

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PALYATİF BAKIMDA HASTA YAKINLARININ
MANEVİYAT DÜZEYLERİNİN ÖLÜME KARŞI
TUTUMLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halime ALTAŞ

Enstitü Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yusuf GENÇ

TEMMUZ – 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIMDA HASTA YAKINLARININ
MANEVİYAT DÜZEYLERİNİN ÖLÜME KARŞI
TUTUMLARINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halime ALTAŞ

Enstitü Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet

“Bu tez sınavı 29/07/2020 tarihinde online olarak yapılmış olup aşağıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI
Prof. Dr. Yusuf GENÇ	BAŞARILI
Doç. Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN	BAŞARILI
Dr. Öğr. Üyesi Dilara Ustabaşı GÜNDÜZ	BAŞARILI



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	HALİME ALTAŞ
Öğrenci Numarası	:	Y176059003
Enstitü Anabilim Dalı	:	SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı	:	SOSYAL HİZMET
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	PALYATİF BAKIMDA HASTA YAKINLARININ MANEVİYAT DÜZEYLERİNİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİ
Benzerlik Oranı	:	% 18

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

20/07/2020
HALİME ALTAŞ

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Yusuf Genç

Tarih: 20/07/2020

İmza:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

ÖNSÖZ

Araştırmanın başından sonuna kadar her aşamasında bana yol gösteren, destek olan, tecrübesiyle ve bilgisiyle eksikliklerimi ve hatalarımı bulmamda bana yardımcı olan Prof. Dr. Yusuf GENÇ' e teşekkür ederim.

Tezi yazarken mucize dokunuşlarda bulunan Nurdan ve Gamze'ye, maddi ve manevi bütün sorularıma karşılık bulduğum iş arkadaşlarım ve yüksek lisans bölümündeki arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Akademik bilgisi ve gücünü örnek aldığım, varlığını ve sevgisini her zaman yanımda hissettiğim babam Nurullah ALTAŞ' a, yorulup pes ettiğimde bıkmadan usanmadan elimden tutup kaldıran, sonsuz sabrına ve şefkatine hayran kaldığım annem Nuran ALTAŞ' a, abla olmanın verdiği gururu yaşatan kardeşlerim Fatmanur, Mahmut ve Ayşe ALTAŞ' a sonsuz teşekkür ederim.

Halime ALTAŞ

29.07.2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1.Palyatif Bakım	6
1.1.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı	6
1.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi	8
1.1.3. Palyatif Bakımda Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşadığı Psiko-sosyal Sorunlar	11
1.1.3.1. Kaygı	12
1.1.3.2.Ekonomik Etkiler.....	13
1.1.3.3. Aile Desteği	14
1.1.3.4. İnkâr.....	14
1.1.3.5. Yaşam kalitesi	14
1.2. Ölüm	15
1.2.1. Ölüme Karşı Tutumlar.....	16
1.2.1.1.Ölümsüzlük Arzusu	16
1.2.1.2.Ölümü İnkâr Etme	17
1.2.1.3.Ölüme Meydan Okuma	18
1.2.1.4.Ölümü İsteme	18
1.2.1.5.Ölümü Kabullenme.....	18
1.2.1.6.Yas Tutma	19
1.2.2.Ölüm Kaygısı	19
1.2.3.Dönemlere Göre Ölümün Anlamı	20
1.2.3.1.Çocuk ve Ölüm.....	20
1.2.3.2.Genç ve Ölüm.....	21

1.2.3.3. Yetişkinlik ve Ölüm	21
1.2.3.4. Yaşlılık ve Ölüm	22
1.2.4. Hasta Yakınlarının Ölümüne Karşı Verdiği Tepkiler.....	22
1.3. Maneviyat	23
1.3.1. Maneviyat ve Sağlık.....	25
1.3.2. Maneviyat ve Palyatif Bakım.....	27
1.4. Palyatif Bakım Sürecinde Sosyal Hizmetin Yeri	29
1.4.1. Palyatif Bakım ve Sosyal Hizmet.....	29
1.4.2. Hasta Yakınlarına Sosyal Hizmet Uygulamaları	31
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	33
2.1. Araştırmanın Yöntemi	33
2.2. Araştırmanın Hipotezleri	33
2.3. Evren ve Örneklem.....	34
2.4. Veri Toplama Araçları.....	35
2.4.1 Sosyo-Demografik Anket.....	35
2.4.2. Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği	35
2.4.3. Maneviyat Ölçeği	36
2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi	37
2.6. Etik Yönü.....	37
2.7. Süre ve Olanaklar	37
2.8. Sınırlılıklar ve Sayıltılar	37
BÖLÜM 3: BULGULAR VE YORUM.....	39
3.1. Palyatif Bakım Hasta Yakınının Demografik Verileri	39
3.2. Hasta Yakınının Yakınlık Derecesi ve Bakım Süresi İlişkisi.....	41
3.3. Hasta Yakınlarının Palyatif Bakım Sürecinde Maneviyat ve Ölümle İlgili Fikirleri.....	43
3.4. Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Güvenirlik Düzeyleri.....	45
3.5. Ölçekler Üzerinde Etkili Olan Faktörler	49
3.5.1. Cinsiyet ile Ölümüne Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi.....	50
3.5.2. Medeni Durum ile Ölümüne Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi	51
3.5.3. Eğitim Durumu ile Ölümüne Karşı Tutum ve Maneviyat Ölçeği İlişkisi	52
3.5.4. Meslek Durumları ile Ölümüne Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi.....	54

