,1'i kanser hastası yakını olup, %58,9'u hastanın bakımından primer sorumlu olduklarını ve %94,3'ü hastaları ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirildiklerini bildirmişlerdir. Hastanın olası ölümünü aile içinde konuşmadıklarını bildiren hasta yakını %50,6 iken; hasta yakınlarının %91,8'i ölmek üzere olan kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmemesi gerektiğini bildirmiştir. Hasta yakınlarının ÖKTÖ toplam puan ortalamaları $117,21 \pm 18,97$, BAE puan ortalamaları ise $8,44 \pm 6,57$ olarak saptanmıştır. Hasta yakınlarının ölüme karşı tutumları ÖKTÖ ile değerlendirildiğinde; hastanın durumu ve prognoz hakkında bilgilendirilen hasta yakınlarının ÖKTÖ toplam puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı şekilde daha düşük olarak değerlendirilmiştir. Hasta yakınlarının ÖKTÖ'den aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile BAE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Hasta yakınlarının ÖKTÖ toplam ve alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme”, “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları arttıkça BAE puan ortalamalarının da artmakta olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının ölüm karşısında daha çok kabullenici tavır sergilediği ve düşük anksiyete belirtileri gösterdikleri bulunmuştur.

Palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin, ölümle ilgili hasta yakınları ile konuşması, bilgilendirme yapması, ölüme karşı olumsuz yönde tutumları ve anksiyetesi olan hasta yakınlarına müdahaleler yapması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Hasta Yakını, Kayıp, Palyatif Bakım, Ölüm, Ölüme Karşı Tutum

ABSTRACT**DETERMINATION OF THE ATTITUDE TOWARDS DEATH AND THE ANXIETY
STATUS OF THE RELATIVES OF PATIENTS IN PALLIATIVE CARE**

Çelik, Seda

Master Thesis, Department of Palliative Care

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Medine KOÇ

February 2023 + 97 pages

This study was designed as a descriptive cross-sectional study in order to determine the attitude towards death and the anxiety status of patient relatives in the palliative care center of a research and practice hospital located in a province in the Central Black Sea Region. Since there is a limited number of studies in the literature on the thoughts of patients and their relatives about death, it is aimed that this study can set light on the subjects such as thoughts, attitudes and anxiety status of patient relatives towards death. In this sense, 158 patient relatives, of which 41 were male and 117 were female, followed up in Tokat Gaziosmanpaşa University Palliative Care Practice and Research Center participated in the study between May 3, 2021, and February 3 2022. The study's data were collected through Personal Information Form, Death Attitudes Profile – Revised(DAP-R), and Beck Anxiety Inventory (BAI). Data collection tools were filled in face-to-face via a Google form after obtaining online consent from the relatives of the patients hospitalized in the palliative care center, who were not prevented from participating in the study due to the pandemic conditions, volunteered to participate in the study. In the analysis of the data, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 was used. For the analysis of descriptive data, number, percentage, minimum, maximum, median, mean, standard deviation, independent groups t-test and One Way Anova Analysis, Post-Hoc tests (Tukey HSD) and Tamhane's were used. In

order to examine the relationship between data, the Pearson Correlation Analysis was applied. For the significance level, $p < 0.05$ was adopted.

It was determined that the mean age of the relatives of the patients participating in the study was 46.93 ± 13.69 years. 74.1% of patient relatives are women and 25.9% are men. 86.1% of the patient relatives were the relatives of patients with cancer; 58.9% were primary caregivers; and 94.3% reported that they have been informed about the patient's situation and the possible consequences of the disease. While the percentage of the patient's relatives who have reported that they did not discuss the possible death of the patient among the family members was 50.6%, 91.81% of the patient's relatives reported that the patient should not be informed about when they will possibly die. The mean scores of the patients' relatives on DAP-R were 117.21 ± 18.97 , and the mean BAI scores were 8.44 ± 6.57 . When the attitudes of the patient's relatives towards death were evaluated through DAP-R, the DAP-R score means of the patients who have been informed about the condition and the prognosis of the patient were significantly lower than the others. A statistically significant relationship has been found between the total and sub-dimension mean scores of the relatives of the patients in DAP-R and the mean BAI scores ($p < 0.05$). It was found that as the mean scores of Escape Acceptance, Fear of Death, and Avoidance of Death, which are the total and sub-dimensions of DAP-R, increase, the mean BAI scores of the relatives of the patients also increase. It has been found that the patient relatives who participated in our study adopt rather an accepting attitude and show low levels of anxiety towards death.

It is suggested that the health professionals working in the palliative care facilities talk to patient relatives about death, inform them and take action for the relatives of patients who have negative attitudes and anxiety towards death.

Keywords: Anxiety, Relatives, Loss, Palliative Care, Death, Attitude Towards Death,

İçindekiler	
ETİK SÖZLEŞME	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Palyatif Bakım	4
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı	4
2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı	5
2.1.3. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar	5
2.1.4. Palyatif Bakımın Tarihçesi	6
2.1.4.1. Dünya’da Palyatif Bakım	6
2.1.4.2. Türkiye’de Palyatif Bakım	7
2.2. Palyatif Bakım Hasta Yakını Olmak	10
2.2.1. Palyatif Bakımda Terminal Dönem Hasta Yakınları ile İletişim	12
2.3. Ölüm	13
2.3.1. Ölüm Olgusu	13
2.3.2. Ölüme Karşı Tutum	14
2.3.3. Ölüm Kaygısı	19
2.3.4. Hasta Yakınlarının Ölüme Verdiği Tepkiler	22
2.3.5. Sağlık Personeli ve Ölüm Sürecindeki Hastanın Yakınına Yaklaşım	22
2.4. Anksiyete	23
2.4.1. Anksiyetenin Etiyolojik Faktörleri	25
2.4.2. Anksiyete Belirtileri	26
2.4.3. Sağlık Personeli ve Anksiyetesi Olan Bireye Yaklaşım	27
2.5. Ölüm Kaygısı ve Anksiyete	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29

3.4. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	30
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	30
3.5. Araştırma Soruları	30
3.6 Veri Toplama Araçları	30
3.6.1 Kişisel Bilgi Formu	31
3.6.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)	31
3.6.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	32
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.9.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKÇA	63
EKLER	75
ÖZGEÇMİŞ	85

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri	36
Tablo 2. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özellikleri	37
Tablo 3. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamaları	38
Tablo 4. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerinin Frekans Dağılımı	38
Tablo 5. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 6. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 8. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 9. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özelliklerine Göre Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	46
Tablo 10. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları ile Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi.....	47

KISALTMALAR LİSTESİ

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

DAP-R: Death Attitude Profile-Revised

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAST: Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease

ÖKTÖ: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

WHO: World Health Organization

WPCA: Worldwide Palliative Care Alliance

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm, insanoğlunun tüm yaşamı etkileyen, bir yandan kişiye özgü iken diğer taraftan oldukça evrensel bir kavramdır (Batmaz, 2009). Ölümün anlamı ve bireylerin ölüme karşı gösterdiği tepkiler insan doğası gereği ortak bir yönü olsa da genellikle birbirinden farklı ifade şekilleriyle ortaya çıkmaktadır (Altaş, 2020). Ölüm ve ölüme karşısındaki tutumlar; bireyin yaş ve bireysel değerlerinden, toplum içindeki bireylerin ölüme olgusuna yüklediği anlamlardan, kültürden, değer ve inanç sisteminden etkilenmektedir (Loke ve ark., 2003; Miyashita ve ark., 2015). Hayatının herhangi bir döneminde çeşitli kayıplar yaşayan kişinin ölüm algısı zamanla gelişir ve değişebilir (Batmaz, 2009). Bu sebeple ölüme karşı tutum ve tepkiler bireysel ve toplumsal açıdan değişiklik göstermektedir (Işıl & Karara, 2009).

Literatürde hasta ve hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşüncelerine yönelik çalışmalar oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Özyalçın (2019)'ın Ankara'da bir üniversite hastanesinde yatmakta olan 100 kanser hastası, 100 hasta yakını ile 100 hemşirenin ölüme ilişkin görüşleri çalışmasında; iyi ölüm hem hasta hem de hasta yakınları tarafından “acı çekmeden yaşamak” olarak tanımlanmış, ayrıca çalışmaya katılan hastaların iyi ölüm ölçeği ve ölüme ilişkin tutum ölçeği puanlarının hasta yakını ve hemşirelerden yüksek olduğunu bulmuştur.

Ölüm süreci hem hasta hem de hasta yakınları için bir kriz halidir. Ciddi bir hastalık durumunda bu süreç içerisindeki tüm bireyler etkilenmekte, hayatlarında bir takım değişiklikler, aile içi rol değişimleri yaşanabilmektedir. İçinden geçilen zorlu süreçte geçmişte yaşanmış belki gündelik yaşamın yoğunluğundan hasıraltı edilip bastırılmış konular su yüzüne çıkarak sorunlar yaşanabilmektedir. Daha önce dile getirilmemiş duygular, pişmanlıklar, “keşke”ler, sonlandırılmamış yarım kalan işler, geleceğe dair planlar ve kayıplar birden gündeme gelebilir. Tüm bu kriz hali içinde sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakını ile kurduğu iletişim oldukça önemlidir (Loke ve ark., 2003; Özçelik & Fadıloğlu, 2012).

Günler belki de daha kısa süre içinde ölecek olan bireylere müdahale sırasında palyatif bakım ekibinin bir takım sorumlulukları vardır. Bu sorumluluklar; ölümün erken

belirtilerini tanılama, hasta bakımını sağlayan hasta yakınlarının ihtiyaçlarını belirleme, ölüm sonrası hazırlıklar konusunda hasta yakınlarına yardımcı olmak şeklindedir. Yakınları, hastanın son 48 saatinin nasıl geçeceği ve sürecin genel tahmin edilebilen semptomlar hakkında bilgilendirilmeli, onlarla olabildiğince sağlıklı bir iletişim kurulmaya çalışılmalı, hastanın olası ölümü ile ilgili yakınları hazırlanmalıdır (Kearney & Richardson, 2006).

Hasta ölüme yaklaştığında, hasta yakınlarının sevdikleri kişiye veda etmeleri gerekmektedir. Ancak bu durum gerek hasta gerekse hasta yakını için oldukça zorludur. Bu süreç içinde hasta ve hasta yakınının duygularını çeşitli yollarla ifade etmesi normaldir. Palyatif bakım çalışanları bu bilinçle hasta ve hasta yakınlarına duygularını yaşayabilecekleri gerekli mahremiyeti oluşturmaları oldukça önemlidir (Kehl & Kowalkowski, 2013; Matzo & Sherman, 2010).

Son dönem hasta bakım hizmeti, palyatif bakım kapsamında yer almaktadır ve oldukça gerekli aynı zamanda hümanistik bir sağlık hizmetidir. Bu hizmetin sunumu sırasında palyatif bakım çalışanlarının hasta ve yakınına karşı hümanistik ve duyarlı bir iletişim sürdürmesi, palyatif bakım süreci içinde yasal ve etik konularda bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olması önemlidir. Yaşamın son saatlerini yaşayan hastaların girdikleri bu dönüşü olmayan süreç hakkında yakınlarına bilgi verilmeli, hastaların sevdikleri kişiler ile beraber olmaları sağlanmalıdır (Fadıloğlu & Hançerlioğlu, 2017).

Palyatif bakım hizmeti alan hasta yakınlarının yaşamı çok yönlü etkilenmektedir. Palyatif bakım hizmeti hastalığın her aşamasında özellikle ölümü yaklaşan hastaların yakınları için büyük önem taşımaktadır. Bu noktada hasta kadar hasta yakınlarının da fiziksel ve ruhsal durumunun birlikte ele alınması, erken yardım ve desteğin sağlanması bireyin tedaviye uyumuna katkı sağlamaktadır. Hastalık süreci içinde hasta yakınları gerginlik ve kaygı belirtileri göstermektedir. Hasta gerek psikolojik ve fiziksel acılar gerekse çaresizlik duygularıyla yüzleşirken sevdikleri insanların bu acı sürecine tanık olan hasta yakınları için de süreç hiç kolay değildir. Hasta yakınları hastalık süreci içinde rol değişiklikleri, aile içi gelirin azalması, tedavi sebebiyle ortaya çıkan finansal zorluklar ve bunların çözümüne yönelik çabalarla baş etmeye çalışır. Hastalık süreci içinde aile içinden bir birey hastanın sorumluluklarını üstlenmek durumunda kalabilir. Tüm bunların sonucunda hasta yakınları kaygı geliştirebilirler. Literatürde hasta yakınlarıyla yapılan

Çalışmalarda onların anksiyete durumlarına yönelik bilgiler edinilmiştir (Griffiths ve ark., 2010). Hastanın bakımından öncelikli sorumluluğu olan bireylerin depresyon ve anksiyete durumu ve bunları nelerin etkilediğini inceleyen geriye dönük değerlendirmeli bir çalışmada, hasta bakımı sağlayan bireylerin %31.9’unda yüksek anksiyete değerlendirilmiştir (Götze ve ark., 2018). Ullrich ve arkadaşlarının (2017), hastaya bakım veren yakınlarının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada %43’ünde orta şiddette anksiyete tespit etmişlerdir.

Hasta yakınlarının bilinmezlik ve belirsizlik içeren hastalık süreci içinde palyatif bakım çalışanlarından ilgili ve etkili bir rehberlik hizmeti almaları hastalık sürecini kolay yönetebilmeleri için oldukça önemlidir (Robertson ve ark., 2022). Bu noktada görev palyatif bakım çalışanına düşmektedir. Hasta yakınlarında tükenmişlik, depresyon, anksiyete gibi psikolojik sıkıntılar gözleendiğinde gerekli girişimlerde bulunmak palyatif bakım ekibinin görevidir. Hasta yakınlarının bakım sürecindeki rollerini iyi anlamaları önemlidir. Hasta yakınının sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmesi yönünde cesaretlendirilmeli, kişiler kendilerinde bazı uyarı belirtileri fark ettiklerinde uzman yardımı almaları gerekliliği konusunda eğitilmelidir (Fadıloğlu & Ateş, 2017).

Literatürde hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşünce ve anksiyetelerine yönelik çalışmalara sınırlı sayıda rastlanmaktadır. Bu durum dikkate alındığında palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşünceleri, tutumları ve anksiyete durumları gibi konularda çalışmalara ihtiyaç olduğu görölmektedir. Bu çalışmada palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme karşı tutumları ve anksiyete durumunu belirlemek amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

“Palliative” kelime olarak İngilizcede hafifleten, yatıştıran, geçici çare anlamına gelmektedir (Greydanus & Merrick, 2014). Palyatif sözcüğü, Türk Dil Kurumu tarafından “geçici, geçiştirici, kısa ve belli bir süre için olan, tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren (ilaç vb.)” olarak tanımlanmış; yine TDK’nın Bilim ve Sanat Terimleri sözlüğünde ise “hastalık belirtilerini hafifletme amacıyla uygulanan, hafifletici, azaltıcı, rahatlatıcı” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Palyatif bakım ise genel tedavi edici yaklaşımların etkisiz kaldığı ölümcül hastalık sürecinde hasta ve hasta yakınlarına sağlanan destekleyici bakım olarak tanımlanmaktadır (Özçelik ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2002 yılında, palyatif bakım "yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların (yetişkinler ve çocuklar) ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım" olarak tanımlamıştır (WHO, 2020). Palyatif bakım hasta ve hasta yakınlarının ağrı ve fiziksel, psikososyal, ruhsal boyuttaki sorunlarını erken dönemde tanılayarak tedavi yolları geliştirilen bir yaklaşımdır (Madenoglu Kıvanç, 2017). DSÖ tarafından 2014 yılında “palyatif bakımın tüm doktorların sorumluluğu” olduğu görüşü eklenerek aynı zamanda hasta yakınlarının hastanın palyatif bakım süreci ve hastanın kaybı sonrası yas döneminde psikolojik, sosyal, manevi desteği de palyatif bakım tanımına dahil etmiştir (Kabalak, 2014; Madenoglu Kıvanç, 2017; WHO, 2014).

Palyatif bakım, hasta ve hasta yakınına kapsayarak, onları, hastalığı ve hastalığın seyrinin başlamasından yas evresine kadar olan süreçte ele alan bir hizmet sunmaktadır (Gültekin ve ark., 2010). Palyatif bakımın amacı hastalık süreci içinde gerek hastanın gerekse hasta yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmektir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalık ve hastalığın yarattığı sorunlarla baş etmeye çalışan hasta ve hasta yakınlarına odaklanarak onların ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlar (Breitbart & Alıcı,

2014). Palyatif bakım hastalığın teşhis edildiği anda başlamaktadır. Bu kapsamda hastanın ve yakınının fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olur. Tüm bunların yanında hasta yakınlarının yas sürecini de içerecek şekilde ölümden sonrayı da kapsayacak şekilde hizmet sunmaya devam eder (Breitbart & Alıcı, 2014; Uslu & Terzioğlu, 2015).

Palyatif bakım önceliği hastanın yaşam süresi değildir, hastanın yaşadığı anların kalitesidir. Palyatif bakım hümanistik bir yaklaşım benimseyerek bireyi hastalığın ötesinde görmektedir. Bu noktada da diğer hastalıkların tedavileriyle farklılık göstermektedir. Diğer hastalıklarda öncelikli olarak hastalığın saptanması ve hastalığın etkenini ortadan kaldırmasıdır. Palyatif bakımda ise öncelikli amaç, hastayı rahatsız eden sıkıntıları tespit ederek bunları ortadan kaldırmaya çalışmaktır (Dinçol ve ark., 1993).

2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı

Hastalık süreci içinde hastaların ve yakınlarının yaşadığı psikososyal sorunlar sebebiyle yaşam kaliteleri de negatif yönde etkilenmektedir. Bu noktada multidisipliner bir çalışma tarzı benimseyen palyatif bakımın amacı; hasta ve hasta yakınlarının hastalığa bağlı yaşadıkları sorunlara müdahalelerinde onların toplumsal ve kültürel inanç ve değerlerine uygun şekilde palyatif bakım süreci içinde destek sağlamak ayrıca bu desteğe hasta yakını için hastanın kaybı sonrasında da devam etmektir (Aslan, 2020; Zadeh ve ark., 2018).

Bakım sürecini planlayıp yaşamının son dönemini de kapsayan hastalar için sürecin normal ilerlemesini sağlamayı hedefleyen palyatif bakım ekibi hasta ve yakınının insan onuruna yaraşır şekilde tamamlanmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Palyatif bakım ekibi, bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının duygusal ve ruhsal sıkıntılarını azaltarak hastalıktan kaynaklanan sorunları minimize ederek bakım sürecinin olabildiğince sağlıklı şekilde ilerlemesini sağlarlar (WebMD, 2019).

2.1.3. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Palyatif bakım, geçmişte terminal dönemdeki özellikle kanser hastaları için yapılacak herhangi bir tedavinin kalmadığı durumlarda gündeme gelen bir yaklaşımdır.

Günümüze gelindiğinde ise palyatif bakım yaklaşımı değişime uğrayarak; hayatı tehdit eden hastalıklarda tanıdan itibaren, tedavi edici yaklaşımlara ek olarak sunulan bir bakım halini almıştır (Borasio, 2011).

Palyatif bakım üniteleri, başta kanser hastalıkları olmak üzere, kardiyovasküler hastalıklar, alzheimer ve diğer demans hastalıkları, HIV/AIDS, siroz hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, , böbrek yetmezliği, çoklu skleroz, diabetes mellitus, parkinson hastalığı, romatoid artrit ve ilaca dirençli tüberküloz hastalıklarına yönelik hizmet sunmaktadır (Connor, 2020).

2.1.4. Palyatif Bakımın Tarihçesi

2.1.4.1. Dünya’da Palyatif Bakım

Palyatif bakım tüm Dünya’da yeni bir alandır. Dünya’da ilk palyatif bakım 1842 yılında Fransa’da hizmete girmiştir. Palyatif bakımın farklı türü olan ilk hospis İngiltere’de hemşire Cicely Saunders tarafından 1967’de hizmet vermeye başlamıştır (Turgay, 2010). İlk palyatif bakım servisi ise 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesinde Dr. Baulfor Mount tarafından kurulmuştur. Tedaviden çok bakım hizmetinin verildiği palyatif bakımda hasta ve hasta ailesindeki anksiyetenin azaldığı, memnuniyetin arttığı ve bakım maliyetini düştüğü araştırmalarla saptanmıştır (Madenoglu Kıvanç, 2017).

Dünya’da her yıl yaklaşık 40 milyon insan palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu hastalar arasından palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin ortalama %14’ü palyatif bakım hizmeti alabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2019 yılında 194 ülkeyi dahil ederek yaptığı çalışmada, palyatif bakım için mevcut bir ekonomik desteğin olduğu ülke oranı %68, palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyan hastaların en az %50’sine ulaşabilen ülke oranı sadece %40 olarak saptanmıştır (WHO, 2020).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA), tüm dünyadaki hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alan bir örgüttür. WPCA ve DSÖ 2014 yılında 234 ülkeyi dahil ettikleri bir rapor hazırlamışlardır. Bu rapora göre ülkeler palyatif bakım gelişimine göre kendi içlerinde 4 grup olarak sınıflara ayrılmıştır. Grup 1’de yer alan ülkelerde herhangi

bir hospis-palyatif bakım hizmeti bulunmazken; Grup 2’de yer alan ülkelerde palyatif bakım servisleri oluşturmak için organizasyon, konferans, personel eğitimi, politik lobi faaliyetleri gibi çalışmalar yer almaktadır. 3. Grup’da ülke genelinde yapılanmış bir palyatif bakım modellemesi henüz yokken sadece lokaliz şekilde bir palyatif bakım organizasyonu vardır. 4. Gruptaki ülkelerde sağlık sistemine entegre olmuş şekilde palyatif bakım servisleri bulunmaktadır. Ülke olarak palyatif bakım politikaları olan bu ülkelerin ayrıca ulusal palyatif bakım dernekleri de vardır (WHO, 2014). Türkiye yapılan bu sınıflamada 3. Grup ülkeler sınıfında yer almaktadır.

2.1.4.2. Türkiye’de Palyatif Bakım

WPCA ve DSÖ’nün 2014 yılında yaptıkları sınıflandırmanın yer aldığı raporun yayınlandığı tarihten günümüze değin ülkemizde palyatif bakım hizmetinde gelişmeler olmakla birlikte hala istenen seviyelere gelinmemiştir.

Palyatif bakımın ülkemizdeki tarihsel gelişim süreci değerlendirildiğinde oldukça geçmişe dayanmaktadır. IX. yüzyılda Mısır’da Tolunoğulları hükümdarlarından Ahmed Bin Tolun bimarhane adında hasta ve yaşlılara hizmet sunan kurumlar yaptırmıştır. Bu bimarhanelerde, hizmet sunulan kişilere günümüz şartlarına benzer hizmetler verildiği, hastalara hastane elbiseleri verildiği, merkezde görev yapan hekimlerin hastaları ziyaret ettiği, hastaların ilaçları ve yiyeceklerinin hastane tarafından karşılandığı ve hasta bakım hizmetlerinin sunulduğu bildirilmiştir (Hatunoğlu, 2014).

Selçuklu Devletinde, şifahane, darüşşifa, bimaristan, maristan, darülafiye, darüssihha, darüttıp, darülmerza, şifahaye, bimarhane ve tımarhane gibi sağlık merkezleri aynı zamanda sosyal yardım kuruluşu görevi üstlenmekteydi. Bu kuruluşlarda barınma, beslenme ve eğitim hizmetleri de verilmekteydi (Kadioğlu & Kadioğlu, 2011).

Türkiye’deki ilk tıp fakültesi aynı zamanda Anadolu Selçuklularının “ilk” sağlık kuruluşu olan Gevher Nesibe şifahanesi ise Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından, darüşşifa ve tıp medresesini içerecek şekilde 1206’da inşa edilmiştir (Çelik, 2017).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise; Bursa’da kurulan Yıldırım, Edirne’de II. Beyazıt, İstanbul’da kurulan Fatih, Haseki Hürrem Sultan, Süleymaniye ve Nurbanu

Valide Sultan, Sultan I. Ahmet ve Manisa’da kurulan Sultan III. Murat darüşşifaları Osmanlı döneminde kurulan darüşşifalardan en önemlileridir (Cantay, 1992).

Haseki (1550) ve Atik Valide (1582) darüşşifalarında hizmet veren hekimlerin hastalarla ilişkide “nazik, güler yüzlü, şefkatli, merhametli ve koruyucu” olması gibi koşullar belirtilmiştir. Ayrıca Edirne’deki Süleymaniye (1553-59) ve II. Bayezid (1484-88) darüşşifalarında akıl hastaları ve onların koşullarından bahsedilmiş, bu hastaların gözetilmesi özellikle istenmiş, bu hastalara sebatla ve insan onuruna en yaraşır şekilde hizmet verilmesi üzerinde durulmuştur (Güleç ve ark., 2019).

Sultan II. Abdülhamid tarafından 1895 yılında açılmış olan darülaceze kurumu günümüzde hala aynı işlevini sürdürebilmekte olan bir kurumdur. Darülaceze kurumunda kimsesiz, yaşlı ve hastaların bakım ve tedavileri en titiz şekilde yapılmaya çalışılmaktadır. Kurum, kurulduğu günden itibaren 30.000’i çocuk olmak üzere toplam 72.000 kişiye hizmet vermiştir. 125 yıldır Darülacezekurumu, bugüne kadar tüm ihtiyaçları ve kurum giderlerini hayırseverlerin bağışları ile karşılayarak ve devlete bağlı olmasına karşın varlığını devlete herhangi bir yükü olmadan sürdürmüştür (Darülaceze, 2021).

Cumhuriyet döneminde “Kanser Bakımevi” adında hizmet veren palyatif bakım hizmeti ve hospise benzer ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından 1993-1997 yıllarında hizmete sunulmuştur. Ancak kuruluş sosyal güvenlik sistemlerinden ödeme alamaması, yeterli bağış toplanmaması, palyatif bakım kavramının yeterince anlaşılmamış olması gibi nedenlerle kapanmıştır. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarihi bir Ankara evini “Hacettepe Umut Evi” adlı 12 odalı bir palyatif bakım merkezine dönüştürmüştür (Aslan, 2020).

Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde 11 oda ile erişkin hastalara hizmet vermek için açılan Palyatif Bakım Merkezi Sağlık Bakanlığı tarafından açılan ilk kapsamlı palyatif bakım merkezidir (Kabalak ve ark., 2013).

2008 yılında “Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı” tarafından çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile 3 çalıştay düzenlenmiş, düzenlenmiş olan çalıştaylar sonucunda “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” hazırlanmıştır. Palyatif Bakım Programı Eylem Planında ülkemiz koşullarına uyum

sağlayan bir palyatif bakım modeli geliştirmek için oluşturulan PALLİA-TÜRK (Palya-Türk) isimli projeye yer verilmiştir. Palya-Türk “2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının” en önemli yapı taşlarından biri olarak değerlendirilmiştir. Palya-Türk ile pilot palyatif bakım merkezleri kurulması ve bu kurulan merkezlerde hizmet sunacak eğitimli palyatif bakım ekiplerinin oluşturulması; ayrıca opioide ulaşımın kolaylaştırılması amaçlanmıştır (Özgül ve ark., 2012). Palya-Türk ile birlikte Palyatif bakım bir medikal alan haline gelmiştir. 2014 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından palyatif bakım hizmetleri için yönerge oluşturularak merkezlerin ve merkezdeki personellerin standartları belirlenmiş, sosyal güvenlik kapsamına alınmış ve merkez sayıları artırılmıştır. 10 yıl içinde Palya-Türk hedeflerinin çoğuna ulaşılarak palyatif bakım eğitimi ve bakım standart hale getirilmiş, opioidlere ulaşımın kolaylaştırılması, palyatif bakımın ekibinin organizasyonu, hasta ve çalışan haklarına düzenlenme getirilmesi, yataklı sağlık tesisleri dışında bakım yerlerinin oluşturulması, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi konuları için çalışmalar sürdürülmüştür (Uyar & Köken, 2020).

Ülkemizde çocuk palyatif bakım hastalarına hizmet için 2015 yılında Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi bünyesinde ilk “Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi” kurulmuştur. Merkez çocuk hastaların ve ailelerinin birlikte kalabilecekleri şekilde dizayn edilmiştir. Avrupa standartlarındaki ilk Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi, 2018 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesinde İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hizmete sunulmuştur (Harputluoğlu & Çelik, 2020).

Yapılan çalışmalar sonunda ülkemizde palyatif bakım üniteleri hizmet sunmaya başlamıştır. Bu merkezlerde medikal onkolog, cerrahi onkolog, aile hekimi, radyasyon onkoloğu, hemşire, psikolog, sosyal hizmet çalışanı, fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist, din adamı gibi çok farklı disiplinlerin bir arada çalıştığı multidisipliner ekip anlayışı ile çalışılmakta, hastalara gerektiğinde diğer branşlardan konsültasyon desteği de alınmakta, hasta ve hasta yakınlarına destek hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca hastaya bakım verenlere gerek teorik gerekse pratik bakım eğitimi verilmekte, taburculuk sonrasında da evde bakım ekibi tarafından hastanın takibine evde devam edilmektedir (Kaya, 2015).

2.2. PALYATİF BAKIM HASTA YAKINI OLMAK

DSÖ tanımına göre palyatif bakım, hayatı tehdit eden bir hastalık sonrası hastalığa bağlı gelişen sorunlarla karşı karşıya kalan hasta ve hasta yakınlarının problemlerinin erkenden tespit edilerek yaşam kalitelerini artırmayı öncelikle amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda “hasta ve yakınının fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yöndeki gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmelerinin önüne geçilmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaları kullanmaktadır” (Özçelik, 2017). Palyatif bakım hizmetlerinin felsefesine göre palyatif bakım hasta ve hasta yakınları için hastalık tanısının alınmasıyla başlar (WHO, 2014).

Palyatif bakım, hasta yakınları ve sağlık personellerinin olduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilir. Hasta bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarına bu süreçte büyük yük düşmektedir. Hasta yakınları bu süreçte psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak bazı sorunlar yaşayabilmektedir. Bu süreçte palyatif bakım hasta yakınlarının desteklenmesi ve destek kaynakları hakkında bilgilendirilmesi çok önemlidir (Demir, 2016).

2.2.1. Palyatif Bakımın Hasta Yakını Üzerindeki Etkileri

Hayatı kesintiye uğratan ve bireyin hayatını tehdit eden hastalıklar gerek hastalar gerekse hasta yakınları açısından fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok sonuç doğurmaktadır (Kangalgil Balta & Bekiroğlu, 2021). Palyatif bakımdaki hasta yakınları hastalarının hastalık süreciyle birlikte; “sosyal çevre ve yaşantı kaybı, sosyal rol kaybı, aileye ayrılan vaktin azalması/ailenin ihmal edilmesi, kendine vakit ayıramama, yeni bir çevre kazanma, genel hayat düzeninin değişmesi, eğitimden kopma” gibi sosyal ve ekonomik sıkıntılarla karşı karşıya gelirler (Eğici ve ark., 2019). Hastalık sürecinde hasta yakınlarının olağan günlük yaşam düzenleri bozulur, mesleki ve sosyal yaşamları ile ilgili sıkıntılar yaşamasının yanında “geleceğe dönük karamsarlık, korku, hayata karşı isteksizlik, kayıp sonrası olacak yasın erken başlaması, hastası için üzülmeye, umutsuzluk, çaresizlik” gibi duygular yaşamaktadırlar. Tüm bunlar dolayısıyla bakım veren hasta yakınlarında depresyon oluşmaktadır. Bunların yanı sıra hasta yakınlarında hastalarını kaybetmelerine bağlı olarak “öfke, şok, halüsinasyon gibi yaşantılar, dikkat dağınıklığı, yalnızlık, suçluluk” gibi yas tepkileri de görülmektedir (Terakye, 2011).

Hastalık süreci hasta yakınlarını psikolojik olarak da etkilemektedir. Bu süreç içinde hasta yakınları hastaya bakma zorunluluğu/minnet duygusu gibi çeşitli ambivalans duygularla baş etmek durumunda kalırlar (Eğici ve ark., 2019). Bunların yanında palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınları depresyon, kaygı, öfke, umutsuzluk gibi sıkıntılar ve psikolojik rahatsızlıklar da yaşayabilmektedirler (Ghane ve ark., 2016). Bakım süreci için hasta yakınlarında, hastalıkla birlikte ortaya çıkan davranışsal ve psikolojik semptomlarla birlikte bilişsel kayıpları artırmakta, işlevselliklerini azaltarak bakım verenlerdeki tükenmişliği arttırmaktadır (Altın, 2006).

İleri evre kanser hastalarına bakım veren yakınları ile yapılmış bir çalışmada; bakım veren hasta yakınlarının depresif sorunlar ve uyku problemleri yaşadığı saptanmıştır. Hastaya bakım verenlerin yaşadığı bu gibi problemler yüzünden hastaya bakım verme sorumluluklarını yerine getirmekte zorluklar yaşadıkları değerlendirilmiştir (Sarı ve ark., 2010). Northouse ve arkadaşları (2012), çalışmalarında kanser hastalarına bakım veren bireylerle incelemelerde bulunmuş, bakım sürecinde bakım vericilerin stres yaşadıklarını ve bu durumun onların uyku düzeni, genel sağlık durumu ve finansal durumlarında olumsuz yönde etkiye sebep olduğu değerlendirilmiştir. Hudson ve ark., (2013) palyatif bakım hastalarının bakımıyla ilgilenen hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, kısa süreli psikoeğitim gibi müdahalelerin son dönem hastasının bakımıyla ilgilenen hasta yakınlarının daha hazır olmalarında yardımcı olduğunu ve bakım sürecinde kendilerini daha yetkin hissettiklerini belirlemişlerdir.

Kanser hastalarına bakım verme süreci içinde hasta yakınları, yalnızca psikolojik olarak değil fiziksel olarak da etkilemektedir (Erdoğan & Yavuz, 2014). Fiziksel rahatsızlıklar, bakım verenin eğer varsa kendi süregelen hastalıklarının takibini sağlayamama, bunlara ilaveten iştahın artması ya da azalması yönünde değişiklikler, yüksek tansiyon, baş ağrısı, yorgunluk, lipid düzeylerinde değişiklik, ağrı ve uyku düzensizlikleri gibi genel belirtiler görülebilmektedir (Given ve ark., 2012).

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin hastalarıyla ilgilendikleri bu süreçte sosyal hayatlarının azaldığı, günlük rutinlerinin aksadığı, çalışma saatlerinin etkilenmesine bağlı olarak iş kayıpları yaşadıkları ve bu sıkıntıların hastanın taburculuğu ile başlayıp ortalama bir sene sürdüğü belirlenmiştir (Siegel ve ark., 1991; Oberst & Scott, 1998).

2.2.1. Palyatif Bakımda Terminal Dönem Hasta Yakınları ile İletişim

Etkili bir iletişimde bireyin öncelikle kendini tanıması, kendini ifade edebilmesi ve dengeli bir içsel iletişim yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Bireyin hayatının her alanında paylaşma duygusuna ihtiyaç duyar. Duygu ve düşüncelerini, sevinç ve hüznlerini başkalarına açmak, kendine ait özel durumlarını paylaşmak ister (Koç, 2017). Hasta yakını olmak, hastayı sağlık ekibine teslim etmek, hastalık ve tedavisi ile ilgili belirsizlik duygusu içinde yaşamak, hasta yakını için baş etmesi oldukça güç bir durumdur. Hastane ve tedavi sürecinde hasta yakınları da hastalar kadar kaygı, çaresizlik ve ümitsizlik gibi duygularla baş etmeye çalışırlar (Gördeles Beşer, 2017).

Ölüm sürecindeki hasta ve yakınları ile iletişim kurmak sağlık çalışanları için sıkıntı verici bir durum olarak algılanmaktadır. Literatürde sağlık çalışanlarının ölüm süreci içinde “hasta ve yakınları ile nasıl konuşacağını bilememe, sessiz kalma, sakınma” gibi durumlar yaşayarak çoğu zaman “teknik ve yüzeysel” bir ilişki içine girdiği, daha derin ayrıntılı bir iletişim sağlamakta zorlandığı ve hasta odasındaki vizitlerin ve ziyaretlerin kısa tutulması gibi davranışlar gösterdiği görülmektedir. Bunun neticesinde de ölümle sonuçlanması oldukça muhtemel, tedavi edilemez bir hastalığı olanlar ölüm süreci içinde yalnız bırakılmış hissetmekte, sağlık çalışanları tarafından ihmal edildiğini, yok sayıldığını düşünmektedir (Loke ve ark., 2003; Özçelik & Fadıloğlu, 2012).

Terminal dönemdeki hasta yakını ile kurulan iletişim sırasında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar:

- Hasta yakınlarının olası kayıp öncesi sürece hazırlanması önemlidir.

- Hasta yakınlarının, hastanın durumunu doğru anlayıp almadığı ve hastanın durumu hakkındaki bilgileri sorgulanmalıdır. Bu konuda sağlık personeli hasta ve yakını ile iletişimde kullandığı dilin açık ve anlaşılır olmasına dikkat etmeli, hastanın bakımı ve tedavisi sırasında yapılan işlemler hakkında hasta yakınlarını bilgilendirmelidir.

- Bir bilinmezlik durumu içindeki hasta yakınlarının bu dönemde talepkar, eleştirel ve sık sorular soran tavırlar sergileyebileceğine hazırlıklı olunmalıdır.

- Hasta yakınının, bu dönemde suçluluk ve pişmanlık duyguları içinde olabileceği düşünülerek kurulan iletişim sırasında suçlayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır.

-Hasta yakını ile kurulan iletişim sırasında aceleci olunmamalı, uygun zaman ve mekanda iletişim kurulmalıdır.

-Mevcut şartlar ölçüsünde hasta ve yakınlarının iletişim sürecinde devamlılık sağlanmalı, hasta ile kurdukları iletişimde karşılaşılan güçlüklerde hasta yakınlarına destek olunmalıdır.

-Hasta yakınları bu süreçte hastayla birlikte yapabilecekleri etkinlikler konusunda bilgi verilmelidir.

-Bu belirsizlik ve hastalık sürecinde çeşitli zorluklarla baş etmeye çalışan hasta yakınlarının bu süreçte kendilerinin yaşadıkları güçlükler hakkında konuşmalarına fırsat vererek, süreçteki emek ve destekleri takdir edilmelidir (Orak, 2017).

2.3. ÖLÜM

2.3.1. Ölüm Olgusu

Ölüm, yaşamın son aşamasıdır. Doğum olayı, nasıl ki yaşamın başladığını gösteriyorsa, ölüm de yaşamın sona erdiğini gösterir. Bir ölümle yüzleşecek olmamız hayatımızın en kesin ve net olan bilgisidir. Fakat nasıl, nerede, ne zaman ve niçin öleceğimiz konusunda hiçbir kesinlik yoktur (Roper & Logan, 1990). Ölüm açıklaması zor olan bir kavramdır. Ölüm karşısında insan ona birtakım anlamlar yüklemiştir (Kübler-Ross, 1997). İnsanoğlunun ölüme yüklediği anlama göre ölümün tanımı değişmektedir. Ölüm bazısına göre bir yok oluş anlamına gelir iken, bazısına göre de ölümsüz ve sonsuz bir hayatın başlangıcıdır (Kübler-Ross, 1997; Geçtan, 1990).

Ölümün algılanması ve anlamlandırılması konusunda toplumsal ve kültürel birtakım farklılıklar varken; ölüm algısı ve ölüme bakış açılarında bireysel büyük farklılıklar olduğu da bilinmektedir. Ölüm kavramı insanların bazılarında yoğun bir duygusal sarsıntı yaşatırken bazılarında duygusal çöküntülerden kurtuluş olarak görülmektedir. Bazı insanlar ölümü mutlak yok oluş olarak değerlendirirken bazıları yeni ve sonsuz bir hayatın başlangıcı olarak görürler. Ölüme yönelik bu tarz değerlendirmelerin çeşitliliği bireyin, toplumun değer yargılarından etkilenmesi ve bireysel değer yargılarının ve muhakeme yeteneklerinin olması ile ilgilidir (Yakıt, 1993).

İnsan doğumuyla birlikte aslında ölüm sürecini de başlatmış olur. Ölüm fizyolojik olarak dolaşım, solunum ve beyin işlevlerinin mutlak ve geri dönüşümsüz bir şekilde durmasıdır (Novak ve ark., 2011). Son yıllarda tıp alanında önemli gelişmelere karşın hala bazı ölümcül hastalıklar var olmaya devam etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de 2019 yılında ölen kişi sayısının 435 bin 941 olduğu; bu ölen kişilerin ölüm nedenleri incelendiğinde %36,8’inin dolaşım sistemi hastalıkları, %18,4’ünün tümörler, %2,9’unun ise solunum sistemi hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. Kronik ölümcül hastalıkların son döneminde ölüm beklenen bir sonuçtur. Yaşamın son haftalarını, günlerini ve saatlerini kapsayan geri dönüşü olmayan ölüm sürecinde yaşam sonu bakım bireyin en temel hakkıdır (Novak ve ark., 2011).

Ölüm algısının temelindeki özellikler şu şekilde açıklanmaktadır:

1-Ölüm kişiye göre değişen bir algı olup, ölüm algısının göreceli oluşu gelişim dönemlerinde ele alınır. Ama gelişim dönemlerinden kasıt kişinin takvim yaşı değildir.

2-Gelişim dönemlerine göre bireyin ölüm algısı farklılık gösterir.

3-Ölüm algısının gelişimsel amacı, belirli değildir veyahut oluşum sürecinde olmaya devam etmektedir. En ideal ölüm algılayışı için bir takım tespitler gereklidir. Fakat bu tespitler yapılmış araştırmalar ve ya kuramlardansa, değer yargılarıdır.

4-Ölüm algısı, içinde bulunduğumuz duruma değişim göstermektedir. Bulunduğumuz herhangi bir ortamda yaşamı sona ermek üzere olan birinin olması ya da hayatımız için bir tehdit unsurunun varlığı gibi içinde bulunduğumuz durumlar hafızamızda bulunan ölüm çeşitlerinden birini seçer.

5-Ölüm algımız davranışlarımızı da etkilemektedir. Ölümü yeni ve mutlu bir hayata geçmek olarak yorumlayan bir bireyin özkıyım davranışı algısıyla tutarlılık gösterir. Bu bakış açısında olmayan başka bir birey ise ölümü, “travmatik” bir durum olarak görür (Kastenbaum & Aisenberg, 1972).