3.5.5. Hastaya Yakınlık Derecesi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi.....	56
3.5.6. Hastaya Bakım Süreleri ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi.....	58
3.5.7. Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Ölüme İlişkin Görüşlerinin Değişim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi.....	60
3.5.8. Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Manevi Yönelim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi	62
3.5.9. Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Düzeyi ile Demografik Özellikler Arasındaki Korelatif Durum.....	65
SONUÇ VE ÖNERİLER	68
KAYNAKÇA	73
EKLER	85
ÖZGEÇMİŞ	91

KISALTMALAR

- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü
- PB** : Palyatif Bakım
- ÖKTÖ** : Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- NASW** : Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
- MYK** : Mesleki Yeterlilik Kurumu
- ACPA** : Amerikan Ağrı Derneği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Sosyal Hizmet Uzmanının Hasta Yakınlarına Görev, İşlev ve Sonuçları	31
Tablo 2 : Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları Cronbach Alfa Değerleri	36
Tablo 3 : Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Bilgileri	40
Tablo 4 : Hastaya Yakınlık Derecesi ve Bakım Süresi İlişkisi.....	42
Tablo 5 : Hasta Yakınının Bireysel Manevi Değerlendirmeleri ve Palyatif Bakımda Kalma Süresince Manevi Yönelim Değişimi	43
Tablo 6 : Hasta Yakınlarının Palyatif Bakımda Kalma Sürelerinde Ölüme Karşı Fikirlerinde Değişim.....	44
Tablo 7 : Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği Güvenilirliği	46
Tablo 8 : Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği Güvenilirliği	47
Tablo 9 : Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği Güvenilirliği	48
Tablo 10 : Maneviyat Ölçeği Güvenilirliği.....	49
Tablo 11 : Cinsiyet ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Farklılaşması.....	50
Tablo 12 : Medeni Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Farklılaşması.....	51
Tablo 13 : Eğitim Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi	52
Tablo 14 : Eğitim Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları..	53
Tablo 15 : Meslek Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi	54
Tablo 16 : Meslek Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları	55
Tablo 17 : Hastaya Yakınlık Derecesi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi ...	56
Tablo 18 : Hastaya Yakınlık Derecesi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları.....	57
Tablo 19 : Hastaya Bakım Süreleri ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi.....	58
Tablo 20 : Hastaya Bakım Süreleri ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları.....	59
Tablo 21 : Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Ölüme İlişkin Görüşlerinin Değişim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi	61
Tablo 22 : Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Ölüme İlişkin Görüşlerinin Değişim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları	62
Tablo 23 : Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Manevi Yönelim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Analizi	63

Tablo 24: Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Manevi Yönelim Düzeyi ile Ölümüne Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları	63
Tablo 25: Hasta Yakını Korelasyon Analiz Tablosu	66

Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	<input checked="" type="checkbox"/>	Doktora	<input type="checkbox"/>
Tezin Başlığı: Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Maneviyat Düzeylerinin Ölüm Karşı Tutumlarına Etkisi			
Tezin Yazarı: Halime ALTAŞ		Danışman: Prof. Dr. Yusuf GENÇ	
Kabul Tarihi: 29.07.2020		Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 84 (tez) + 3 (ek)	
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet		Bilim Dalı: -	
<p>Modern tıbbın başlangıcında; antibiyotik, organ nakli, kan nakli, cerrahi müdahaleler ve çok sayıda kanser hastasında iyileştirici olan tedavilerdeki gelişmelere rağmen; tıbbi girişimler, beden ve hastalığa teknik bir yaklaşımla bakılmaktaydı. Ancak günümüzde bedensel bakımın yanında varoluşsal veya manevi bakımı da önemseyen bütünsel sağlık paradigması yaklaşımı benimsenmeye başlamıştır. Bu amaçla gelişen palyatif bakım; ciddi ölçüde zayıflatıcı durumlara veya terminal tanılara sahip olan yaş spektrumundaki hastalara, tıbbi bakım, ağrı yönetimi hizmetleri ve tedavilerinin yanı sıra psikolojik, duygusal, sosyal ve manevi destek sağlamaktadır.</p> <p>Ölümcül bir hastalığın ve beraberinde getirdiği acı ve semptomların, hasta ve hasta yakının varlığının temellerini sarstığı bilinmektedir. Bu sebeple araştırmada, hastalara bakım veren yakınların, palyatif bakım tedavi sürecinde yüzleştikleri maneviyat ve ölüm kavramlarına bakışlarının demografik bilgilere göre farklılığı incelenerek, maneviyat düzeyinin ölüme karşı tutumda etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.</p> <p>Araştırma kapsamında konuyla ilgili literatür taraması ve anket çalışması yapılmış, verileri elde etmek için Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan hasta yakınlarından 160 kişiye, sosyo-demografik formulla birlikte Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği uygulanmış olup, veriler yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmış, SPSS 25 analiz programıyla analiz edilmiştir. İstatistiksel olarak t-testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon testinden yararlanılmıştır. Hasta yakınlarının maneviyat düzeylerinin, ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.</p>			
Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Sosyal Hizmet, Maneviyat, Hasta Yakını, Ölüm			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	X	Ph.D.	
Title of Thesis: Effect Of Spirituality Levels Of Relatives Of Patients On Attitude Towards Death İn Palliative Care			
Author of Thesis: Halime ALTAŞ		Supervisor: Professor Yusuf Genç	
Accepted Date: 29.07.2020		Number of Pages: viii (pre text)+ 84 (Main Body)+ 3 (App.)	
Department: Social Work		Subfield:-	
<p>At the beginning of modern medicine; Despite of improvements in antibiotics, organ transplants, blood transfusions, surgical interventions, and curative treatments for a large number of cancer patients; medical interventions looked at body and disease with a technical approach. However, today, besides organ care, sole health paradigm approach that cares about existential or spiritual care has begun to be adopted. Palliative care developed for this purpose; provides psychological, emotional, social and spiritual support, besides medical care, pain management services and treatments, to patients in age spectrum who have severely debilitating conditions or terminal diagnoses.</p> <p>It is known that a fatal disease and its accompanying pain and symptoms undermine basis of existence of patient and patient's relatives. For this reason, it was aimed to determine effect of level of spirituality on attitude towards death by examining differences of caregivers of patients about the concepts of spirituality and death they face in palliative care treatment process according to demographic information.</p> <p>Within the scope of research, a literature review and a questionnaire were conducted on subject, 160 people from relatives of inpatients at Erzurum Regional Training and Research Hospital Palliative Care Service, were applied Attitude Against Death Scale and Spirituality Scale along with socio-demographic form for collecting data and data were collected through face-to-face interviews and analyzed with SPSS 25 analysis program. Statistically, t-test, one-way variance analysis and correlation test were used. It was concluded that spirituality levels of relatives of patients were effective on their attitudes towards death.</p>			
Keywords: Palliative Care, Social Worker, Spirituality, Patient Relative, Death			

GİRİŞ

Konu ve Problem

Gelişen teknoloji ile birlikte her alanda değişim ve yenilik gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetleri yıllar içinde bütün dünyada örgütleniş, işleyiş ve sonuçları açısından gelişim içindedir. İletişim ve ulaşım olanaklarının artması, sağlık teknolojisinin ilerlemesi ve toplumun yaşlanmasıyla birlikte ulusların hastalık örüntüsünde değişim gerçekleşmiş ve baskın olarak kronik hastalıkların ön plana çıkmasına yol açmıştır. Dünya genelinde ölüm sebeplerinin başında kronik hastalıklar yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre kronik hastalıklar arasında yer alan: kalp hastalığı (17,9 milyon ölüm/yıl), kanser (9 milyon ölüm/yıl), akciğer hastalığı (3,9 milyon/yıl) ve diyabet (1,6 milyon ölüm/yıl) tüm dünyada her yıl gerçekleşen ölümlerin %70'inden sorumludur (WHO, 2018).