2.3.2. Ölüme Karşı Tutum

Ölümcül hastalıklar hem fizyolojik olarak hem de psikolojik olarak hasta, hasta yakını ve sağlık ekibi için zor bir durumdur (Özkan, 1999). Sevilen kişinin kaybı sonrası

yakını keder ve hüznü yaşamaya başlar. Bu hüznü süreç kayıp öncesi kişinin sağlığında ölümcül hastalığın tanısı konulmasıyla başlar. Tanıdan sonraki süreçte hasta yakınları sevdikleri insanı bir gün kaybedeceklerinin bilincindedirler (Smith & Boardman, 1995).

Toplumda dinin, kültürün, toplumun değerleri inanç ve geleneklerinin ölüm ve ölüm algısının gelişmesinde önemli rolü bulunmaktadır (Johnston & Smith, 2006). Çünkü ölüm yalnızca biyolojik bir olay değil, aynı zamanda sosyokültürel bir olaydır (Peykerli, 2003). Ölüm olgusu ve ölüme karşı gösterilen tepkiler; toplumca ölüme karşı yüklenen anlamlardan, kültürel değerlerden, yaş, inanç, ve bireysel değerlerden etkilenmektedir (Linda, 2007; Miyashita ve ark., 2015).

Bireyin ölüm karşısındaki tutumu, aynı zamanda onun duygusal yeteneklerine de bağlıdır (Kozier ve ark., 2004; Tatar, 1988). Ölüm gerek hasta gerek hasta yakınları için bir kriz durumudur. Ölüm karşısında umudu sürdürmek hem hasta hem de yakınları için önemlidir (Kylma ve ark., 2009). Ciddi bir hastalık durumunda, süreç içerisindeki insanların hayatlarında bir takım farklılıklara neden olmakta, ilişkiler içinde rol değişimleri yaşanabilmektedir. Gündelik yaşamın koşturmacasında zamanla hasır altı edilmiş bastırılmış konular su yüzüne çıkmaya başlayabilir. Daha önce dile gelmemiş duygular, sonlanmamış işler, pişmanlıklar, geleceğe dair planlar, “keşkeler ve kayıplar” birden görünür hale gelebilir. Tüm bunları kapsayan duygular daha önce dile getirilmemiş biçimlerde ifade edilmeye başlanabilir. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakınları ile ölüm süreci içinde kurdukları iletişim son derece hassas olmalıdır (Loke ve ark., 2003; Özçelik & Fadıloğlu, 2012).

Sevdiklerini kaybetmekten dolayı ruhsal sıkıntılar yaşayabilecekleri için hasta yakınlarını hastanın ölümüne hazırlamak oldukça önemlidir (Shirado ve ark., 2013). Hasta ve yakınlarını ölüme hazırlarken sağlık çalışanları kendi kaygı, korku, suçluluk ve kayıp gibi duygularının farkında olmalıdır. Hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu kültürel ve sosyal yapısı, dini inanışları gibi özellikler ölüm sürecinde iletişimde oldukça önemlidir. Hasta ve yakınlarını ölüme hazırlık sürecinde, kontrol duygusu ve onuru desteklemeli, hastaların acı çekme korkusu azaltılmalı ve son zamanlarını iyi bir yaşam kalitesi içinde geçirmelerini sağlamak için onlara destek sağlanmalıdır (Schmidlin & Oliver, 2015).

Günler belki daha kısa süre içerisinde ölecek olan hastaya karşı palyatif bakım çalışanlarının sorumlulukları; ölümün erken işaretlerini tanımlama, hastaya bakım veren hasta yakınlarının ihtiyaçlarını değerlendirme, ölüm sonrası hazırlıklar konusunda hasta yakınına yardımcı olmaktır. Hasta yakını; hastanın son 48 saatinin nasıl geçeceği ve genel tahmin edilebilen semptomlar hakkında bilgilendirilmeli, etkili, insancıl ve sağlıklı iletişim vasıtasıyla hastanın ölümü hakkında hazırlanmalıdır (Kearney & Richardson, 2006).

İyi ölüm; hastalar ve yakınları için kendilerine yarar sağlamayan stresten kaçınmalarını, acı çekmemelerini, süreç içindeki isteklerinin sağlık personellerince dikkate alınmasını, klinik- kültürel-etik standartlara uygun yaklaşımları içermektedir (Goldsteen ve ark., 2006). Kimi insanlar için iyi ölüm sevdiği insanlarla zaman geçirebilmek, onlarla vedalaşma fırsatı bulabilmek, yeterli ve insan onuruna yakışır bakım almakken, kimi insanlara göre ise herhangi birine bağımlı olmadan, ağrı, acı ve herhangi bir mental sıkıntı yaşamadan ve travmatik tedavi ya da müdahaleye maruz kalmadan ölmek olarak tanımlanmaktadır (Linda, 2007).

Goldsteen ve arkadaşları (2006) kaliteli ve huzurlu bir ölümün göstergelerini; fiziksel ve emosyonel semptomların giderilmesi, yaşam kalitesini sürdürebilme, fonksiyonel durumun korunması, manevi yönden tatmin ve yaşamdan anlam bulma, kayıp ve yas süreci desteği, sunulan bakımın kalitesi ve memnuniyetinin yüksek olması, bakım verenlerin sağlıklarının desteklenmesi olarak belirtmişlerdir.

Ölüm sürecindeki hasta, palyatif bakımda etik olarak; ciddi derecede hasta olduğunu ve ölme ihtimalinin bulunduğunu bilme hakkına, ölüm gerçekleşene kadar tedavi ve bakım görme hakkına, birey olarak barış içinde, saygın şekilde ve çevresinde sevdikleriyle beraber umutlu bir ortamda ölme hakkına, gizlilik hakkına, kendi bakım süreci hakkındaki kararlara katılma hakkına, sorularına doğru ve açık yanıtlar alma hakkına, yalnız ölmeme hakkına, insan onuruna yakışır şekilde ve huzurla ölme hakkına, kendisi hakkında bilgili ve ilgili insanlardan bakım alma hakkına, ağrı ve acı gibi rahatsız edici sıkıntıları yaşamadan ölme hakkına, aldatılmama ve yalan söylenmeme hakkına, öldükten sonra bedenine saygı gösterilmesini bekleme hakkına sahiptir (Oğuz ve ark., 2003).

Hasta ölüme tamamen hazır olduğunda, hasta yakınlarının sevdikleri kişiye karşı olan son görevleri ona veda etmektir. Bireyin elinin tutulması ya da dokunulması ve söylenmek istenen son veda sözlerinin söylenmesi önem taşımaktadır. Seni seviyorum, her şey için çok üzgünüm, seni affediyorum, beni affet gibi sözler veda anında önemlidir. Bu aşamada gözyaşı dökülmesi ve üzüntünün çeşitli yollarla ifade edilmesi normaldir. Sağlık bakım ekibinin bu durumun bilincinde olup hasta yakınlarına üzüntülerini yaşayabilecekleri gerekli mahremiyeti sağlamaları gerekmektedir (Kehl & Kowalkowski, 2013; Matzo & Sherman, 2010).

2.3.2.1. Ölümü Kabullenmeme

Ölüm, mücadele edilmesi gereken, rahatsız edici bir olay olarak algılanmaktadır. Bu sebeple de insanlar ölüm gözden uzak yerlere, uca mezarlıklara, hastane odalarına, filmlere hapsedilerek ölümün insana verdiği duygusal yükten kaçılmaya çalışmıştır. Böyle olunca da yas tutmak rahatsız edici bir durum olarak görülmüştür (Aries, 1991; Roman ve ark., 2001). İnsan, “bastırma” ve “maskeleme” yoluyla ölümü inkar eder. Kişinin ölüm algısını bilinçten çıkarıp etkisiz hale getirmesi “bastırma”, kişinin ölümü düşünmemek, hatırlamamak için kendisini uğraşlara verip yaşamı yoğun yaşaması ise “maskeleme” olarak tanımlanabilir (Hökelekli, 2008).

2.3.2.2. Ölüme Meydan Okuma

“Ölümsüz olma arzusu” her insanda vardır. Ölümsüzlük düşüncesi ile kişi, bir taraftan ölümsüz olmayı ister, diğer taraftan ölümle uzlaşmaya çalışır (Hölekli, 2008). Yaşama ve ölüm içgüdüleri arasındaki tutarsız bir denge bulunmaktadır. Tehlikeli durumlara atılma, ölüme meydan okuma durumlarında kısa aralarla bu iki içgüdüden birinin diğerine baskın gelmesi şeklinde yorumlanır. Bireyin tehlikelerden zevk almasının temelinde ölüm korkusunu hissettiği kadar kendinde yaşama arzusunun gücünü duyması yatar. Ölümün böylesine yanından geçmek, insana yaşama temposunu daha hızlı hissettirir (Arkun, 1978).

2.3.2.3. Ölümü İsteme

Kişinin bilinçli ya da bilinç dışı şekilde ölümü istemesi çağdaş toplumda tahmin edilenden daha yaygındır. Freud, bireyin bu tutumu hakkında, “ölüm içgüdüleri” ifadesini kullanmıştır. Ona göre birey, hayata olduğu kadar, hayatın belki tek gerçekliği olan cansız maddeye de bir dönüş arzusu içindedir (Freud, 1995). Ölüm isteğini farklı psikolojik durumlar oluşturabilmektedir. Nevrotik düşünen biri ölümü itibar kazanma yolu olarak görürken, mistik düşüncede ise kişi, Tanrı’ya kavuşmanın bir yolu olarak değerlendirir (Hökelekli, 2008).

Jung’a göre biyolojik temele bağlı bir ölüm içgüdüğü yoktur. Ona göre manevi hayata işaret eden basit bir başka “içgüdü” vardır. Ölüm isteği ve özlemi, her daim insanın bilinçaltında varlığını kuvvetle hissettirmektedir. Ölüm “ana rahmindeki rahat hayata dönüşün” bir ifadesidir. Jung’a göre ölüm isteği, bir "gerileme" (regression)’dır. Hayat mücadelesi içinde insanın “düşmanı” kendi içindedir. Hayatın içinde birey, devamlı pusuda bekleyen yitip-gitme ihtimali ile sürekli bir mücadele halindedir. İnsan, hareketsizliği, tamamlanmayı ve rahatı aramaktadır. Bu sebeple sakinliğe, sessizliğe ve rahatlığa eğilimi vardır. Bunun sebebi de ölüme duyduğu özlemdir. Bu noktada dinlerin insan psikolojisine önemli yardımları bulunmaktadır (Jung, 1953).

2.3.2.4. Ölümü Kabullenme

Yaşadığı hayatı iyi değerlendirebildiğini düşünen bireylerin ölümü kabullenme tutumu sergiledikleri görülmektedir. Diğer yandan bireylerin dinî bakış açısının da ölüme yaklaşımlarında önemli bir etken olduğu, sükûnet ve boyun eğme gibi kabul tutumların dini bakış açısından etkilenebileceği değerlendirilmektedir. Ancak dindar olan tüm bireylerin aynı eğilimde olmasını beklemek de gerçekçi değildir. Mensubu olunan dinin özelliği ve bireyin dinî yaşayış tarzı, bu hususta önemli etkenler olarak görülebilir. Bireyin ölümü cesaretle kabullenmesi psikolojik olarak sağlıklı olmanın bir gereği olarak görülmektedir. Eğer kişi ölümlü ve hiç olma düşüncesiyle cesaretli şekilde yüzleşirse, daha sağlıklı bir ruhsal yapıya ulaşabilir. Çünkü insan ne kadar ölümsüzlük yanılgısı halinde yaşasa da gerçekte ölümlülüğünün farkındadır (Hökelekli, 2008).

2.3.3. Ölüm Kaygısı

Ölüm ve ölüm kaygısı konuları 20. yüzyılın ilk çeyreğinde modern psikolojinin konusu haline gelmiştir. Ölüm konusunun bir ruh sağlığı konusu haline gelmesiyle psikoloji biliminde, ölmekte olan hastaya danışmanlık, ölüm korkusu, ölüm kaygısı ve yas danışmanlığı konuları ile ölüm olgusuna yoğunlaşmıştır (Hulsey & Frost, 1995).

Ölüm kaygısını ilk tartışanlardan biri olan Freud (1995)'dur. Ona göre ölüm hakkındaki kaygıların ölümün kendisiyle ilgili olmayıp, bu kaygıların çocukluk döneminde çözilemeyen çatışmaların bir yansımasıdır. Bilinçaltı bireyin kendisinin ölümünü kabullenmez ve ölümsüz olduğuna inanmaktadır. Yalom ise (2001) ölüm kaygısının, hayatın erken dönemlerinde oluşmuş ve bilinçdışındaki bir korku olduğunu ileri sürmüştür. Ölüm kaygısının ilk ve temel kaygı olduğunu belirtmiştir. Ona göre ölümle yüzleşmek yaşamın temel şartıdır. Yalom (2008)'un birincil anksiyete kaynağı olarak nitelendirdiği ölüm kaygısı yaşama kattığı anlam sebebiyle aslında olumlu bir kaygıdır. Ölüm kaygısı hakkında en etkin yaklaşım olarak varoluşçu yaklaşım görülmektedir (Yalom, 2008). Varoluşçu kurama göre ölümlü olmanın farkedilmesi ile birlikte ölüm kaygısı kaçınılmazdır. Abdel-Khalek (2005)'e göre de ölüm kaygısı, kişinin ölüm farkındalığı ile birlikte ortaya çıkan endişenin tanımlanmasında kullanılan bir terimdir.

Ölüm kaygısı doğumla birlikte ortaya çıkan, yaşam boyu süren, tüm korkuların kökünde yatan, kişinin karakter gelişiminde önem taşıyan, bireyin artık var olamayacağını, kendi bedeni ve dünyasını kaybedebileceğini, bir "hiç" olabileceğini farketmesiyle gelişen bir durumdur (Karakuş ve ark., 2012).

Eric Fromm (1994) iki türlü ölüm kaygısı olduğundan bahseder. Birincisi, her insanın ölüme karşı yaşadığı, ölmek zorunda olduğuna ilişkin normal korku; ikincisi ise, insanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısıdır. İnsanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısı, hayatı iyi bir şekilde değerlendirememeye konusundaki başarısızlıktan kaynaklanmaktadır.

Ölüm karşısında birey, uyumunu ve dengesini kaybettikçe kaygı düzeyi artmakta, bireyin yaşadığı çevreye uyum göstermesi zorlaşmaktadır. Ölümü düşünmek, insanda kaygı geliştirirken aynı zamanda onu hayata bağlayıp, varoluşunu anlamlı hale getiren bir sebep de olabilmektedir. Ölüm gerçeğinin sayesinde birey, hayatı bütünüyle daha anlamlı

ve dolu yaşayabilir (Kübler-Ross, 1997). Yalom (2001), insanın ölüm gerçeğini kabullenmesinin, onu kötümser ve korkulu bir hale sevk etmekten çok; değerlerini gerçekleştirebileceği bir hayata yönelteceğinden bahseder.

Ölüm kaygısı kişilerin yaşamını farklı düzeylerde etkileyebilir. Bu kaygıya sebep olan veya kaygıyı belirleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Kişinin stres ve kaygı düzeyi, aşırı duygusallık, kendini suçlama eğilimi, saldırgan davranışlara eğilim, zaman baskısı altında hissetme, bireyin sahip olduğu değerler ve benlik saygısı, hayatın anlamını kavrama durumu, psikososyal olgunluk ve dindarlık düzeyi bu faktörler arasında gösterilebilir. Bu faktörler, aynı zamanda kişilik gelişimi açısından da önem arz etmektedir (Jastrzebski & Slaski, 2011).

Literatürdeki çalışmalar ölüm kaygısının çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda üzerinde en çok durulan ölüm kaygısı boyutları, yalnızlık ve belirsizlik korkusu, yakınlarını kaybetme korkusu, kimliğini kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, bireyin geride bıraktığı sevdikleri hakkında endişelenmesi, denetimini yitirme korkusu, acı duyma korkusu, kendi bedenini yitirme ve yok oluş korkusu olarak belirtilmiştir (Karaca, 2000). Bu boyutlar özetlenecek olursa:

1.Belirsizlik korkusu: İnsan bilinmezden korkma eğilimindedir. Ölümleri hissedilecekler hakkında, ölüm ve ölümden sonrası hakkındaki belirsizlik bireyde oldukça büyük bir korku ve kaygıya yol açar (Öztürk, 2015).

2.Bedenini yitirme ve yok olma korkusu: Bedenin herhangi bir parçasının bir nedenle eksilmesi, bireyde utanç, küçüklük, yetersizlik gibi birçok olumsuz düşüncelere hatta bireyin benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir. Ölüm yüzünden ise tüm bedenin yok olacağını düşünmek birey için oldukça korku ve anksiyeteye sebep olabilecek bir durumdur (Öztürk, 2015).

3.Acı duyma korkusu: Ölümle sonuçlanma ihtimali olan kanser, AIDS veya diğer kronik hastalıkların seyrinde acı duyulması bireyde hastalıkla ölüm arasında sıkı bir ilişki olduğu fikrini uyandırmaktadır. Bu sebeple birey ölümün de acı verici olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte bazı dini açıklamalarda da “ölüm sonrasında dehşetli azapların varlığı” ve “ölümün çok acı verici bir durum olduğu,” anlatılmaktadır. Bu gibi

görüşler bireyin ölümle ilgili kaygı ve korkuların artmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2015).

4.Yalnızlık korkusu: Hastane ortamında tedavi gerektiren kronik hastalıkların ölümcül bir hal almasıyla, bireyin ailesinden uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Uzun süreli hastane yatışında ailesinden uzak kalan birey kendisini soyutlanmış ve yalnız hissedebilir. Dolayısıyla hasta önce ölümle yüzleşmenin sonra da sevdiği insanlar ve yakınları tarafından terk edilmiş olduğu düşünceleriyle yoğun korku yaşamaktadır (Kübler-Ross, 1997).

5.Yakınlarını kaybetme korkusu: Anne babasını, eşini, çocuğunu, bir aile yakını veya sevdiği arkadaşının, dostunun ölümü her birey için bir üzüntü kaynağıdır. Birey sevdiklerini ve yakınlarını kaybetmekten ve onlar olmadan yaşamaktan korkar ve kaygılanabilir (Hökelekli, 2008).

6.Denetimi yitirme korkusu: Kronik hastalıklarda ya da ölümcül bir hastalıkta ileri evrelerde beden denetiminin giderek azalması her birey için endişe verici bir durumdur. Beden denetimini azalması veya kaybedilmesi bireyin egosu tarafından tehdit olarak algılanarak, kaygı ve korkuya sebep olmaktadır (Hökelekli, 2008).

7.Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Hastalık ve ölümle birey yakınlarından uzaklaşma ihtimali ile yüz yüze gelmekte ve bireyde korku oluşmaktadır. Yakınları ve sevdiklerini kaybetmek, onlarla ilişkilerinden yoksun kalmak bireyin kimlik duygusunu sarsmaktadır. Bunların sonucunda birey, kendine olan özsaygısını yitirme, ümitsizliğe düşme ve değersizlik düşünceleri geliştirebilmektedir (Hökelekli, 2008).

8.Gerileme korkusu: Ölüme yaklaştığını düşünen bireyde bir gerileme sürecine girdiğini düşünerek korkuya kapılma görülebilir (Sina, 1942).

9.Ölümden sonra cezalandırılma korkusu: Bazı dini inanışlarda ve açıklamalarda ölüm hadisesinin acı ve elem içeren bir durum olduğuna inanılır. Ayrıca ölümden sonraki hayatta cezalandırılma ihtimalinden ve işkencelerden bahsedilir. Bu açıklamalar da bireyin ölüm ve ölümden sonraki hayata yönelik korku geliştirmesine sebep olmaktadır (Sina, 1942).

2.3.4. Hasta Yakınlarının Ölüme Verdiği Tepkiler

Araştırmalar, sevdikleri insanları kaybeden bireylerin ölüme yönelik kaygılarının giderilmesiyle çeşitli olumlu etkiler sağlanabileceğini değerlendirmektedir. Ölümle ilgili bir tecrübe yaşamış olmak, daha önce bir yakını kaybetmiş olmak insanların ölümle başa çıkmadaki becerilerini, ‘ölüm yeterliliğini’ artırabilir (Wee, 2004).

Sevdikleri insanın kaybıyla yüz yüze gelen bireyin, ölüm kaygısını yönetmesini zorlaştıran, ölümün yaşamdaki tek kesinlik olmasıdır. Hasta yakını için ölüm kaygısının yanında, ölmekte olan hastanın sürekli bakımını sağlıyor olmak, hasta yakınının kırılabilirliğini ve kaygısını artırmaktadır. Hasta yakının, ölümü hayatın bir parçası olarak görüp açıkça tartışabilmesinin onun için yararlı olacağı bildirilmiştir (Nyatanga, 2016).

2.3.5. Sağlık Personeli ve Ölüm Sürecindeki Hastanın Yakınına Yaklaşım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ortaya çıkan sorunlarla yüzleşen hasta ve hasta yakınlarının, fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken tespit, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylelikle yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşımdır (WHO, 2014). Palyatif bakım süreci hem “terminal dönem” hasta bakımı hem de yakınının “yas dönemindeki” bakımını içermektedir (Aslan & Akın, 2004; Lanken ve ark., 2008). Normal yas tedavi gerektirmezken, yas süreci kişinin işlevselliğini bozuyorsa (yemek yememe, uyumama sürekli ağlama gibi) hekim istemine göre farmakolojik ve terapötik tedavi yararlı olabilir. Kanseri tanısı olan hastaya bakım veren hasta yakınlarının da desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyaçları olabilir. Yaşamı tehdit eden hastalığın uzun süreli olması, hasta ve yakınlarının olağan günlük yaşam düzenlerinin kaybedilmiş olması, iş ve sosyal yaşama dönememe gibi nedenlerle bireyin kendine üzülmeye, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için çaresizlik, umutsuzluk ve kaygı duyguları yaşama hasta yakınında depresif duygulanıma sebep olabilmekte, yakınlarında bu kayıplara bağlı olarak yas tepkileri de gözlenebilmektedir (Yakar ve ark., 2021).

Faulkner (1998), hasta, hasta yakını ve sağlık personelinin etkileşimini palyatif bakımın ABC’si olarak tanımlamaktadır. Faulkner, yaşamı tehdit edici veya tedavisi

mümkün olmayan hastalık yaşayan hasta ve yakınları ile iletişimde sorunlara yol açan durumları aşağıdaki şekilde açıklamaktadır;

- Kötü haberle karşılaşma, yüzleşme,
- Gizli sözleşme (mutabakat),
- İnkâr,
- Zor sorular,
- Duygusal tepkiler.

Ölüm korkusu insanlarda ölümle doğrudan ilgili görünmeyen problemler yaratmakta, bu korkunun ölümle alakalı görünmeyen semptomlarla ifade edilebilmektedir. Yalom (2008), sağlık profesyonellerinin ölüm anksiyetesini fazla sorgulamadığını çünkü hasta ya da hasta yakınından bu konuda aldıkları cevap ile ne yapacaklarını bilemediklerini belirtir, ölümle yüzlemenin güneşe doğrudan bakmak kadar zor ve yakıcı olduğundan bahseder (Yalom, 2008). Sağlık personeli, hasta ve yakını bu nedenle açıkça dillendirilmemiş gizli mutabakat(anlaşma) ile ölüm konusunu açmaktan kaçınırlar. Böylece hasta da hasta yakını da korku ve kaygılarını kimseyle paylaşamazlar. Elisabeth Kübler-Ross hasta yakınlarının da hastalar gibi, inkar-şok-inanamama, öfke, pazarlık, kabullenme gibi evreleri yaşadıklarını belirtmiştir. Hasta yakınlarının hastaya destek olabilmesi için onlara da yardım edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Kübler-Ross, 1995).

2.4. ANKSİYETE

Latince “anx” kelimesi, düşünülmeyen ama hissedilen ruh hali olarak geçer ve “anksiyete” sözcüğünün temelini oluşturmaktadır (Pıçakçıefe, 2010). Anksiyete, genellikle bilinçdışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan, bireyin kendisi tarafından tarif edilemeyen geleceğe yönelik içsel tehdit ya da tehlike beklentisidir. Bireyin değer sistemi içinde bir tehdit sebebiyle yaşanan belirsiz bir endişe ve huzursuzluk duygusudur. Durum tehdidin kendisi değil tehdidin kaynağıdır (Gördeles Beşer & Öz, 2003).

Ruh sağlığı alanında anksiyete sözcüğünü bir kavram olarak ilk kez kullanarak tanımlayan Sigmund Freud olmuştur (Kaygusuz, 1993). Freud'a göre anksiyetenin 3 türü bulunmaktadır. Bunlar:

-Objektif (Gerçek) Anksiyete: Gerçek anksiyetede tehlike kaynağı kişinin dış çevresindedir. Tehlike karşısında benlik bir taraftan altbenliğe doyum sağlamaya çalışırken, diğer taraftan dış dünyanın gerçeklerine karşı zorlanmaktadır. Bu durumda ortaya çıkan anksiyete objektif (gerçek) anksiyete olarak tanımlanır.

-Nevrotik Anksiyete: Anksiyete kaynağı bireyin kendi içindedir. Bu anksiyete bireyin içgüdülerden özellikle bastırılan saldırganlık güdülerinden kaynaklanmaktadır.

-Moral Anksiyete: Bireyin yaşadığı suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duygularının sonucu oluşan bir sıkıntı halidir. Bireyin duygu, düşünce ve hafızasındaki çelişkiler yaşamakta bu çelişkiler ve içsel çatışmaları sonucu ortaya Moral anksiyete çıkmaktadır (Akt: Denton & Wisenbaker, 1977).

Spielberger (1972), gerçek bir tehlike ya da tehdidin bulunduğu çevresel şartlar karşısında bireyde oluşan karmaşık tepkileri, 'durumluk anksiyete' (state anxiety) olarak tanımlar. Durumluk anksiyete, çevresel tehdidin ortadan kalkması ile son bulur. 'Sürekli anksiyete' (trait anksiyete) ise bireyin, endişe, huzursuzluk, karamsarlık gibi duygularını aşırı duyarlılık ve coşkulu tepkilerde bulunarak göstermesi olarak tanımlanır. Sürekli anksiyetede çevresel tehdidin ortadan kalkması ya da geçen zaman sürekli anksiyetenin son bulmasına sebep olmaz. Spielberger'e göre anksiyete, şiddetine göre değişebilen ve bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliğidir (Spielberger,1972).

S.Sullivan'a göre anksiyete kişilik gelişimi ve bireyin başkalarına bağımlılığı ile ilişkilidir. Anksiyete herhangi birinin güvenliğine yönelik gerçek ve hayati tehlikeler sebebiyle ortaya çıkan bir gerginlik olarak tanımlamaktadır. Doyum ihtiyacıyla bu doyumun sosyal normlara uygun şekilde karşılanması arasındaki çatışma anksiyetenin doğmasına sebep olmaktadır (Pektekin, 1981; Tatar, 1988).

Anksiyete normal ve patolojik anksiyete olmak üzere birçok farklı ayrımı olduğu söylenebilir (Ekiz, 2003). Normal anksiyete, gündelik hayattaki bir değişiklik karşısında geçici olarak oluşmakta ve kişinin uyanık kalmasına yardımcı olmaktadır. Bu sayede normal anksiyete kişinin hayata uyumunu kolaylaştırmaktadır. Anksiyete, birey için

motivasyon gücü olan bir dürtüdür. Bireyi korku yaratan tehdit durumlarından kurtarmaya yardımcı olan uyarıcı davranışlara yön vermektedir. Anksiyete bir sınıra kadar uyarıcı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Ancak maksimum sınırının ötesinde, şiddetini kaybeder ve azalır. Bu sayede organizma homeostasisi sağlanmaktadır (Öz, 2004; Pektekin, 1981; Schwartz, 2000).

Normal ve patolojik anksiyete arasında kesin ve net sınırlar yoktur. Ancak bireyin verimini düşüren, sosyal ilişkilerde aksaklıklara sebebiyet veren, genellikle titreme, çarpıntı, ağızda kuruluk, kaslarda gerginlik gibi fiziksel semptomların da eşlik ettiği anksiyete patolojik anksiyete olarak değerlendirilmektedir (Ekiz, 2003).

2.4.1. Anksiyetenin Etiyolojik Faktörleri

Anksiyete genel olarak kişinin düşünce ve duygularının onun benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman oluşmaktadır. Bunun yanı sıra bireyin çevresindeki herhangi bir şey ya da durumun bireyin benlik bütünlüğü için tehdit oluşturması da anksiyetenin kaynağını oluşturabilmektedir (Öz, 2004).

Anksiyetede etiyolojik faktörler:

- Kişinin psikolojik, biyolojik ya da sosyal bütünlüğüne yönelik tehditler,
- Kişinin savunma mekanizmalarını etkisiz ve yetersiz kullanması,
- Başa çıkma stratejilerinin tükenmesi,
- Kişinin başa çıkma kapasitesini aşan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk,
- Güçsüzlük,
- Gerçek dışı veya ulaşılamaz ihtiyaçların ve beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun dönemli hastane yatışı durumu,
- Özgüvene yönelik tehdit,

-Biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörler olarak belirtilebilir (Fortinash & Holoday Worret, 1995).

2.4.2. Anksiyete Belirtileri

Tarif edilmesi güç bir korku ve endişe duygusu olan anksiyete sırasında vücutta çeşitli duyumlar eşlik edebilmektedir (Türkçapar, 2004). DSM-5 (2013)'e göre anksiyete durumunda çarpıntı, terleme, titreme, solğun daralması ya da boğulma hissi, göğüste sıkışma, göğüs ağrısı, karın ağrısı, mide bulantısı, bayılacakmış hissi, baş dönmesi, üşüme, ateş basması, vücudun çeşitli yerlerinde uyuşmalar, gerçekdışılık hissi, kişinin kendine yabancılaşması, çıldırma korkusu ve ölüm korkusu belirtileri yaşanmaktadır. Anksiyete belirtileri ani başlangıçlı olabileceği gibi zamanla artan şekilde de olabilir. Birey, anksiyete belirtilerini hafif düzeyde tedirginlik ve gerginlik derecesinden panik derecesine varacak dereceye kadar değişik yoğunlukta yaşayabilmektedir (Öztürk, 2001).

2.3.2.1. Fizyolojik Belirtiler

Anksiyete karşısında fizyolojik belirtiler hormonlara bağlı olarak tetiklenir ve sempatik/parasempatik sinir sisteminde bir takım değişiklikler neticesinde gelişmektedir. Bu belirtilerin oluşması genellikle kişinin kendisini korumak amacıyla savunmaya geçtiğini göstermektedir. Anksiyete halinde kişide, kalp atışının hızlanması, kan basıncı farklılıkları, bayılacakmış gibi olmak ya da bayılmak, kaslarda gerginlik, daha refleksif olma, genel yorgunluk hissi, mide bulantısı ya da kusma, karın ağrısı, sık idrara çıkma, cinsel isteksizlik ve diğer cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. Bu belirtilerin bazıları normal fonksiyonların abartılmış ya da baskılanmış halidir ve anksiyetenin en belirgin özelliklerindendir (Beck, 1985).

Anksiyete optimum düzeyde olduğu sürece bireyin tehdit ve risk gibi unsurlardan korunabilmesini hayatının normal bir şekilde devam edebilmesini sağlar. Anksiyete bireyin hayatındaki fonksiyonelliğini bozulmasına sebebiyet veriyorsa patolojik anksiyete olarak değerlendirilir ve tedavi edilmesi gerekmektedir (Bourne, 2010).

Anksiyete ile ilgili genel istatistikler tüm yaş gruplarındaki bireylerin hayat boyunca anksiyete bozukluğuna yakalanma oranının %25 civarında olduğu değerlendirilmiştir (Remes ve ark., 2014). DSM-5 (2013) tanı kriterlerine göre dokuz çeşit anksiyete bozukluğu değerlendirilmiştir: Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), madde-ilacın neden olduğu bozukluk, sosyal fobi (toplumsal kaygı bozukluğu, agorafobi,

seçici konuşmazlık, özgül fobi, başka bir sağlık durumundan kaynaklanan kaygı bozukluğu, tanımlanmamış diğer kaygı bozukluğu ve ayrılma kaygısı bozukluğudur.

2.3.2.2. Psikolojik Belirtiler

Anksiyetenin visseral ve motor etkilerine ek olarak; anksiyete, algıyı, düşünmeyi ve öğrenmeyi de etkiler. Anksiyete bireyde konfüzyona, algılamanın çarpıtılmasına sebep olabilmektedir. Bireydeki algılamanın bozulmasıyla tüm dış dünya ve insanlarla ilgili durumlar, yer ve zaman adaptasyonu gibi durumlarda birey sorunlar yaşar. Bireydeki konsantrasyonun zayıflamasına bağlı olarak öğrenme süreçleri de olumsuz yönde etkilenir, hafıza ve hatırlama zayıflar, birey olaylar arasındaki bağlantıyı bulmakta zorluk yaşar. Kişi anksiyeteye bağlı olarak olay veya durumların bazı yönlerini algılayıp, diğer yönelerini algı dışı bırakabilir. Dolayısı ile yaşanan korku ile birlikte hatalı ve yanlış şekilde bir algılama ortaya çıkar ve kısır bir döngü meydana gelir. Yanlış algı, yanlış cevabı doğurur. Böylece anksiyete giderek artar ve algılama da giderek bozulur (Özaktaş, 2014).

2.4.3. Sağlık Personeli ve Anksiyetesi Olan Bireye Yaklaşım

Hasta veya hasta yakınlarında bir anksiyete bozukluğu olduğu düşünülürse veya kişinin anksiyetesi ilişkilerini engelliyorsa, genel durumunu kötüleştiriyorsa, tıbbi önlemlere rağmen azaltılamıyorsa psikiyatrik değerlendirme istenmelidir (Elbi, 2017).

Yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanan birey ve yakınları için mevcut durumlarını bildiren kötü haberin söylenmesi zorlu bir durum olmasına rağmen hasta ve yakınlarının umutlarını, korkularını, bakım tercihlerini ifade edebilmeleri açısından önem taşımaktadır (Hallenbeck, 2005). Hastalara ve yakınlarına mevcut durumları ve yapılabilecek girişimler hakkında bilgi verilmesi hasta ve yakınlarının anksiyetelerini azaltabilecektir (Elbi, 2017).

2.5. ÖLÜM KAYGISI VE ANKSİYETE

Anksiyete “bireyin tetikte olması” için bir uyarıdır. İçten gelen, bilinmeyen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayanan tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Anksiyete

açıklanması zor bir korku ve endişe duygusudur (Türkçapar, 2004). Palyatif bakımda anksiyete çaresizlik, ölüm korkusu kaynaklı olarak karşımıza çıkabilmektedir. Yalom (2000)'a göre ölüm korkusu her zaman ve her yerde bulunur ve insan hayat enerjisinin büyük bir bölümünü ölümün inkarında harcar.

Birçok psikolojik durumun temelinde yatan ölüm kaygısı (Iverach ve ark., 2014), insanlar tarafından düşük veya yüksek düzeylerde yaşanabilir. Yaşanan kayıp, acı, yalnızlık ve akrabalarından sevdiklerinden ayrılma anksiyeteye ve ölüm kaygısına sebep olur. Ölüm kaygısı, önemli psikolojik güdülerin temelinde yatar. Bu sebeple, bu kaygıyı görmezden gelmek, insan davranışının önemli bir yönünü ihmal etmek anlamına gelir (Pyszczynski ve ark., 2015).

Kanserin hasta yakınları üzerindeki stres verici etkisi olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte hastalık süreci içinde, hasta yakınlarının hastalardan daha fazla anksiyete yaşadıkları bunun yanı sıra yorgunluk, depresyon, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıkları değerlendirilmiş ve bunların neticesinde bağışıklık sisteminin bozulması ile birlikte fiziksel hastalık riskleri taşıdıkları belirtilmiştir (Followfield, 1990). Baral ve arkadaşlarının (1995)'nın çalışmasında, hasta yakınlarının hastalığın her döneminde yüksek düzeyde kaygı gösterdikleri değerlendirilmiştir.

Anksiyete, belirsizlik ve bu belirsizliğin farkına varılması ile alakalıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde ölüm, anksiyeteye sebep olabilecek dört temel bileşene sahiptir:

- 1-Ölme işi (acı çekme, hastalık yaşantısı, yalnızlık vb.),
- 2-Kayıp (bireyin kendi bedeniyle birlikte nesneler dünyasını kaybetmesi),
- 3-Öngörülmez oluşu (zaman ve gerçekleşme şekli),
- 4-Bilinmez oluşu (ölüm olayı ve ölüm sonrasına ait bilinmezlik durumu) (Popovic, 2002).

Literatürdeki araştırmalar ölüm kaygısının belirsizlik, yakınlarını kaybetme ve yalnızlık korkusu, kişisel kimliği yitirme korkusu, ölümden sonra cezalandırılma korkusu, denetimi yitirme korkusu, acı çekme korkusu, geride bırakılanlar için endişelenme, bedenini yitirme ve yok olma korkusu olmak üzere çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymuştur (Karaca, 2001; Robertson ve ark., 2022).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki Üniversite Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde takip edilen hasta yakınlarının ölüme karşı tutumlarını, anksiyete durumlarını ve bunlara etki eden faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki Üniversite Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi 2015 yılında hizmete girmiştir. Merkez iki katta, toplam 18 yataklı servisle hizmet vermekte, ayrıca ayaktan gününbirlik hasta da bakabilmektedir. Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi 1 müdür, 1 sorumlu hemşire, 9 hemşire, 2 uzman hekim, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı (görevlendirme), 1 diyetisyen (görevlendirme), 3 hasta bakıcı ve 4 personelle hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 3 Mayıs 2021-3 Şubat 2022 tarihleri arasında Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki Üniversite Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde takip edilen hasta yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi çalışma kriterlerini karşılayan hasta yakınları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak amacıyla GPower 3,1 programı kullanılarak, effect size (d, etki büyüklüğü) 0,2 olarak alındığında %80 güç ve $\alpha = 0,05$ için örneklem sayısı en az 156 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 41 erkek ve 117 kadın olmak üzere toplam 158 hasta yakını katılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri hasta yakınının ölüme karşı tutumu ve anksiyete durumudur.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleridir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, palyatif bakım hastasının tanısı, hastayla yakınlık durumu, hastanın bakımından sorumlu olma durumu, hastalık hakkında bilgilendirilme durumu, hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşma durumu, ölmek üzere olan kişiyle ölüm hakkında konuşma ve bilgilendirmeye yönelik görüşleri ve ölmek üzere olan hastayla kurdukları iletişim hakkında verdikleri cevapları çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırma Soruları

1-Palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme ilişkin tutum düzeyi nedir?

2-Palyatif bakım hasta yakınlarının anksiyete düzeyi nedir?

3-Palyatif bakım hasta yakınlarına ait özellikler ile ölüme ilişkin tutumları arasında ilişki ya da fark var mıdır?

4-Palyatif bakım hasta yakınlarına ait özellikler ile anksiyete arasında ilişki ya da fark var mıdır?

5-Palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme karşı tutum toplam ve alt boyut puanı ile anksiyete puanı arasında ilişkisi var mıdır?

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada katılımcılara, araştırmacı tarafından oluşturulan katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, palyatif bakım hastasının tanısı, hastayla yakınlık durumu, hastanın bakımından sorumlu olma durumu), yaşam sonu yaklaşan hastalarına ve ölüme karşı tutumları hakkında toplam 20 soruluk anket form kullanılmıştır (Ek 1).

3.6.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen ölçek, 32 maddedir ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. ÖKTÖ ölümün var olduğu görüşüne dayanır, çeşitli ölüm davranışlarını ölçmektedir. Ölçeğin alt boyutları; Ölüm Korkusu (7 madde), Ölümden Kaçınma (5 madde), Tarafsız Kabullenme (5 madde), Yaklaşım Kabullenme (10 madde), Kaçış Kabullenme (5 madde)'dir. Abalı Işık (2008) tarafından Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Türkçe geçerlilik çalışmasında, madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.40 güvenirlik düzeyinin altında olan altı madde ölçeğe dahil edilmemiştir. Faktör analizi sonucuna ise, ölçeğin orijinal çalışmasından farklı olarak üç faktörlü bir yapı gösterdiği saptanmıştır. Bu sebeple ölçek, 26 madde ve 3 alt boyuta indirgenmiştir. Ölçek yedili likert tipindedir. Maddeleri “kesinlikle katılmıyorum (1)” puan ve “kesinlikle katılıyorum (7)” puan olacak şekilde ‘1’ den ‘7’ ye kadar puanlandırılmaktadır. Ölçekteki 2, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 25. maddeler “kesinlikle katılıyorum” (7 puan) ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) olarak puanlandırılırken; 1, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 19, 22, 23, 24, 26. maddeler ise “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ve “kesinlikle katılıyorum” (7 puan) olarak puanlandırılmaktadır. Bu ölçek ile ölümü kabullenme tipin ve miktarı doğrudan değerlendirilebilmektedir (Abalı Işık, 2008).

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımı:

1. Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme: Ölümünde yaşamın bir parçası olduğuna inanan kimse ne ölümden korkar ne de onu kabul eder ve sınırlı hayatından en iyi şekilde değerlendirmeye gayret eder ve ahiret hayatına inanmaktadır. 12 maddedir (4., 6., 8., 12., 13., 14., 15., 19., 21., 22., 23. ve 25. maddeler).

2. Kaçış Kabullenme: Ölümün, fiziksel veya psikolojik ağrıdan ve hayatın sıkıntılarından rahatlama sağladığına inanmaktır. 5 maddedir (5., 9., 11., 20. ve 24. maddeler).

3. Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma: Kişinin ölümle yüz yüze geldiğinde hissettiği korku hissidir. Ölüm kaygısını azaltmak umuduyla ölümü düşünmekten ve onun hakkında konuşmaktan kaçınmadır. 9 maddedir (1., 2., 3., 7., 10., 16., 17., 18. ve 26. maddeler).

Ölçekten alınan puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutum geliştiği yönünde değerlendirilmektedir. Wong ve ark., (1994) tarafından yapılan orijinal çalışmada, Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği'nin tamamı için Cronbach Alpha katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur, bunun yanında elde edilen alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları ise; "Tarafsız Kabullenme" 0,65, "Yaklaşım Kabullenme" 0,97, "Ölümünden Kaçınma" 0,88, "Ölüm Korkusu" 0,84 ve "Kaçış Kabullenme" 0,84 olarak belirlenmiştir. Işık (2008) tarafından Türk toplumu için yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında ise ölçeğin olumlu bir iç tutarlılık, test tekrar test güvenirliği, yakınlaşan güvenirlik, yapı geçerliliği ve faktöryel geçerlilik sergilediği bulunarak; "Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği"nin Türk toplumu için güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kabul edilmiştir. Çalışmada tüm ölçek için Cronbach alpha değeri 0,81, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu için 0,86, Kaçış Kabullenme alt boyutu için 0,74 ve Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma alt boyutu için 0,76 olarak bulunmuştur (Işık, 2008). Bu çalışmada tüm ölçek için Cronbach alpha değeri 0,74, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu için 0,55, Kaçış Kabullenme alt boyutu için 0,75 ve Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma alt boyutu için 0,69 olarak bulunmuştur (Ek 2). Ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 8).