Tıp teknolojisinde ve bilgedeki tüm küresel gelişmeler ile birlikte: insan hareketliliğinin artması, tedavi edilemeyen hastalıkların tedavi edilebilir hale gelmesi, her dönem değişen hastalık örüntüsüne karşı sağlığın sürdürülmesi, sosyal ve fiziksel koşulların sürekli değişimine neden olmaktadır. Endüstri toplumlarından önce geniş aile yapısında yaşam sonu dönemdeki kişi, vefatına kadar geçen süreyi yakınlarıyla beraber geçirirken; çekirdek aile yapısına geçiş ile birlikte yaşam sonu dönemde olan kişi, son anlarını yaşam alanından uzakta hastane ve hastanenin yoğun bakımında geçirmeye başlamıştır. Konuşmadan, destek alamadan, huzur ve konfor sağlanamadan hasta hayata veda etmekte; hasta yakınları bu süreçte yakınından uzak, maddi ve manevi sıkıntılar yaşamaktadır. Yaşamın doğal ölüme kadar bakım ve refakat gerektiren bir değer olduğunun anlaşılması modern tıpta yakın zamana kadar üzerinde konuşulan bir konu olmamıştır. Ancak bu durumun yanlış ve eksik olduğu zamanla fark edilmiştir (Keskinlik, 2015).

Ölüm öncesi ve sonrasına önem veren anlayış ve tutumlar, hastaların daha rahat ölebileceği, ölümü beklerken yalnız kalmayacağı ve ilgi göreceği, bakım kurumlarının kurulmasına yol açmıştır. Bu amaçla gelişen palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığın teşhisinden itibaren aktif tedavinin yanında, hem hastaya hem de hasta yakınlarına yönelik hizmetleri içermesi ve süreç içinde kişilerin ihtiyaçları

doğrultusunda hizmetin artarak devam etmesi ve hastanın ölümünden sonra da yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi hizmetlerinden oluşmaktadır (Storey, Knight, Schonwetter, 2003; Gültekin, Özgül, Olcayto, Tuncer, 2010, s.1-6). Palyatif bakım, kronik veya ileri hastalığın tanısından yaşam sonuna kadar olan her dönemi kapsamakta ve terminal bakımda dahil spesifik bir hastalığa yönelik tedavi değildir. Palyatif bakım tedavisi alan hasta ve ona eşlik eden hasta yakını bu aşamada psiko-sosyal, maddi, manevi ve daha birçok problem yaşamaktadır. Palyatif Bakım tedavisinin uzun sürmesi, hastalığın yaşamı tehdit eder özellikte olması, hastanın ağrılarının şiddetinin ve sıklığının artması, hasta yakınının bakım yükünün ve psikolojik hasta olma oranının artması, hasta yakınının sosyal yaşam ve ekonomik durumunun bozulması hasta ve hasta yakınının yaşadığı sorunlardan birkaçıdır (Özkan, Teskerici, Kulakaç, 2013, s.323-324).

Palyatif bakımda yaşanan sorunların başında gelen ölüm ve ölümlle yüzleşme, hasta ve hasta yakınları için problem teşkil etmektedir. Her toplumun ölümlle ilgili kendine özgü dini, felsefi inanışları ve bunların paralelinde ritüelleri bulunmaktadır. İnsanlar ölümlle karşılaştıklarında; bazıları ölümün bilincinde olmakta bazıları ise ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek şeyleri yaşamlarından çıkarmak veya onlardan uzak durma davranışları göstermektedir. Ölümün anlamının kişiden kişiye değişmesi ölüme karşı tutum davranışını da değiştirmektedir. Geleneksel toplumda ölüm, günlük hayatın ve toplumsal ilişkilerin içindeyken; modern toplumda ölümün sert gerçekliğinden uzaklaşıldığı için kişiler toplumsal dayanaklardan mahrum kalmakta ve modern birey iç dünyasında ölüm anksiyetesi ile yalnız baş etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olmayı: “Yalnızca hastalığın olmaması durumu değil; fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali.” olarak tanımlamaktadır (WHO, 1986). Geçmişten günümüze insanlar iyilik haline ulaşmak için çoğu zaman manevi yönelim içine girmektedir. Özellikle hastalık gibi zorlu bir süreçte insanın manevi arayışa yönelmesi ve bu konuda hassas yaklaşımlar göstermesi, bu alanın önemli bir güç kaynağı olarak sağlık bakımının içinde yer alması gerekliliğini zorunlu kılmaktadır (Özdoğan, 2009). Manevi bakım; ibadet, dua, bireyi rahatlatan uygulama ve diğer manevî tedavi yöntem hizmetini kapsamaktadır.