3.6.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck Anksiyete Envanteri, Beck ve ark., (1985) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Likert tipi ölçek toplam 21 maddeden oluşmakta, 0-3 arası puanlanmaktadır. Hastalar, geçen hafta boyunca belirli bir semptomdan ne kadar rahatsız olduklarına göre maddeleri değerlendirirler. Hastaların

verdikleri yanıtlar sonucu puanlar <10 puan normal, 10-18 puan hafif anksiyete, 19-29 puan orta düzeyde anksiyete, 30-63 puan ciddi anksiyete olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında iç tutarlılık (Cronbach Alpha=0,92) ve tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0,75$ olarak değerlendirilmiştir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçek, yüksek bir iç tutarlılık göstermiştir (Cronbach Alpha =0,93). Madde-toplam korelasyonları ,45 ile ,72 arasında değişmekte olduğu değerlendirilmiştir. Sonuç olarak Beck Anksiyete Envanterinin Türk popülasyonunda güvenilir ve geçerli olduğu değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,91 olarak bulunmuştur (Ek 3).

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki Üniversite Hastanesi’nden araştırma için izin alınmıştır. Araştırma sırasında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi nedeniyle araştırmanın yapılması planlanan yer ve tarih değiştirilmek durumunda kalmıştır. 3 Mayıs 2021-3 Kasım 2021 tarihleri arasında planlanan çalışma pandemi şartları sebebiyle yeterli sayıda hasta yakınına ulaşamadığından 3 Şubat 2022 tarihine kadar uzatılarak tamamlanabilmiştir. Araştırma tarihinin uzatılmasında araştırma merkezi olan Orta Karadenizdeki bir ildeki Üniversitesi Hastanesi’nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın başında araştırma merkezi olarak Orta Karadenizdeki bir ildeki Devlet Hastanesi ve Üniversite Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi belirlendi. Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisi pandemi döneminde hizmet vermeye ara verdiği için araştırmaya tek merkezden Üniversite Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde veri toplanarak devam edilebilmiştir. Araştırma merkezi ve tarihinde yapılan değişiklikler hakkında Etik Kurulu’na bildirim yapılmıştır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük olması, sebebiyle ölçek soruları anlaşılmasında güçlük yaşandığı gözlenmiştir. Bu sebeple veriler Google form aracılığıyla online olarak oluşturulmasına rağmen araştırmacı tarafından katılımcılara soru-cevap olarak verilen yanıtlar işaretlenerek uygulanmıştır. Veri toplama araçları, Pandemi şartları sebebiyle araştırmaya katılmaya bir engeli olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü, palyatif bakım merkezinde yatan hasta yakınlarına online olarak

onam alındıktan sonra yüzyüze doldurulmuştur. Katılımcıların ölçeklerdeki soruları anlamakta güçlük çektiği durumlarda araştırmacı açıklamalarla yardımcı olmuştur. Uygulama yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım durumunu belirlemek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım gösterenler için ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's yararlanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki üniversitenin girişimsel olmayan klinik uygulamalar etik kurulu tarafından 15.04.2021 tarihli 21-KAEK-107 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır (Ek 6, Ek 7). Araştırmaya başlamadan önce, Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki Üniversite Hastanesi'nden 30.04.2021 ve 10.11.2021 tarihli yazılar ile izin alınmıştır (Ek 4, Ek 5). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı ve sürecine yönelik bilgi verilerek, sözlü bilgilendirilip onamları alınarak, çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine göre gerçekleştirilmiştir.

3.9.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma bir ilin palyatif bakım araştırma ve uygulama merkezinden yatarak takip edilen bireylerin yakınları ile yapılmıştır. Elde edilen veriler tüm palyatif hastası olan hasta yakınlarına ve evrene genellenemez.

2.Sonuçlar, kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.

3.Araştırmada kullanılan ölçekler öz bildirim ölçekleri olduğundan kendi durumlarını farklı algılayıp yorumlamış olabilirler.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Buna göre hasta yakınlarının yaş ortalamasının $46,93 \pm 13,69$ olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %46,8’inin 36-55 yaş aralığında, %74,1’inin kadın, %80,4’ünün evli, %36,1 inin ilkokul mezunu, %50’sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler		n	%
Yaş (Ort $\pm$ SS =46,93 $\pm$ 13,69)	18-35	40	25,3
	36-55	74	46,8
	56 ve Üzeri	44	27,9
Cinsiyet	Erkek	41	25,9
	Kadın	117	74,1
Medeni Durum	Bekâr	31	19,6
	Evli	127	80,4
Eğitim Durumu	Okur-yazar	15	9,5
	İlkokul	57	36,1
	Ortaokul	17	10,8
	Lise	34	21,5
	Üniversite ve Üzeri	35	22,1
	Ev Hanımı	79	50,0
	Esnaf/Serbest	22	13,9
	Memur	28	17,7
	Diğer	29	18,4

Katılımcıların bakım verici ve bakım verdikleri hastanın özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %89,2’sinin hastanın birinci dereceden yakını olduğu, %58,9’unun hastanın bakımından primer sorumlu olduğu ve %94,3’ünün hasta ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirildiğini bildirmişlerdir.

Hasta yakınlarının ölüme ilişkin cevapları incelendiğinde; %50,6’sı hastasının olası ölümünü aile içinde konuşmadıklarını, %91,8’i ölmek üzere olan kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmemesi, %88’i yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulmaması, %58,2’si ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi doktorun vermesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Bakım verilen hastanın özellikleri incelendiğinde; %86,1’inin kanser tanısına sahip olduğu, %82,3’ünün bilincinin açık ve konuşabilecek durumda olduğu ve %56,3’ünün duygularını yakınıyla paylaşmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Palyatif Bakım hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özellikleri

Değişkenler			
Hasta yakınının hasta ile konuşarak geçirdiği süre (saat/gün)		Ort±SS(4,31±3,30)	
		n	%
Hastayla yakınlık durumu	1. Dereceden Yakını	141	89,2
	Diğer	17	10,8
Hastanın bakımından primer (öncelikli olarak) sorumlu olma durumu	Hayır	65	41,1
	Evet	93	58,9
Hasta ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirilme durumu	Hayır	9	5,7
	Evet	149	94,3
Hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşma durumu	Hayır	80	50,6
	Evet	78	49,4
Ölmek üzere olan bir kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmesi durumu	Hayır	145	91,8
	Evet	13	8,2
Yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulması durumu	Hayır	139	88,0
	Evet	19	12,0
Ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi kimin vermesi hakkındaki görüşleri	Aile yakını	37	23,4
	Doktor	92	58,2
	Psikolog/Psikiyatrist/Diğer	29	18,4
Palyatif bakım verilen hastanın tanısı	Kanser	136	86,1
	Diğer	22	13,9
Hastanın bilinci açık olma ve konuşabilme durumu	Hayır	28	17,7
	Evet	130	82,3
Hasta yakınının hasta ile konuşarak geçirdiği süre (Bilinci açık ve konuşabilecek durumda olan hastası olan 130 hasta yakını)	Günde 1 saatten az	13	8,2
	Günde 1-3 saat arası	52	32,9
	Günde 3 saatten fazla	65	41,1
Hastanın duygularını hasta yakınıyla paylaşma durumu	Hayır	89	56,3
	Evet	69	43,7
Hasta yakınının hastasıyla duygularını paylaşma durumu	Hayır	108	68,4
	Evet	50	31,6
Hastayla fiziksel temas kurma durumu (sarılma, öpme vb.)	Hayır	67	42,4
	Evet	91	57,6
Hastayla son istekleri üzerine konuşma durumu	Hayır	141	89,2
	Evet	17	10,8
Hastanın son isteklerini yerine getirebilme durumu	Hayır	136	86,1
	Evet	22	13,9

Hasta yakınlarının hastalarına olan davranışları incelendiğinde; %41,1'inin günde 3 saatten fazla hastasıyla konuştuğunu, %68,4'ü hastasıyla duygularını paylaşmadığını, %57,6'sı hastasıyla fiziksel temas kurduğunu, %89,2'si hastasıyla son istekleri üzerine konuşmadığını ve %86,1'i son isteklerini yerine getiremediğini belirtmişlerdir.

Tablo 3. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler		Ort±SS	Medyan	Minimum	Maksimum
ÖKTÖ	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	65,48±14,80	9,00	17,00	84,00
	Kaçış Kabullenme	15,96±7,23	14,00	5,00	35,00
	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma	35,77±16,83	37,00	9,00	63,00
	Toplam	117,21±18,97	119,00	53,00	177,00
BAE	Toplam	8,44±6,57	7	0	26

Katılımcıların ÖKTÖ ve BAE puan ortalamaları, medyan ve minimum-maksimum değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların ÖKTÖ puan ortalamalarının 117,21±18,97, “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” alt boyut puan ortalamasının 65,48±14,80, Kaçış Kabullenme alt boyut puan ortalamasının 15,96±7,23 ve “Ölüm Korkusu” ve “Ölümünden Kaçınma” alt boyut puan ortalamasının 35,77±16,83 olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların BAE puan ortalamalarının ise 8,44±6,57 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerinin Frekans Dağılımı

Ölçek		N	%
Beck Anksiyete Envanteri	Anksiyete Yok (<10 puan)	97	61,4
	Hafif Düzeyde Anksiyete (10-18 puan)	46	29,1
	Orta Düzeyde Anksiyete (19-29 puan)	15	9,5

Katılımcıların anksiyete düzeylerinin frekans dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %61,4'ünde anksiyete gözlenmemiş; %29,1'inde “Hafif Düzeyde” ve %9,5'inde “Orta Düzeyde” anksiyete tespit edilmiştir.

Tablo 5. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölüm Karşı Tutum Ölçeği			
	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma	Toplam Puan
Yaş				
18-35	64,5±11,44 ^{ab}	15,98±6,83	39,87±15,66	120,35±15,12
36-55	63,1±15,99 ^a	15,32±7,08	35,34±16,93	113,75±20,14
56 ve Üzeri	70,32±14,6 ^b	17,02±7,84	32,75±17,31	120,09±19,53
F=	3,496	0,764	1,945	2,305
p=	0,033*	0,468	0,146	0,103
Cinsiyet				
Erkek	63,27±16,18	16,1±7,38	32,02±14,99	111,39±20,53
Kadın	66,26±14,27	15,91±7,21	37,09±17,3	119,27±18,03
t=	1,113	0,139	1,668	2,317
p=	0,267	0,889	0,097	0,022*
Medeni Durum				
Evli	63,67±11,6	15,83±7,32	40,8±15,02	120,3±15,82
Bekâr	65,91±15,46	15,99±7,23	34,58±17,07	116,48±19,62
t=	0,744	0,108	1,834	0,922
p=	0,458	0,914	0,069	0,323
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	61,2±11,5	18,93±7,76	26,24±21,44 ^a	111,35±18,27
İlkokul	67,84±12,85	15,18±7,48	34,07±16,66 ^a	117,09±18,33
Ortaokul	63,12±17,17	17,94±5,67	35,62±13,41 ^a	116,67±18,15
Lise	67,09±17,44	14,94±7,11	39,44±16,61 ^b	121,47±23,11
Üniversite ve Üzeri	64,68±13,73	16±7,22	39,79±15,08 ^b	120,47±13,63
F=	2,456	1,301	2,492	2,612
p=	0,055	0,272	0,045*	0,038*
Meslek				
Esnaf/Serbest	59,09±19,34 ^a	16,09±8,38	33,32±15,47	108,5±24,35 ^a
Ev Hanımı	68,73±13,74 ^b	15,7±7,37	35,29±18,22	119,72±18,4 ^b
Memur	62,81±13,27 ^{ab}	15,07±6,98	42,63±13,66	120,52±11,86
Diğer	63,93±13,38 ^{ab}	17,41±6,22	32,55±15,47	113,9±19,68 ^b
F=	3,017	0,576	2,067	2,541
p=	0,032*	0,632	0,107	0,059

* p<0,05 , t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ÖKTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hangi gruplarda farklılık olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni testine göre 36-55 yaş arasında olanların ÖKTÖ alt boyutlarından “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek; “Yaklaşım Kabullenme” ve “Tarafsız Kabullenme” alt boyut puan ortalamaları ise daha düşüktür. Ayrıca yaş ile “Tarafsız Kabullenme”, “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Buna göre yaş arttıkça “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları azalmaktadır.

ÖKTÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların ÖKTÖ toplam puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hangi gruplarda farklılık olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre lise ve üzeri mezunu olanların ÖKTÖ toplam ve alt boyutlarından “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterme durumunu belirlemek için yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hangi gruplarda farklılık olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni testine göre ev hanımlarının ÖKTÖ alt boyutlarından “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları esnaf/serbest çalışanlara göre daha yüksektir.

Tablo 6. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği			
	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam Puan
Palyatif bakım verilen hastanın tanısı				
Kanser	65,24±14,9	16,23±7,32	35,52±16,7	117±19,67
Diğer	66,52±14,55	14,76±6,8	36,86±17,65	118,14±15,75
t=	0,735	1,352	-2,057	-0,719
p=	0,464	0,178	0,041*	0,473
Hastayla yakınlık durumu				
1. Dereceden Yakını	65,02±14,82	15,79±7,18	36,31±16,65	117,12±18,83
Diğer	69,24±14,48	17,41±7,64	31,29±18,17	117,94±20,68
t=	1,110	0,875	1,163	0,168
p=	0,269	0,383	0,247	0,867
Hastanın bakımından primer (öncelikli olarak) sorumlu olma durumu				
Evet	63±15,4	16,12±7,22	37,69±16,01	116,82±17,06
Hayır	67,23±14,17	15,85±7,27	34,41±17,34	117,49±20,3
t=	1,776	0,234	1,204	0,219
p=	0,078	0,815	0,230	0,827
Hasta ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgi verilme durumu				
Evet	65,11±15,05	15,83±7,23	35,19±16,38	116,12±18,54
Hayır	69,66±9,05	17,44±7,66	45,22±21,94	132,33±21,54
t=	-0,895	-0,645	-1,747	-2,522
p=	0,372	0,520	0,083	0,013*
Hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşma durumu				
Evet	65,77±14,19	15,05±6,64	38,1±17,77	118,93±19,02
Hayır	65,17±15,48	16,91±7,72	33,35±15,54	115,43±18,88
t=	0,256	1,615	0,784	1,156
p=	0,798	0,108	0,076	0,250
Ölmek üzere olan bir kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmesi durumu				
Evet	65,92±14,72	16,24±7,24	35,2±16,9	117,36±18,69
Hayır	60,54±15,35	12,92±6,63	42,08±15,27	115,54±22,63
t=	1,259	1,591	1,415	0,331
p=	0,210	0,114	0,159	0,741
Yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulması durumu				
Evet	66,18±14,57	16,27±7,25	35,18±16,86	117,63±18,33
Hayır	60,06±15,81	13,61±6,78	40,33±16,37	114±23,68
t=	1,662	1,472	1,224	0,762
p=	0,099	0,143	0,233	0,447

Tablo 6. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özelliklerine Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler	Ölüm Karşı Tutum Ölçeği			
	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümünden	Toplam Puan
Ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi kimin vermesi hakkındaki görüşleri				
Aile Yakını	67,57±12,75	17,62±7,64	35,51±16,87	120,7±20,34
Doktor	65,56±14,83	15,47±7,1	35,62±17,22	116,65±17,64
Psikolog/Psikiyatrist/Diğ	62,55±17,02	15,38±7,02	36,59±16,07	114,52±21,16
F=	0,937	1,283	0,042	0,959
p=	0,394	0,280	0,959	0,386
Hastanın bilinci açık olma ve konuşabilme durumu				
Evet	66,5±14,21	15,68±7,25	35,57±17,8	117,75±18,65
Hayır	65,26±14,96	16,02±7,25	35,81±16,68	117,09±19,11
t=	0,402	0,228	0,069	0,166
p=	0,688	0,820	0,945	0,869
Hasta yakınının hasta ile konuşarak geçirdiği süre				
Günde 1 saatten az	67,41±15,61	20,09±7,66	26,83±10,27	112,54±19,40
Günde 1-3 Saat arası	63,34±14,94	15,84±6,53	36,59±17,50	115,78±19,83
Günde 3 Saatten Fazla	66,38±14,93	15,40±7,63	36,84±16,66	118,63±18,59
F=	0,730	2,009	1,948	0,635
p=	0,484	0,138	0,147	0,531
Hastanın duygularını paylaşma durumu				
Evet	64,88±15,26	15,24±7,02	36,53±16,66	116,64±20,86
Hayır	66,26±14,24	16,91±7,44	34,78±17,12	117,96±16,29
t=	0,581	1,445	0,644	0,429
p=	0,562	0,151	0,521	0,668
Hasta yakınının hastasıyla duygularını paylaşma durumu				
Evet	67,27±14,33	17,08±7,9	31,31±17,21	115,65±19,91
Hayır	64,67±15	15,45±6,88	37,8±16,34	117,92±18,58
t=	1,020	1,311	2,268	0,692
p=	0,309	0,192	0,025*	0,490
Hastayla fiziksel temas kurma durumu (sarılma, öpme vb.)				
Evet	65,66±14,67	15,49±7,59	35,28±17,04	116,43±20,74
Hayır	65,34±14,97	16,31±6,96	36,13±16,76	117,79±17,64
t=	0,130	0,701	0,312	0,442
p=	0,896	0,485	0,755	0,659
Hastayla son istekleri üzerine konuşma durumu				
Evet	69,62±14,31	17,94±8,54	25,69±15,59	113,25±19,95
Hayır	65,01±14,83	15,74±7,06	36,91±16,63	117,66±18,88
t=	1,185	1,155	2,574	0,881
p=	0,238	0,250	0,011*	0,380
Hastanın son isteklerini yerine getirebilme durumu				
Evet	71,67±12,76	20,29±7,44	24,52±10,75	116,48±18,34
Hayır	64,52±14,9	15,29±6,99	37,51±16,96	117,32±19,13
t=	2,081	3,021	4,704	0,190
p=	0,039*	0,003*	0,001*	0,850

* p<0,05, t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

Katılımcıların bakım verici ve bakım verdikleri hastanın özelliklerine göre ÖKTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının bakım verilen hastanın tanısına göre anlamlı bir farklılık gösterme durumunu saptamak amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kanser hastası olanların ÖKTÖ alt boyutlarından “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.

ÖKTÖ puan ortalamalarının hasta yakının, hasta ve hastalık prognozu hakkında bilgilendirme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta ve hastalık prognozu hakkında bilgilendirilen hasta yakınlarının ÖKTÖ toplam puan ortalamaları diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.

ÖKTÖ puan ortalamalarının hasta yakınının hastasıyla duygularını paylaşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastasıyla duygularını paylaşmayanların ÖKTÖ alt boyutlarından “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları daha yüksektir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının hastayla son istekleri üzerine konuşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastasıyla son isteklerini konuşmayanların ÖKTÖ alt boyutlarından “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları daha yüksektir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının hastanın son isteklerini yerine getirebilme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastasının son isteklerini yerine getiremeyenlerin ÖKTÖ alt boyutlarından “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” ile “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları daha düşük; “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları ise daha yüksektir.

Tablo 7. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği			
	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam Puan
Anksiyete Yok (<10 puan)	66,74±14,07	15,12±7,13 ^a	33,41±16,92	115,27±18,74
Hafif Düzey Anksiyete (10-18 puan)	62,88±17,14	15,48±6,68 ^a	39,58±17,57	118,02±20,69
Orta Düzey Anksiyete (19-29 puan)	63,92±10,62	22,92±6,31 ^b	39,57±10,35	126,42±12,62
F=	1,119	7,867	2,541	2,211
p=	0,329	0,001*	0,082	0,113

* p<0,05, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

Katılımcıların anksiyete düzeylerine göre ÖKTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir.

ÖKTÖ puan ortalamalarının anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hangi gruplarda farklılık olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni testine göre anksiyetesi olmayanların ve hafif düzey anksiyetesi olanların ÖKTÖ alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları orta düzey anksiyetesi olanlara göre daha düşüktür.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre BAE puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir.

BAE puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların BAE puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

BAE puan ortalamalarının meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hangi grupların farklı olduğunu saptamak için yapılan Bonferroni testine göre esnaf/serbest meslek sahibi olanların BAE puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşüktür.

Tablo 8. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Beck Anksiyete Envanteri
Yaş	
18-35	9,77±7,06
36-55	8,08±6,52
56 ve Üzeri	7,84±6,18
F=	1,118
p=	0,330
r=	-,131
p=	0,100
Cinsiyet	
Kadın	9,70±6,74
Erkek	4,85±4,46
t=	4,278
p=	0,000
Medeni Durum	
Bekâr	11,58±7,94
Evli	7,67±5,99
t=	-3,093
p=	0,003
Eğitim Durumu	
Okur-yazar	7,93±3,28
İlkokul	8,45±6,18
Ortaokul	7,23±6,55
Lise	6,64±6,88
Üniversite ve Üzeri	10,97±7,45
F=	2,153
p=	0,077
Meslek	
Esnaf/Serbest	4,36±3,12 ^a
Ev Hanımı	9,26±6,10 ^b
Memur	9,71±7,33 ^b
Diğer	10,79±6,50 ^b
F=	4,736
p=	0,003*

* p<0,05, r: Pearson Koralasyon Katsayısı, t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

Katılımcıların bakım verici ve bakım verdikleri hastanın özelliklerine göre BAE puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir. BAE puan ortalamalarının aile içinde hastanın olası ölümü üzerine konuşma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p<0,05). Buna göre aile içinde hastanın olası ölümü üzerine konuşanların BAE puan ortalamaları diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 9. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özelliklerine Göre Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Beck Anksiyete Envanteri
Palyatif bakım verilen hastanın tanısı	
Kanser	8,16±6,43
Diğer	10,18±7,31
t= / p=	-1,340 / 0,182
Hastayla yakınlık durumu	
1. Dereceden Yakını	8,21±6,61
Diğer	11,16±5,67
t= / p=	-1,498 / 0,136
Hastanın bakımından primer (öncelikli olarak) sorumlu olma durumu	
Evet	9,18±6,05
Hayır	7,38±6,18
t= / p=	1,707 / 0,091
Hasta ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirilme durumu	
Evet	8,36±6,65
Hayır	9,66±5,33
t= / p=	-,573 / 0,567
Hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşma durumu	
Evet	9,50±7,54
Hayır	7,41±5,32
t= / p=	2,013 / 0,046*
Ölmek üzere olan bir kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmesi durumu	
Evet	8,07±4,42
Hayır	8,47±6,77
t= / p=	-0,210 / 0,834
Yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulması durumu	
Evet	9,57±6,01
Hayır	8,28±6,65
t= / p=	0,801 / 0,424
Ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi kimin vermesi hakkındaki görüşleri	
Aile Yakını	7,70±6,51
Doktor	8,09±6,64
Psikolog/Psikiyatrist/Diğer	11,42±5,81
F= / p=	2,592 / 0,078
Hastanın bilinci açık olma ve konuşabilme durumu	
Evet	8,11±6,48
Hayır	9,96±6,89
t= / p=	-1,352 / 0,178
Hasta yakınının hasta ile konuşarak geçirdiği süre	
Günde 1 saatten az	10,61±8,80
Günde 1-3 Saat arası	7,21±6,71
Günde 3 Saatten Fazla	8,33±5,69
F= / p=	1,519 / 0,223

Tablo 9. Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Bakım Verici ve Bakım Verdikleri Hastanın Özelliklerine Göre Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler	Beck Anksiyete Envanteri
Hastanın duygularını paylaşma durumu	
Evet	8,68±7,12
Hayır	8,30±6,17
t= / p=	0,352 / 0,725
Hasta yakınının hastasıyla duygularını paylaşma durumu	
Evet	8,40±6,76
Hayır	8,46±6,52
t= / p=	-0,056 / 0,956
Hastayla fiziksel temas kurma durumu (sarılma, öpme vb.)	
Evet	9,67±7,20
Hayır	6,77±5,21
t= / p=	2,791 / 0,006*
Hastayla son istekleri üzerine konuşma durumu	
Evet	8,11±7,06
Hayır	8,48±6,54
t= / p=	-0,215 / 0,830
Hastanın son isteklerini yerine getirebilme durumu	
Evet	8,09±7,60
Hayır	8,51±6,44
t= / p=	-0,281 / 0,779

* p<0,05, t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

BAE puan ortalamalarının fiziksel temas kurma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Hastasıyla fiziksel temas kuranların BAE puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 10. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları ile Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi

		Ölüme Karşı Tutum Ölçeği			
		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma	Toplam Puan
Beck Anksiyete Envanteri	r	-0,092	,246**	,177*	,178*
	p	0,254	0,002	0,027	0,027

r: Pearson Korelasyon Katsayısı; *: p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile BAE puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi Tablo 10'da gösterilmiştir. ÖKTÖ toplam

ve alt boyut puan ortalamaları ile BAE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre ÖKTÖ toplam ve alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme”, “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları ile BAE puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. ÖKTÖ toplam ve alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme”, “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları arttıkça BAE puan ortalamaları artmaktadır.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme karşı tutum ve anksiyete durumları ve bu bilgilerle sosyodemografik veriler arasındaki bağlantının tespitine yönelik bulgular, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yarıya yakını 36-55 yaş aralığında, dörtte üçünün kadın, büyük çoğunluğunun evli, çoğunlukla ilkokul mezunu ve yarısının ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde Özkurt (2019)'un araştırmasında; tüm bakım modellerinden (evde bakım, informal bakım ve kurum bakımı) dört bakım verenden üçünün kadın hasta yakınları (%73,3) olduğu saptanmıştır. Torun (2019)'un hasta ailesinin palyatif bakım deneyiminin araştırıldığı çalışmada ise katılımcıların (%62) çoğunluğunu erkek hasta yakınlarının oluşturduğu görülmektedir. Altaş (2020)'in yaptığı çalışmada hasta yakınlarının büyük oranda (%80,1) evli olduğu bildirilmiştir. Eğici ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında, hasta yakınlarının %53,9'nun ortaokul ve altında eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Öte yandan Altaş (2020)'in araştırmasında ise araştırmaya katılan hasta yakınlarının eğitim düzeyleri %39,8'i üniversite ve üzeri mezunu, %34,8'i ilköğretim ve aşağısı ve %24,8'nin ise lise mezunu eğitim durumunda değerlendirilmiştir. McCarthy ve arkadaşlarının (2016) palyatif bakım tedavisi alan hastaların ve bakım verenlerin deneyimleri ve ihtiyaçlarını saptadıkları çalışmada da hastaya bakım verenlerin yükseköğretim %53,8'nin seviyesinde olduğu görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı yerin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyinin hasta yakınlarının eğitim durumları üzerinde etkili olduğu sonucuna varılabilir.

Altaş (2020)'nin çalışmasında hasta yakınlarının %39,8'nin serbest meslek ile ilgilendiği, %29,8'inin ise ev hanımı olduğu bulunmuştur. Aksakal (2014)'in çalışmasında da hasta yakınlarının büyük bir kısmının ev hanımı (%38,2) olduğunu saptanmıştır. Çalışmamızda hasta yakınlarının meslek dağılımları değerlendirildiğinde yarısını ev hanımları oluşturduğu görülmüştür. Bu da hasta yakınlarının eğitim durumu gibi araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyokültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmanın bulguları, Türk kültürüne ait bakım verenlerle yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının tamamına yakınının hastanın birinci derece yakını, yarından fazlasının da hastanın bakımından primer sorumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Altaş (2020)'in çalışmasında da hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun hastanın çocuğu (%54,7), üçte birine yakını (%30) anne, baba, torunu ve %14'ünün de diğer yakınardan olduğu saptanmıştır. Türk toplumunda hasta bireyin bakımı özellikle eş ve çocuklar başta olmak üzere genellikle aile içinden bireyler tarafından verilmektedir. Hastaya bakım verme süreci aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır. Çalışmamız bulguları da bunu destekler nitelikte olup klasik Türk aile yapısı ve aile içindeki destek sistemiyle paralellik göstermiştir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının tamamına yakını, hasta ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirilmiştir (Tablo 2). Alacacioğlu (2007)'nin onkoloji hastalarının yakınlarıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %88'inin hastalık hakkında bilgisi olduğu saptanmıştır. Collins ve arkadaşlarının (2018) palyatif bakımda yatan ileri dönem kanser hastalarının yakınlarıyla yaptıkları çalışmada da hasta yakınlarının sağlık profesyonelleri tarafından kendileriyle kurdukları iletişimde ölüm ve ölmek hakkında doğrudan bir iletişim kurulmasını ve bilgilendirilmesini istedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Eriksson ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında hasta yakınlarının %76'sının sağlık personeli tarafından hastalarının hastalığı tedavisi hakkında bilgilendirildiklerini bildirmişlerdir. Literatürde hasta yakınlarının, hastanın durumu hakkında sağlıklı bilgi alma beklentisi içinde oldukları görülmektedir. Hastanın durumu ile ilgili yeterli bilgilendirme hasta yakınlarının mevcut durum ile baş etme becerilerini geliştirebileceği bildirilmektedir (Koyuncu ve ark., 2016). Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının düşük anksiyete ve ölüme karşı genel olarak kabullenici tutum sergilemesinin de büyük çoğunluğunun bilgilendirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hasta yakınlarının ölüme ilişkin cevapları incelendiğinde (Tablo 2); yarısının hastasının olası ölümünü aile içinde konuşmadıklarını, tamamına yakınının ölmek üzere olan kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmemesi gerektiğini bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun, yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulmaması, hasta yakınlarının yarından fazlasının ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi doktorun vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hasta yakınlarının bu tutumu bize hasta yakınlarının kendi hastalarıyla ölüm hakkında konuşmaktan kaçındıklarını, hastanın yaşamının son günleri olsa bile hastanın ne zaman

öleceği ve az ömrünün kaldığı konusunda bilgilendirilmesine karşı olduklarını göstermektedir. Hasta yakınları, ölüm hakkında hasta ile konuşmaktan kaçınmakta, ölüm hakkında konuşmanın hastanın kederini artıracaklarını düşünmektedirler. Dolayısıyla hastanın kendi ölümü hakkında bilgi sahibi olmasının ona fayda sağlamayacağını, hastanın ölümünü bilmek istemeyeceğini düşünüyor olabilirler. Skulason ve arkadaşlarının (2014) son dönemdeki hastaların büyük çoğunluğunun kendi ölümleri hakkında konuşma konusunda isteksiz olduklarını bulmaları çalışmamıza katılan hasta yakınlarının bu düşüncelerini desteklemektedir. Oysa ölüm karşısındaki sessizliğin hastanın korku ve endişelerini azaltmayacağı bilinmelidir. Ölümünün yakın zamanda gerçekleşeceğini bilen hasta için geleceği konuşmak ona umut vaat etmek anlamlı değildir. Ölümü yaklaşan hasta için önemli olan içinde olunan andır ve bu anlar, samimiyet, sevgi ve dostlukla geçirilmeye çalışılmalıdır (Akdemir & Birol, 2020). Batı ülkelerinde hastaların kendi hastalıkları konusunda bilgi sahibi olması bir hak olarak değerlendirilirken daha toplulukçu kültürler olan doğu ülkelerinde hastaların bireysellikleri geri planda olduğundan hastalık süreçleri hakkında bilgilendirilmedikleri görülmektedir (Tang, 2019). Ülkemizde hastaların kendi sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olma durumları üzerine yapılan araştırmalarda “kanser tanısını” bilmeyenlerin oranlarının %20 ile %54 arasında değiştiği değerlendirilmiştir (Ateşçi ve ark., 2003). Alacacioğlu (2007)’nin çalışmasında hastaların hastalıklarını bilmelerinin en doğal hakları olduğu düşüncesiyle hastalara tanıları açıklanmıştır. Alacacioğlu’nun çalışmasına katılan hastaların neredeyse tamamının (%95,5) tanılarını bilmek istediklerini bilmekten memnun olduklarını bildirmişleridir. Aynı çalışmaya katılan hasta yakınlarının ise %23,6’sının, hastanın moralinin bozulmaması, umutsuzluğa kapılmaması gibi sebeplerle hastalarının tanıları hakkında bilgilendirilmesini istemediklerini bildirmişlerdir. Hasta yakınlarının bu tutumunun sebebi, kanser tanısını öğrenmenin hastada psikolojik yıkım yaratacağını düşünmeleri olarak değerlendirilmiştir. Oysa Alacacioğlu (2007)’nin çalışmasında tanısını bilen hastaların depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin tanısını bilmeyen hastalara göre farklı olmadığı değerlendirilmiştir. Ersoy (2000)’ün çalışmasında ise kanser tanısını öğrenen hastaların depresyon düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada tanısını bilen hastalardan hastalık hakkında ayrıntılı bilgisi olan hastaların, depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir. Tang (2019)’ın çalışmasında da teşhislerini bilen

ölümcül kanserli yaşlıların ölüme karşı olumlu tutum sergileme olasılığının daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Montgomery ve arkadaşları (1999), iyi bilgilendirilen hastaların psikolojik problemlere daha az maruz kaldığını ve tedaviye daha iyi uyum sağladıklarını belirtmişlerdir. Ölümcül kanser hastaları ve yakınlarıyla yapılan Kirk ve arkadaşlarının (2004)'nın çalışmasında, iletişim sürecinde duyarlılık ve bireysel isteklere saygı duyulması, ana tema olarak ortaya çıkmıştır. Kirk ve arkadaşları (2004) bu çalışmalarında tüm hastaların hastalıklarının tanısını bilmek istediklerini ve hastalık süresince aileleri ile bilgilerinin tam olarak paylaşılmasının önemli olduğunu düşündüklerini saptamışlardır. Bununla beraber tüm aile üyeleri de hastanın tanıyı bilmesinin önemli olduğunu ve her ne kadar hastalarını prognozla ilgili ayrıntılardan korumak isteseler de, hastalarının bilmek isteyip istememelerine saygı duyduklarını bildirmişlerdir. Tüm bu literatür bilgileri ve çalışmamızdaki ölüm ve hastalık prognozu hakkında bilgilendirmeye dair bulgular değerlendirildiğinde hasta yakınlarının genel tutumunun hastalarının bilgilendirilmesine karşı olumsuz tutum sergiledikleri görülmektedir. Hasta yakınlarının bu tutumlarının sebebi olarak hastalarının ölüm konusunda bilgilendirilmesinin onun psikolojik ve fizyolojik esenliği için fayda sağlamayacağını düşünceleri olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların tamamına yakınının bilinci açık ve konuşabilecek durumda iken yarıdan fazlasının duygularını yakınıyla paylaşmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Yaşamın son dönemlerini yaşayan ve sağlığı konusunda yolunda gitmeyen şeylerin belki de farkında olan hasta bilinmezlik içinde korkularıyla sessiz şekilde başa çıkmaya çalışmakta, yakınlarıyla süreç içindeki korku ve kaygılarını paylaşmaktan kaçınmaktadır. Bunun sebebi hasta yakınlarının da süreç içinde hastayla olan sözel iletişim ve duygusal paylaşımdan uzak durmaları olabilir. Yalom (2008)'un da dediği gibi ölüm hakkında konuşmak güneşe doğrudan bakmak kadar zor ve yakıcıdır. Sağlık çalışanı, hasta ve ailesi dillendirilmeden gizli bir mutabakatla ölüm konusunu açmaktan uzak dururlar. Hastalık prognozu hakkında ümitli olmayan hastalar akıllarına gelen olası ölüm düşüncelerini bu gizli mutabakatla dillendirmekten kaçınıyor olabilir.

Hasta yakınlarının hastalarına olan davranışları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%41,1), günde 3 saatten fazla hastasıyla konuşmasına karşın yine büyük çoğunluğunun (%68,4) hastalarıyla duygularını paylaşmadığı saptanmıştır. Hasta yakınlarının tamamına yakınının hastasıyla son istekleri üzerine konuşmadığını ve son

isteklerini yerine getiremediğini belirtmişlerdir. Terminal dönemdeki hastalarıyla duygularını paylaşmayan ve iletişimden kaçınan hasta yakınları, hastalarını ölümleri hakkında bilgilendirme görevinden de kaçınarak bu görevi doktorlarının yapmasını beklemektedir. Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının büyük çoğunluğu (%58,2) hastanın ne zaman öleceği konusunda bilgiyi doktorun vermesini istemektedir (Tablo 2). Faulkner (1998) yaşamı tehdit edici veya tedavisi mümkün olmayan hastalık yaşayan hasta ve yakınlarının kötü haberle karşı karşıya geldiklerinde hekimlerinden kötü haberi verme konusunda beklenti içine girdiklerinden bahsetmiştir. Çalışmamıza katılan hasta yakınları da kötü haber verme konusunda hekimlerinden destek bekleyerek kendileri bu sorumluluktan kaçınıcı tutum göstermiş olabilirler. Hasta yakınları terminal dönemdeki hastalarıyla gerek kendi duygularını paylaşmaktan gerekse hastanın ölümü hakkında konuşmaktan kaçınmaktadır.

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının en yüksek puanları “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutundan aldıkları görülmüştür (Tablo 3). Literatürde ÖKTÖ ölçeği kullanılarak ölüme karşı tutumların değerlendirildiği araştırmalara bakıldığında Abalı Işık (2008)’ın araştırmasında hemşirelerin, ÖKTÖ alt boyut puanlarından en yüksek “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutunda aldıkları görülmektedir. Bilge ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde hastaların “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyut puan ortalaması diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölüme ilişkin tutumların değerlendirildiği literatürdeki başka çalışmalarda da, tarafsız kabullenmenin daha çok kullanılan yaklaşım olduğu belirlenmiştir (Gama ve ark., 2012; Kumar ve ark., 2014; Matsui & Braun, 2010). “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutu ölüm olayının, yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu ifade eder ve ölümün ölümden sonraki hayata bir geçiş olduğuna inanma olarak açıklamaktadır. Bulgularımız bize araştırmamıza katılan hasta yakınlarının ölüm gerçeğini doğal, yaşanılması ve kabul edilmesi gereken bir olay olarak algıladıklarını göstermektedir. Ölümün kendisi ve ölümün kabulüyle, ölüm kaygısı yönetilebilir ve kontrol edilebilir bir durum haline gelmektedir (Zimmermann, 2012). Hayatı tehdit eden olaylara başarılı şekilde adaptasyon sağlayan kişiler bunu dini inançları sayesinde sağladığı saptanmıştır (Holland ve ark., 1999). Çalışmamıza katılan hasta yakınları da ölümle başa çıkmada bu yolu kullanmış olabilirler. Ellison (1991) çalışmasında, bilişsel becerileri ve eğitim

düzeyi düşük bireylerin, yaşam krizlerinin karmaşıklıklarını anlamak için dini anlamlardan yararlanma olasılıklarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yılmaz Karabulutlu ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin %46'sının anksiyete riski taşıdığı bulunmuştur. Buna karşın bizim çalışmamıza katılan hasta yakınlarının büyük kısmında (%61,4) anksiyete gözlenmemiştir (Tablo 4). Fortunatti ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında hasta bakımına katkıda bulunana hasta yakınlarında, anksiyete ve depresyonun azaldığı bildirilmiştir. Palyatif bakımda hasta yakını hasta bakımında aktif rol üstlenmektedir. Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının palyatif bakım felsefesi gereği hastalarının bakımına katkıda bulunmaktadır. Bu sebeple düşük anksiyete belirtileri göstermiş olabilirler. Ayrıca çalışmamızdaki hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun hastalık prognozu hakkında bilgilendirilmiş olmaları, hasta yakınlarının ölüme karşı kabullenici tutum sergilemelerinin, hasta yakınlarının anksiyete durumları üzerinde olumlu etkisi olabilir.

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarından 36-55 yaş grubunda olanların diğer yaş gruplarına göre “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları daha yüksek olarak değerlendirilmiştir (Tablo 5). Yaş değişkeni ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve tarafsız kabullenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, yaş arttıkça “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları azaldığı tespit edilmiştir. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin orijinal çalışmasında da Wong ve arkadaşları (1994) yaş ile birlikte “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” alt boyutlarının puan ortalamalarının artış gösterdiğini belirtilmiştir (Weiler ve ark., 1989; Wong ve ark., 1994). Özyalçın (2019)’ın çalışmasında da orta yaş grubu hasta yakınlarının ölüme ilişkin tutumlarının daha kabul edilebilir düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu da bize yaşla birlikte ölümün, yaşamın doğal bir sonu olarak algılandığını ve daha kabul edilir bir durum halini aldığını gösteriyor diyebiliriz.

Hasta yakınlarının ölüme karşı tutumlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde kadınların ÖKTÖ toplam puan ortalamalarının erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Benzer şekilde literatürde yapılan çeşitli araştırmalarda da ölüm kaygısı düzeyinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ertufan,

2008; Meşeli, 2020; Özdemir, 2014). Kadınların duygularını fark etme ve ifade etme konularında beceri sahibi olmaları, kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olması, erkeklerin ise cinsiyet rolleri açısından güçlü ve korkusuz görünmek düşünceleriyle cevap vermeleri sebebiyle kadınların ölüm korkusunun daha yüksek çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Altaş (2020)'ın çalışmasında hasta yakınlarının eğitim durumları ile “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme”; “Kaçış Kabullenme” alt ölçek puanları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ortaya çıkmıştır ($p>0,05$). Eğitim durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, hasta yakınlarının eğitim durumu yükseldikçe ölümü kabullenmelerinin azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde eğitim durumu değişkenine göre hasta yakınlarının ÖKTÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunduğu, eğitim durumu yükseldikçe hasta yakınlarının hasta yakınlarının ÖKTÖ puan ortalamalarının arttığı dolayısıyla ölümü kabullenmelerinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 5).

Bakım verilen hastanın tanısına göre hasta yakınlarının ÖKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde kanser hastası olan hasta yakınlarının ÖKTÖ alt boyutlarından “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları diğer hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Hastası ölüme yaklaşan bireyler, ölümü tüm sıkıntılardan kurtuluş olarak görmektedir. Hasta yakınları, yaşamının son dönemlerinde ağrı ve acı çeken hastalarının acılarının ölümle son bulacağını düşünüyor olabilirler. Bu sebeple hasta ve hastalık prognozu hakkında bilgilendirilen hasta yakınlarının da ÖKTÖ toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu değerlendirilebilir. Literatüre göre iyi ölümün unsurlarının değerlendirildiği çalışmalarda, hastaların ağrı acı gibi semptomlarının kontrolü, uzun bir ölüm sürecinden kaçınma gibi unsurların kişilerin ölümü iyi olarak değerlendirmesine etki ettiği belirtilmiştir (Bakanic ve ark., 2016; Gafaar ve ark., 2020; Leung ve ark., 2010).

Hastasıyla duygularını paylaşmayan hasta yakınlarının, hastasıyla son isteklerini konuşmayan hasta yakınlarının ve hastasının son isteklerini yerine getiremeyenlerin, ÖKTÖ alt boyutlarından “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Tang (2019)'ın kanser hastaları ve hasta yakınları üzerinde yaptığı çalışmada hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun hastayı

tanısını sorması veya ölüm ya da ölmekle ilgili kişisel duygularını paylaşması için cesaretlendirmedigini bulmuşlardır. Çalışmamızdaki hasta yakınları da bu tarz duyguların paylaşımından geri durmakta ve Ölümden kaçınıcı tutum sergilemektedir. Çalışmamızdaki bu bulguyu hastasıyla ölümü ve onları kaybetmekten duydukları korkularını, endişelerini paylaşmaktan kaçınan, bu tarz duygularını dile getirmeyen hasta yakınlarının ölüm korkuları da artmaktadır şeklinde yorumlayabileceğimiz gibi; ölüm korkusu yüksek ve ölümden kaçınan tutum sergileyen hasta yakınlarının bu duygularını dile getirmekten kaçındıkları için hastalarıyla duygusal iletişim kurmaktan kaçındıkları şeklinde de yorumlayabiliriz. Bu tutumları sebebiyle de hasta yakınlarının hastasıyla son isteklerini de konuşmaktan kaçınmakta ve hastasının son isteklerini yerine getiremedikleri çıkarımında bulabiliriz.

Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin “Kaçış Kabullenme” alt boyutu, ölümü yaşamın fiziksel veya psikolojik zararlarından kurtaracağına inanma olarak açıklanmaktadır. Çalışmamıza katılan hasta yakınlarından anksiyetesi olmayanların ve hafif düzey anksiyetesi olanların ÖKTÖ alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları orta düzey anksiyetesi olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Yani anksiyetesi daha yüksek olan hasta yakınları ölümü yaşamın zararlarından bir kurtuluş olarak görmektedir. Çiçek (2021)’in çalışmasında da ölüm anksiyetesi ve genel anksiyeteleri yüksek olan bireylerin ölümü bir kurtuluş olarak görme eğilimlerinin arttığı değerlendirilmiştir. Yaşamın yükü ile baş edemeyen birey anksiyete belirtileri göstermekte ve ölüm sayesinde bu dünyanın yüklerinden bir kaçış tutumu sergilemektedir.

Anksiyeteyi etkileyen faktörlerden biri de cinsiyet değişkenidir. Anksiyete ve cinsiyet üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında; Ateş ve arkadaşlarının (2018)’nın kanserli hasta ve hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada kadın hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri erkek hasta yakınlarına göre anlamlı derecede yüksek olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde Sarıtaş ve Büyükbayram (2016)’ın kemoterapi alan hasta ve hasta yakınlarının anksiyete durumları ve etkileyen faktörlerinde değerlendirildiği çalışmada cinsiyetin hasta yakınlarının anksiyete durumları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Fridriksdóttir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, hasta bakımını üstlenen kadınların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmaların bulguları yaptığımız çalışma sonuçlarıyla benzerlik

göstermektedir. Çalışmamıza kadın hasta yakınlarının BAE puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek değerlendirilmiştir (Tablo 8). Kadın hasta yakınlarının erkeklere göre daha fazla anksiyete belirtileri göstermelerinin sebebi olarak hasta bakımı konusunda kadınların, daha fazla sorumluluk üstlenmeleri ve hastayla daha çok zaman geçirmeleri gösterilebilir. Toplumumuzda kadınların üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmede erkeklere göre daha hassas davranış sergilemesinden sebep, hasta bakım sürecinde kadın hasta yakınlarının erkeklere göre daha fazla anksiyete belirtileri gösterdikleri düşünülebilir.

Sarıtaş ve Büyükbayram (2016)'ın kemoterapi alan hasta ve hasta yakınlarının anksiyete durumları ve etkileyen faktörlerinin değerlendirildiği çalışmada mesleğin hasta yakınlarının anksiyete durumları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde meslek değişkeninin hasta yakınlarının anksiyete durumları üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır. Bu farklılığın Esnaf/ Serbest Meslek grubundan kaynaklandığı ve bu grubun anksiyete düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Bu saptamanın nedeni olarak çalışmaya katılan hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun ev hanımı olması ve bu grubun kadın cinsiyetindeki yelerden oluşurken; esnaf grubunun erkek cinsiyetindeki katılımcılardan oluşması ve kadınların anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olması etkili olmuş olabilir.

Terminal dönemdeki hastalıklarda tedavi edilebilirlik düzeyi, hastaların gerçekçi olmayan şifa beklentileri, hastaların istekleriyle uyumlu olmayan agresif tedavinin uygulanması gibi durumlar hasta ve hasta yakınlarının yaşam sonu konularda konuşmasını güçleştirmektedir (Epstein ve ark., 2017). Ölüm ile ilgili konuşmalar, çoğu zaman konuşulmamakta, ertelenmekte, hastalık çok ilerleyene ve hastanın yaşamının sonuna çok yakın olduğu döneme kadar ertelenmektedir (Epstein ve ark., 2017; Lowey, 2015). Konuşma, genellikle hastanın ölümünden kısa bir süre önce gerçekleşmektedir (Epstein ve ark., 2017). Çalışmamızda da hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşan hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin konuşmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Hastanın olası kaybı üzerine konuşmayı yaşamın son dönemine kadar gerçekleştirmeyen hasta yakınlarının bu konuşmayı hastane ortamında gerçekleştirmiş olmaları onların anksiyete düzeyleri üzerinde olumsuz etki göstermiş olabilir.

Eriksson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında hastalarının ölümü sırasında orada olan hasta yakınlarının daha fazla duygusal destek ihtiyacı duyduklarını saptamışlardır. Çalışmamızda hastasıyla fiziksel temas kuran hasta yakınlarının BAE puan ortalamaları daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir (Tablo 9). Hastasının son döneminde yanında olan hasta yakınları duygusal destek ihtiyaçları sebebiyle hastalarıyla daha fazla fiziksel temas kurdukları düşünülebilir. Çalışmamızdaki hasta yakınları her ne kadar hastalarıyla sözel olarak duygularını ifade etmekten kaçınırsalar da; hastalarının son dönemlerinde hastalarıyla daha fazla fiziksel temas kurarak hastalarıyla son zamanlarını geçirmektedirler.

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği toplam ve alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme”, “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları ile BAE puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır (Tablo 10). ÖKTÖ toplam ve alt boyutlarından “Kaçış Kabullenme”, “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları arttıkça BAE puan ortalamaları artmaktadır. Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının ölüm korkusu arttıkça, hasta yakınları ölümden kaçınıcı tutum gösterdikçe anksiyetelerinin de arttığı saptanmıştır. Liu ve arkadaşlarının (2018) kanser hasta ve yakınları ile yaptıkları çalışmada hastalarına tanıyı açıklamayan ve ölümden kaçınıcı tavır sergileyen hasta yakınlarının daha yüksek düzeyde kaygı gösterdikleri belirtilmiştir. Bu saptamayı destekleyen Gülbağcı ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da ölüm korkusu yaşayan hasta yakınlarının Beck anksiyete skorlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Ölüm korkusunun güçlü ve evrensel bir algı olduğu düşünüldüğünde; Ölüme Karşı Tutum Ölçeği’nin (ÖKTÖ) alt boyutlarının, ölüm kaygısı ile başetmeye yönelik bir çeşit savunma mekanizması olarak yorumlanabilir (Weiler & Wong, 1989; Wong ve ark., 1994). Yapılan araştırmalarda ölüm kaygısının çoğunlukla; din, yaş, cinsiyet, meslek, sosyo-ekonomik düzey vb. gibi değişkenlerle ilgisinin incelendiği görülmektedir (Knight ve ark., 2000; Koç, 2002; Rooda ve ark., 1999; Schwartz ve ark., 2003; Tanhan & Arı, 2006).

Çalışmamızda bu değişkenlerin yanı sıra hasta yakınlarının ölüm ve hastalarına karşı yaklaşımlarının da incelenmesi çalışmamızın önemini artırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme karşı tutumları ve anksiyete durumlarının belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmada:

- Çalışmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalamasının $46,93 \pm 13,69$ olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur (%74,1). Katılımcıların büyük çoğunluğunu ev hanımları (%50) oluşturdu. Katılımcıların tamamına yakını hastanın 1. derece yakınıdır (%89,2) ve hastalarının çoğunun tanısının (%86,1) kanser olduğunu bildirmişlerdir.
- Hasta yakınlarının tamamına yakını (%94,3) hastalık prognozu hakkında bilgilendirilmiştir, yarısı (%50,6) hastanın olası ölümü hakkında aile içinde tartışmıştır. Hastanın ne zaman öleceğini bilmesi gerektiğini düşünen hasta yakını oldukça azdır (%8,2). Hastaya ölüm bilgisini yarıdan fazlası (%58,2) doktor tarafından verilmesi gerektiğini belirtirken, dörtte biri (%23,4) aile yakını tarafından verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.
- Hasta yakınları tarafından hastaların çoğunun (%82,3) bilinci açık ve konuşabilecek durumda olduğu bildirilirken; hasta ve hasta yakınlarının gün içinde konuşarak geçirdikleri süreler sorgulandığında hasta yakınlarının yarıdan azının hastalarıyla gün içinde 3 saatten fazla konuştukları bildirilmiştir. Bununla birlikte hasta yakınlarının yarıdan fazlasının (%68,4) hastalarıyla duygularını paylaşmadıklarını, hastalarının da yarıdan fazlasının (%56,3) kendileriyle duygu paylaşımında bulunmadıklarını, yarıdan fazlasının (%57,6) hastasıyla sarılma, öpme vb. şekilde fiziksel temas kurduklarını bildirmişlerdir.
- Hasta yakınlarının ÖKTÖ toplam puan ortalamalarının $117,21 \pm 18,97$, “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” alt boyut puan ortalaması $65,48 \pm 14,80$, Kaçış Kabullenme alt boyut puan ortalaması $15,96 \pm 7,23$ ve “Ölüm Korkusu” ve “Ölümden Kaçınma” alt boyut puan ortalaması $35,77 \pm 16,83$ olarak değerlendirilmiştir.
- Hasta yakınlarının BAE puan ortalamaları $8,44 \pm 6,57$ olarak saptanmıştır.
- Hasta yakınlarının %61,4’ünde anksiyete gözlenmemiş; %29,1’inde hafif düzeyde ve %9,5’inde orta düzeyde anksiyete tespit edilmiştir.

- Hasta yakınlarının Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelendiğinde; cinsiyet, yaş, meslek, bakım verilen hastanın tanısı, hasta yakının hastalık prognozu hakkında bilgilendirme durumu, hasta yakınının hastasıyla duygularını paylaşma durumu, hastayla son istekleri üzerine konuşma durumu ve hastanın son isteklerini yerine getirebilme durumu değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Hasta yakınlarının Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastayla yakınlık durumu, hastanın bakımından primer (öncelikli olarak) sorumlu olma durumu, hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşma durumu, ölmek üzere olan bir kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmesi durumu, yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulması durumu, ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi kimin vermesi hakkındaki görüşleri, hastanın bilinci açık olma ve konuşabilme durumu, hasta yakınının hasta ile konuşarak geçirdiği süre, hastanın duygularını paylaşma durumu, hastayla fiziksel temas kurma durumu (sarılma, öpme vb.) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediği saptanmıştır.
- Hasta yakınlarının Beck Anksiyete Envanteri toplam puanları ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelendiğinde; cinsiyet, meslek, hastanın olası ölümü üzerine aile içinde konuşma durumu, hasta ile fiziksel temas kurma durumu değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Hasta yakınlarının Beck Anksiyete Envanteri toplam puanları ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelendiğinde; yaş, medeni durum, eğitim durumu, palyatif bakım verilen hastanın tanısı, hastayla yakınlık durumu, hastanın bakımından primer (öncelikli olarak) sorumlu olma durumu, hasta ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirilme durumu, ölmek üzere olan bir kişiye ne zaman öleceği konusunda bilgi verilmesi durumu, yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulması durumu, ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi kimin vermesi hakkındaki görüşleri, hastanın bilinci açık olma ve konuşabilme durumu, hasta yakınının hasta ile konuşarak geçirdiği süre,

hastanın duygularını paylaşma durumu, hasta yakınının hastasıyla duygularını paylaşma durumu, hastayla son istekleri üzerine konuşma durumu, hastanın son isteklerini yerine getirebilme durumu değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır.

- Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Beck Anksiyete Envanteri arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf korelasyon bulunmuştur ($r=0,178$; $p<0,05$). Hasta yakınlarının ÖKTÖ toplam ve alt boyutlarından Kaçış Kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları arttıkça BAE puan ortalamalarında da artış olduğu değerlendirilmiştir.

Öneriler;

Araştırmamız sonuçları doğrultusunda palyatif bakım hasta yakınlarının ölüme yönelik daha kabullenici ve sağlıklı tutumlar geliştirerek, hastalarına bakım verdikleri süreç içinde olabildiğince düşük anksiyete belirtileri göstermeleri ve hastaları ile kalan yaşamlarını daha kaliteli geçirmeleri amacıyla yapılacaklara ilişkin şu önerilerde bulunmamız mümkündür:

- Palyatif bakım hasta yakınlarının sosyal destek ağlarını arttırmak amacıyla alandan profesyonellerin de kendilerine eşlik ettiği destek grupları oluşturularak, belirli aralıklarla destek grubu toplantılarının gerçekleştirilmesi,
- Ölüm hakkında konuşmakta güçlük çeken hasta yakınlarına sağlık çalışanlarının kabullenici yaklaşımda bulunması,
- Anksiyete düzeyi yüksek olan hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının görüşmeler yapması,
- Ölüm oldukça hassas ve çalışılması zor bir alandır. Ölmekte olan hastanın son zamanlarında hasta ve hasta yakınları ile temas halinde olan sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları gibi ölüm konusunda korku ve kaygı yaşayabilmektedir. Bu noktada sağlık çalışanlarının da ölüm ve ölüme yönelik tutumlar konusunda farkındalık kazanmaları amacıyla personele yönelik yapılacak hizmetiçi eğitimler düzenlenmesi,
- Mevcut çalışmamızda hasta yakınlarının, hastalarının kendi ölümleri hakkında bilgi sahibi olmalarına karşı duruş sergilediklerini ve hastalarıyla ölüm hakkında konuşmadıklarını göstermektedir. Hasta yakınlarının bu yaklaşımlarının

değiştirilmesinde palyatif bakımda çalışan sağlık personellerinin hasta yakınlarını hasta otonomisi ve hasta inisiyatifi hakkında doğru bilgilendirme ve yönlendirmede bulunması,

- Hastalarıyla duygu paylaşımı konusunda isteksiz olan hasta yakınlarının, hastalarının son isteklerini yerine getirmekte de yetersiz kalmaları söz konusudur. Bu durum son zamanlarını kaliteli geçirmesi istenen palyatif bakım hastasının son isteklerini gerçekleştiremeden hayata veda etmesine sebep olmaktadır. Bu noktada palyatif bakımdaki hasta yakınına ölüm ve ölmekte olan bireye yaklaşım, kendi ölüm ve korkularıyla başa çıkma, ölmekte olan sevdikleriyle vedalaşma konularında verilecek profesyonel destek ve psikoeğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abalı Işık, E., 2008. Ölüme karşı tutum ölçeği'nin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Abdel-Khalek, A.M., 2005. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251–259.
- Akdemir, N., & Birol, L., 2020. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 6. Baskı. Akademisyen Kitabevi, İstanbul.
- Aksakal, H., 2014. Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım yeri tercihi (Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Alacacıoğlu, A., 2007. Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Altaş, H., 2020. Ölüm olgusu ve hasta yakınlarında ölüme ilişkin tutumlar. *Ekev Akademi Dergisi*, 24(82), 139-150.
- Altın, M., 2006. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete (Uzmanlık Tezi), T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- American Psychiatric Association., 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Anonim, 2021. Darülaceze Kurumu. <https://www.darulaceze.gov.tr/darulaceze/> (26.08.2022).
- Anonim, 2022. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/> (30.01.2023)
- Aries, P., 1991. Batılının ölüm karşısındaki tavırları. MA Kılıçbay (Çev.), Gece Yayınları, Ankara. s.85-100.
- Arkun, N., 1978. İntiharın psikodinamikleri. Edebiyat Fakültesi Matbaası, İstanbul. s: 30-178.
- Aslan, E., & Akın, S., 2004. Kanser ve palyatif bakım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 17(6), 98-102.
- Aslan, Y., 2020. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış . *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.
- Ateş, E., Canyılmaz, E., Çakır, N.G., Yurtsever, C., & Yöney, A., 2018. Kanser hastalarının ve onlara bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 61-67.
- Ateşçi, F.Ç., Oğuzhanoğlu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F. ve ark., 2003. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152.

- Bakanic, V., Singleton, M., & Dickinson, G.E., 2016. Hospice attitudes of physicians and nurses: A pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(1), 34-40.
- Baral, I., Enderer, M., & Turgay, M., 1995. Kanserli hastaların yakınlarında hastalığın çeşitli evrelerinde saptanan psikiyatrik durum. *NöroPsikiyatri Arşivi*, 32(3), 141-146.
- Batmaz, M., 2009. Ölümçül hasta bakımı ve ölüm sonrası uygulamalar. Ed. Sabuncu N, Ay F. *Klinik Beceriler 1*. Baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul, 760-777.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R.L., 1985. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, Basic Books, 23 p, New York. USA.
- Gördeles Beşer, N. & Öz, F., 2003. Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
- Bilge, A., Embel, N., & Kaya, F.G., 2013. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), 119-124.
- Borasio, G., 2011. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative and Supportive Care*, 9(1), 1-2.
- Bourne, E.J., 2010. *The anxiety and phobia workbook*. (5 th ed.), MJF Books, New York.
- Breitbart, W., & Alıcı, Y., 2014. *Psychosocial palliative care*. Oxford University Press. USA.
- Cantay, G., 1992. *Anadolu selçukluları ve osmanlı darüşşifaları*. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Ankara.
- Collins, A., McLachlan, S A., & Philip, J., 2018. How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 32(4), 861-869.
- Connor, R.S., 2020. *Global atlas of palliative care at the enf of life*. World Health Organization, Londra, UK.
- Çelik, R., 2017. Selçuklu'da bir sosyal hizmet kurumu örneği: Kayseri Gevher Nesibe Şifahanesi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7, 158-64.
- Çınar, M., 2015. Yetişkin ve yaşlılarda Tanrı'ya bağlama tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Çiçek, İ.E., 2021. Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ölüm anksiyetesi ve intihar düşüncesi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), 413-420.
- Demir, M., 2016. Palyatif bakım etiği. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 7(2), 62-66.
- Denton, J.A. & Wisenbaker, V.B.Jr., 1977. Death experience and death anxiety among nurses and nursing students. *Nursing research*, 26(1), 61-64.

- Dinçol, K., Eroğlu, L., Özkan, S., Bozfakıoğlu, Y., Yücel, A. & Kılıç, K., 1993. Kanserde palyatif bakım, Editör: Erdine, S., Sandoz Ürünleri A.Ş. İstanbul, 1-9.
- Eğici, M.T., Can, M.K., Toprak, D., Öztürk, G.Z., Esen, E.S., & Özen, B., 2019. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları, *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 123-131.
- Ekiz, S., 2003. Koroner Anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği. Kocaeli.
- Elbi, H., 2017. Anksiyete. palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, Editör: Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 289-295.
- Ellison, C.G., 1991. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health Social Behavior*, 32, 80-90.
- Epstein, R.M., Duberstein, P.R., Fenton, J.J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D.J., et al., 2017. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: The VOICE randomized clinical trial. *JAMA Oncology*, 3(1), 92-100.
- Erdoğan, Z., & Yavuz, D.E., 2014. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
- Eriksson, E., Arve, S., & Lauri, S., 2006. Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 48-58.
- Ersoy, M.A., 2000. Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *3P Dergisi*, 8, 17-26.
- Ertufan, H., 2008. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Fadiloğlu, Ç., & Hançerlioğlu, S., 2017. Yaşam sonu bakım ve ölüm. Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, Editör: Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 701-725.
- Fadiloğlu, Ç., & Ateş, M., 2017. Palyatif bakımda aile ve bakım vericiler. Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, Editör: Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 151-175.
- Faulkner, A., 1998. ABC of palliative care: Communication with patients, families and other professionals. *BMJ*, 316, 130-132.
- Followfield, L., 1990. Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology*, 4, 89-96.

- Fortunatti, C., Rojas-Silva, N., Arechabala-Mantuliz, M.C., 2019. Analysis of the difference between importance and satisfaction of the needs of family members of critical patients. *Med Intensiva*, 43(4), 217-224.
- Fortinash, K.M., & Holoday Worret, P.A., 1995. *Psychiatric nursing care plans*. Mosby, 20, 27-30.
- Freud, S., 1995. *Uygarlık din ve toplum*, Çeviren: Budak, S., Öteki Yayınları, 75 s, Ankara.
- Fridriksdóttir, N., Saevarsdóttir, T., Halfdánardóttir, S.Í., Jónsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Ólafsdóttir, K.L., et al., 2011. Family members of cancer patients: needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, 50(2), 252–258.
- Fromm, E., 1994. *Kendini savunan insan*. Çeviren:Arat, N., Dördüncü Basım, Say Yayınları, İstanbul.
- Gafaar, T.O., Pesambili, M., Henke, O., Vissoci, J.R.N., Mmbaga, B.T., & Staton, C., 2020. Good death: An exploratory study on perceptions and attitudes of patients, relatives, and healthcare providers, in Northern Tanzania. *Plos One*, 15(7):6-9.
- Gama, G., Vieira, M., & Barbosa, F., 2012. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs*, 18(6), 267-273.
- Geçtan, E., 1990. *Varoluş ve psikiyatri*. Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Ghane, G., Farahani, M., Seyedfatemi, N., & Haghani, H., 2016. Effectiveness of problem focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2), e35594.
- Given, B. A., Given, C.W., & Sherwood, P., 2012. The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 205-212.
- Goldsteen, M., Houtepen, R., Proot, I.M., Abu-Saad, H.H., Spreeuwenberg, C., & Widdershoven, G., 2006. What is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 378–386.
- Gördeles Beşer, N., 2017. Hasta yakınları ile iletişim. *Yaşamın Sırrı İletişim*, Editörler: N.Gürhan-A.Okanlı, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara. 119-144.
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Schnabel, A., Gottschalk-Fleischer, A., & Köhler, N., 2018. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12606.
- Greydanus, D. & Merrick, J., 2014. Neonatal period, palliative care and end of life. *Journal of Pain Manage* 7(3), 189-196.
- Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M., 2010. "Moving swiftly on." Psychological support provided by district nurses to patients with palliative care needs. *Cancer nursing*, 33(5), 390–397.

- Gülbağcı, A., Çakmak, F., Akdeniz, Y.S., İpekci, A., & İkizceli, İ., 2018. Acil servise başvuran onkolojik hastaların yakınlarının memnuniyet ve anksiyete düzeylerine dair bir inceleme. *Journal of Anatolian Medical Research*, 3(3), 43-54.
- Güleç, K., Karataş, G., & Keklik B., 2019. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin mekânsal dönüşüm analizi: bimarhanelerden şehir hastanelerine. 4th International Health Sciences and Management Conference, İstanbul, Turkey.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, A., 2010. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1- 6.
- Hallenbeck, J., 2005. Palliative care in the final days of life: “They were expecting it at any time”. *JAMA*, 293(181), 2265-2271.
- Harputluoğlu, N., & Çelik, T., 2020. Pediatrik palyatif bakım. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 10, 1-7.
- Hatunoğlu, A., 2014. Türk İslam hekimlerinin psikoloji biliminin gelişimine katkıları ve psikolojik hastalıklara tedavi yöntemleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5, 255-263.
- Holland, J.C., Passik,S., Kash, M.K., Russak, M.R., Gronert, M.K., Sison, A., et al., 1999. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology*, 8,14-26.
- Hökelekli, H., 2008. Ölüm ölüm ötesi psikoloji ve din. Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları, İstanbul.
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., & Summers, M., 2013. Reducing the psychological distress of family caregivers of home- based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psycho Oncology*, 22(9), 1987- 1993.
- Hulsey, T.L., & Frost, C.J., 1995. Psychoanalytic psychotherapy and the tragic sense of life and death. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(2), 145–159.
- Işıl, Ö., & Karaca, S., 2009. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: Bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(1), 82-87.
- Iverach, L., Menzies, R.G., & Menzies, R.E., 2014. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580-593.
- Jastrzebski, J., & Slaski, S., 2011. Death anxiety, locus of control and big five personality traits in emerging adulthood in Poland. *Psychology and Education*, 48(4), 1-15.
- Johnston, B., & Smith, L.N., 2006. Nurses’ and patients’ perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700-709.
- Jung, C.G., 1953. *Metamorphose de l'Ame et ses symboles*. Çeviren: Lay, Y.L., 542 s, Gencve.

- Kabalak, A.A., 2014. Türkiye’de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123.
- Kabalak, A.A., Kahveci, K., Gokcinar, D., Özdoğan, N., & Cagıl, H., 2013. Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med*, 3(5),162.
- Kadıoğlu, F., & Kadıoğlu, S., 2011. Adı darüşşifalara ad olan kadınlar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 1, 1-7.
- Kangalgil Balta, G., & Bekiroğlu, S., 2021. Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. *Çalışma ve Toplum*, 4(71), 2797-2812.
- Karaca, F., 2000. Ölüm psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul.
- Karaca, F., 2001. Ölüm psikolojisi ile ilgili Türkçe literatür üzerine. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi* Yıl 1, 2.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L., 2012. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R., 1972. *The psychology of death*. Springer Publishing Company, New York.
- Kaya, A., 2015. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi* (Online). 82.
- Kaygusuz, E., 1993. Otistik ve down sendromlu çocukların annelerinde depresyon ve durumluk-sürekli anksiyete düzeylerinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD, İstanbul.
- Kearney, N., & Richardson, A., 2006. *Nursing patients with cancer: Principles and Practice*. Elsevier, London. 821-845.
- Kehl, K.A., & Kowalkowski, J.A., 2013. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hosp Palliat Care*, 30(6), 601-616.
- Kirk, P., Kirk, I., & Kristjanson, L.J., 2004. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7452), 1343.
- Koç, M., 2002. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (4), 7-20.
- Koç, M., 2017. İletişim becerileri. *Yaşamın sırrı iletişim*, Editörler: Gürhan, N., Okanlı, A., Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara. 119-144.
- Koyuncu, A., Aslan, F.E., Yava, A., Çınar, D., & Olgun, N., 2016. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri. *Türk Göğüs Kalp Damar*, 24(1), 68-75.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Synder S., 2004. *Fundamentals of nursing*. Prentice Hall, 7.th Edition, New Jersey.

- Knight, K.H., Elfenbein, M.H., & Capozzi, L., 2000. Relationship of recollections of first death experience to current death attitudes. *Death Studies*, 24, 201-221.
- Kumar, S., Chris, E., Pais, M., Sisodia, V., & Kumar, K., 2014. Nursing students' perceived attitudes towards death: A cross-sectional survey. *Indian Journal of Forensic Medicine & Pathology*, 7(1), 5-15.
- Kübler-Ross, E., 1995. Sorular ve cevaplarla yaşamın son günleri. Çeviri Editörü: Terakye, G. Hürbilek Matbaacılık, Ankara.
- Kübler-Ross, E., 1997. Ölüm ve ölmek üzerine. Çeviri Editörü: Büyükal, B., Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
- Kylma, J., Duggleby, W., Cooper, D., & Molander, G., 2009. Hope in palliative care: an integrative review. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), 365–377.
- Lanken, P.N., Terry, P.B., Delisser, H.M., Fahy, B.F., Hansen-Flaschen, J., Heffner, J.E., et al. 2008. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*, 177(8), 912-27.
- Leung, K.K., Tsai, J.S., Cheng, S.Y., Liu, W.J., Chiu, T.Y., & Wu, C.H., 2010. Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit? *Journal of Palliative Medicine*, 13(12), 1433–8
- Linda, S., 2007. Respectful death: A model for end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(4), 621-24.
- Liu, Y., Yang, J., Huo, D., Fan, H., & Gao, Y., 2018. Disclosure of cancer diagnosis in China: the incidence, patients' situation, and different preferences between patients and their family members and related influence factors. *Cancer Management and Research*, 10, 2173–2181.
- Loke, Y.A., Liv, F.C.F., & Szeto, Y., 2003. The difficulties faced by informal caregivers of patients with terminal cancer in Hong Kong and the available social support. *Cancer Nursing*, 26(4), 276-83.
- Lowey, S., 2015. Nurse-Patient-Family communication. In: *Nursing Care at the End of Life*. Geneseo, NY: Open SUNY Textbooks, 101-108.
- Madenoglu Kıvanç, M., 2017. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4, 132-35.
- Matsui, M., & Braun, K., 2010. Nurses’ and care workers’ attitudes toward death and caring for dying older adult. *Int J Palliat Nurs*, 16(12), 1-9.
- Matzo, M.L., & Sherman, D.W., 2010. Palliative care nursing: Quality care to the end of life. *J Palliat Med*, 6(4), 605-613.
- Meşeli, N., 2020. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

- Miyashita, M., Kawakami, S., Kato, D., Yamashita, H., Igaki, H., & Nakano, K., 2015. The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: Patients prefer “fighting against cancer”. *Support Care Cancer*, 23, 103–110.
- Montgomery, C., Lydon, A., & Lloyd, K., 1999. Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res*, 46, 241-245.
- Northouse, L., Williams, A., Given, B., & McCorkle, R., 2012. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, 30(11), 1227-1234.
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Down, T., 2011. Measuring comfort in caregivers and patients during late end of life care. *Am J Hosp Palliat Care*, 18(3), 170-180.
- Nyatanga, B., 2016. Death anxiety and palliative nursing. *Journal of Community Nursing*, 21, 636.
- Oberst, M.T., & Scott, D.W., 1998. Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Res Nurs Health*, 11, 223-33.
- Oğuz, N.Y., Miles, S. H., Buken, N., & Civaner, M., 2003. End of life care in Turkey. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 12(3), 279-284.
- Orak, O.S., 2017. Özel durumlarda iletişim kurma. *Yaşamın sırrı iletişim*, Editörler: Gürhan, N., Okanlı, A., Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara. s:119-144.
- Orak, O.S., Gök Uğur, H., Başköy, F., Özcan, M., & Seyis, N., 2015. Yaşlı hastalarda Tanrı algısı ölüm kaygısını etkiler mi? *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi*, 8(38), 618-624.
- Osse, B.H.P., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Schade', E., & Grol, R.P.T.M., 2006. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing*, 29(5), 378-388.
- Özaktaş, T., 2014. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. *Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*: 19, İstanbul
- Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M., & Karabulut, B., 2010. Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*, İzmir.
- Özçelik, H., & Fadıloğlu, Ç., 2012. Palyatif bakım ve son dönem hastaya yaklaşım. *Ağrı Kliniği Dergisi*, 1(1), 48-55.
- Özçelik, H., 2017. Palyatif bakım ve ölmekte olan hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Anast Reanim-Special Topics*, 10(1), 87-93.
- Özdemir, K., 2014. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi). *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı*, Erzurum.
- Özgül, N., Gültekin, M., Koç, O., Göksel, F., Bayraktar, G., Ekinci, H., et al., 2012. Turkish community-based palliative care model: A unique design. *Ann Oncol*, 3, 76-78.

- Özkan, S., 1999. Hastalıklara psikolojik tepkiler, Kosültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, İstanbul, 27-30.
- Özkurt, V., 2019. Bakım verenlerin bakım ihtiyacı riski: bakım alan kişinin mknatıs etkisi. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 3, 4-18.
- Öztürk, H., 2015. Yaşlanma ve kırsal yaşlılık mevcut durum raporu. Ankara.
- Öztürk, O., 2001. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, s:343-389.
- Özyalçın, D., 2019. Kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Öz, F., 2004. Sağlık alanında temel kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara.
- Pektekin, Ç., 1981. Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin ölçülüp değerlendirilmesi. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
- Peykerli, G., 2003. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 62-65.
- Pıçakçıefe, M., 2010. Çalışma yaşamı ve anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 367-369.
- Popovic, N., 2002. Existential anxiety and existential joy. *Pract Philosophy*, 5, 32- 40.
- Portz, A., 1971. *Le sens de la mort chez L'enfant*. A. Godin (Ed.). *Mort et presence*. Lumen Vitae, Bruxelles.
- Pyszczyński, T., Solomon, S., & Greenberg, J., 2015. Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. In *Advances in experimental social psychology*, Vol. 52, pp. 1-70, Academic Press.
- Remes, O., Brayne, C., & Lafortune, L., 2014. The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews. *The Lancet*, 384(7), 66-69.
- Remes, O., Brayne, C., & Lafortune, L., 2014. The prevalence of anxiety disorders across the life course: A systematic review of reviews. *The Lancet*, 384, S66. YUKARIDAKİ MAKALE BÖYLE YAZILIYOR OLABİLİR Mİ?
- Robertson, S. B., Hjörleifsdóttir, E. & Sigurqardóttir, Þ., 2022. Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(3), 686-698.
- Roman, E. M., Sorribes, E., & Ezquerro, O., 2001. "Nurses" attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 338-345.
- Rooda, L.A., Clements, R., & Jordan, M.L., 1999. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1683-1687.
- Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A.J., 1990. *The elements of nursing*, 3rd edn, Churchill Livingstone, Edinburgh.

- Sarı, D., Eşer, İ., & Khorshid, L., 2010. Kanser hastalarına bakım veren yakınların uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1(26), 1- 10.
- Sarıtaş, S.Ç., & Büyükbayram, Z., 2016. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 141-150.
- Schmidlin, E., & Oliver, D., 2015. Palliative care as a human right: What has the Prague Charter achieved? *European Journal of Palliative Care*, 22(3), 141-143.
- Schwartz, S., 2000. *Abnormal psychology*. Mayfield Publishing Company, 58, 139.
- Schwartz, C.E., Mazor, K., Rogers, J., Ma, Y., & Reed, G., 2003. Validation of a new measure of concept of good death. *Journal of Palliative Medicine*, 6(4), 575-584.
- Selvi, Y., 2019. Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.
- Sertbaş, G., 1998. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. (Doktora Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Shirado, A., Morita, T., Akazawa, T., Miyashita, M., Sato, K., & Tsuneto, S., 2013. Both maintaining hope and preparing for death: effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage*, 45(5), 848-58.
- Siegel, K.V.H., Houts, P., & Mor, V., 1991. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*, 68(5), 1131-1140.
- Sina, İ., 1942. Ölüm korkusundan kurtuluş. Tura, M.H., Ed. Burhaneddin Matbaası, İstanbul.
- Skulason, B., Hauksdottir, A., & AHCIC, K., 2014. Death talk: Gender differences in talking about one's own impending death. *BMC Palliat Care*, 13(8), 1-11.
- Smith, K., & Boardman, K., 1995. Comforting a child when someone close dies. *Nursing*, 25(10), 58-59.
- Spielberger, C.D., 1972. *Anxiety: Current trend in theory and research*. Academic Press, New York.
- Steinhauser, K.E., Clipp E. C., Mcneilly, M., Christakis N., McIntyre, L.M., & Tulsky, J.A., 2000. In search of a good death: Observations of patients, families and providers, *Annals of Internal Medicine*, 132(10), 825.
- Tang, Y., 2019. Death attitudes and truth disclosure: A survey of family caregivers of elders with terminal cancer in China. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 1968-1975.

- Tanhan, F., & Arı, F., 2006. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 44-55.
- Tatar, Ü., 1988. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeyinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Terakye, G., 2011. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78-82.
- Torun, N., 2019. Hasta ailesinin palyatif bakım deneyimleri. *Çukurova Medical Journal*, 44, 358-365.
- Turgay, G., 2010. Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.
- TÜİK., 2019. Ölüm nedenleri istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>. (29.03.2021).
- Türkçapar, H., 2004. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri, *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. [\(29.03.2021\)](http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif)
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K., 2017. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, 16(1), 31.
- Ulusoy, M., Şahin, N., & Erkman, H., 1998. Turkish version of the beck anxiety inventor, psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12(2), 163-172.
- UN (United Nations). 2019. 2019 Revision of world population prospects. <https://population.un.org/wpp/> (29.03.2021).
- Uslu, Ş.F., & Terzioğlu, F., 2015. Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4 (2), 81-90.
- Uyar, M., & Köken, İ.Ş., 2020. Ülkemizde palyatif bakımın güncel durumu, sorunlar ve öneriler. Çay, Şenler, F. Ed. *Onkolojide Palyatif Bakım*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 11- 4.
- Üstüner Top, F., Saraç, A., & Yaşar, G., 2010. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 1422.
- Wee, B., 2004. Oxford textbook of palliative medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(7), 356-357.

- WebMD., 2019. The palliative care team. https://www.webmd.com/palliative_care/the_palliative_care_team#1 (07.11.2021).
- Weiler, D.P., & Wong Paul, T., 1989. Aging with success: Theory of personel meaning as a model of understanding death attitude. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(3), 516-525.
- WHO., 2014. Global atlas of palliative care at the end of life. https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. (07.11.2021).
- Wong, P.T.P., Reker, G.T. & Gesser, G., 1994. Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. Neimeyer, R.A. (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis, 121–148.
- Yakar, B., Sertdemir Batbaş, C., & Pirinçci, E., 2021. Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2) , 136-143.
- Yakıt, İ., 1993. Batı düşüncesi ve mevlâna. Ötüken Neşriyat, İstanbul.
- Yalom, I., 2001. Varoluşçu psikoterapi. İyidoğan Babayiğit, Z. Çev.Ed. 3. basım. Kabalcı Yayınevi, İstanbul.
- Yalom, I., 2008. Güneşe bakmak ölümle yüzleşmek. İyidoğan Babayiğit, Z. Çev.Ed. Kabalcı Yayınevi, İstanbul.
- Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M., 2013. Kanseri hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9.
- Zadeh, R.S., Eshelman, P., Setla, J., & Sadatsafavi, H., 2018. Strategies to improve quality of life at the end of life: Interdisciplinary team perspectives. *Am J Hosp Palliat Care*, 35, 411–416.
- Zimmermann, C., 2012. Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*, 75(1), 217–224.

EKLER

EK 1.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı; üniversite hastanesi ve il sağlık müdürlüğüne bağlı palyatif bakım merkezlerinde yatan hasta yakınlarının, ayaktan takip hastaların ölüme karşı tutum ve anksiyete durumlarının belirlenmesi amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyoruz. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz...

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyet: 1. () Kadın 2. () Erkek

3. Medeni Durum: 1. () Bekâr 2. () Evli

4. Eğitim Durumu:

1. () Okur yazar 2. () ilkokul mezunu 3. () Orta okul mezunu

4. () Lise mezunu 5. () Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz:

1. () Ev Hanımı 2. () İşçi 3. () Memur 4. () Esnaf/serbest meslek

5. () Emekli 6. () Diğer (Lütfen Belirtiniz):.....

6. Palyatif bakım hastanızın tanısı nedir? (Hastalığının adı nedir?) (Lütfen Belirtiniz):

.....

7. Hastayla yakınlık durumunuz nedir?

1. () Eşi 2. () Çocuğu 3. () Kardeşi 4. () Diğer (Lütfen Belirtiniz):

.....

8. Hastanın bakımından primer (öncelikli olarak) siz mi sorumlusunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

9. Hastanızın durumu ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirildiniz mi?

1. () Evet 2. () Hayır

10. Hastanızın olası ölümü üzerine aile olarak kendi içinizde konuştunuz mu?

1. () Evet 2. () Hayır

11. Sizce ölmek üzere olan bir kişiye ne zaman öleceği hakkında bilgi verilmeli midir?

1. () Evet 2. () Hayır

Cevabınız evet ise; sizce neden bilgi verilmelidir? (Lütfen Belirtiniz):.....

12. Sizce yaşamın son dönemindeki hasta ile ölüm konuşulmalı mıdır?

1. () Evet 2. () Hayır

Cevabınız evet ise; nedenini lütfen açıklayınız:

Cevabınız hayır ise; nedenini lütfen açıklayınız:

13. Sizce ölmek üzere olan birine ölümü hakkında bilgiyi kim vermelidir?

1. () Doktor 2. () Hemşire 3. () Aile yakını 4. () Psikiyatrist 5. () Psikolog

6. () Diğer (Lütfen belirtiniz)

14. Hastanızın bilinci açık ve sizinle konuşabilecek durumda mı?

1. () Evet 2. () Hayır

15. Cevabınız "Evet" ise onunla konuşarak geçirdiğiniz süre ne kadar? (Lütfen Belirtiniz):.....

16. Hastanız sizinle duygularını paylaşıyor mu?

1. () Evet 2. () Hayır

17. Siz hastanızla duygularınızı paylaşıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

18. Hastanızla fiziksel temas kuruyor musunuz? (sarılma, öpme vb.)

1. () Evet 2. () Hayır

19. Hastanızla son istekleri üzerine koştunuz mu?

1. () Evet 2. () Hayır

20. Hastanızın isteklerini yerine getirebildiniz mi?

1. () Evet 2. () Hayır

EK 2: ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Orta derece Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Orta Derecede Katılıyorum (5)	Katılıyorum (6)	Kesinlikle Katılıyorum (7)
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımdan bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz 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 kurtuluştur.							
12. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
13. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
14. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
15. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
16. Yoğun bir ölüm korkum var.							

17. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
18. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
19. Öldükten sonra sevdiklerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
20. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
21. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
22. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
23. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
24. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
25. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
26. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK 3: BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç rahatsızlık duymadım (0)	Hafif düzeyde/ Beni pek etkilemedi (1)	Orta düzeyde/ Hoş değildi ama katlanabildim (2)	Ciddi düzeyde/ Dayanmakta çok zorlandım (3)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 4.



EK 5.



EK 6.



EK 7.



EK 8.



ÖZGEÇMİŞ