Hümanist psikoloji ekolünün kurucusu olan Maslow'a göre, insanın bilinenden yüksek ve aşkın olan içsel doğası onun biyolojik doğası gibi varoluşunun bir parçasıdır. İçsel doğa, biyolojik doğa gibi tatmin edilmeyi bekleyen bir takım manevi ihtiyaçlara sahiptir. Bu ihtiyaçların başında emniyet, sevgi, aidiyet, hakikat ve kendini gerçekleştirme gibi üst ihtiyaçlar gelir (Maslow, 1964). Kimi zaman bu ihtiyaçlar bir dine (ilahi veya insanüstü bir güce yapılan ibadet fiiller ve ayinler); kimi zaman da futbol, müzik, siyasi parti, sivil toplum kuruluşu ya da başarı kazandıran kurumlara ait olmayla karşılanmaktadır (Meydan, 2005). Kişinin hayatın anlamını bulma ve anlam sürecinin kurulup şekillenmesinin sağlıklı ilerlemesi sorunlarla baş etme kapasitesini de güçlendirmektedir. Kanser ve kronik hastalıklarda maneviyatın etkisi araştırmasında, maneviyatın artmasına bağlı olarak; depresyon, umutsuzluk, kaygı düzeyinde, çabuk ölüm beklentisinde azalma olduğu; hastalığa uyum ve yaşam doyumu kalitesinde artış olduğu belirlenmiştir (Tuncay, 2011).

Hasta yakını palyatif bakım sürecinde; geleceğe yönelik belirsizlikler, tedavi sürecine ve sonrasına ait zorluklar, değer verdiği sevdiklerinden ve yakınlarından ayrılabilme ihtimalleri ve ölümü kontrol edememe gibi birçok stresörle karşılaşmaktadır. Ölüm kaygısı ve stresi yaşayan durumlar, hasta ve hasta yakınının varlık mücadelesini derinden sarsan deneyimler olarak tanımlanmaktadır (Özkan, Teskerici, Kulakaç, 2013, s.323-324). Bu aşamada devreye giren maneviyat, hasta yakınları için belirsizlikleri aydınlatmada ve çevredeki olumlu ve olumsuz olayları anlamlandırmada, hasta yakınının problem çözme yetisini güçlendirmesi ve hastaya bakım sürecinde etkili ve verimli ilişki kurmasında büyük rol oynar (Yaparel, 1994).

Sosyal hizmet, uygulama kapsamı nedeniyle, palyatif ve yaşam sonu bakım konuları etrafında çalışmayı sağlık ortamlarının ötesinde daha geniş bir topluma ulaşma konusunda eşsiz bir potansiyele sahiptir. Çeşitli kültürlerden, yaşlardan, sosyo-ekonomik durumdan gelen popülasyonlarla çalışan sosyal hizmet uzmanları, yaşam boyunca ailelere çeşitli ortamlarda yardımcı olur. Sosyal hizmet uzmanı palyatif bakım servisinde hastanın ve ailenin yaşadığı krizleri belirlemekte; kişilerin güçlü yönleri, yetkinlikleri, başa çıkma kaynaklarını değerlendirerek kişilere uygun şekilde müdahalede bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanının müracaatçıya müdahale aşamasında yardımcı olacak; hastalık, ölüm, travmaya eşlik eden izolasyonu, kafa

karışıklığını ve çaresizliği azaltmada maneviyatın etkileri konusu ele alınarak palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının nasıl güçlendirebileceğine dair yollar keşfetmek araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Amaç

Araştırma Erzurum ilinde palyatif bakım tedavisi alan hastaların yakınlarına uygulanarak kişilerin maneviyat düzeyleri tespit edilip ölüme bakış açlarına etkisi belirlenerek çıkan sonuçlar doğrultusunda zorlu tedavi süreçlerinde hasta yakının bakımda ve hasta ile iletişim kalitesi artışına yardımcı olacak bilgiler bu araştırmanın temel amacıdır. Hasta yakınlıklarının hastaya yakınlık derecesi, hasta yakının hastaya ne kadar süredir bakım verdiği gibi değişkenlerde ortaya konulmaktadır.

Maneviyat ve ölüm kavramlarının arasındaki ilişkinin tespit edilip bu ilişkinin alt boyutlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu amaç çerçevesinde cevap aranacak sorular şunlardır:

1. Hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yakınlık gibi demografik özellikleri nelerdir?
2. Hasta yakınları bakım verdikleri süre içinde ölüm fikrine bakışları değişti mi?
3. Hasta yakınları manevi açıdan kendilerini nasıl değerlendirmektedir?
4. Hasta yakınları bakım verdikleri süre içinde manevi yönelimlerinde değişiklik yaşadımı?
5. Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri maneviyat düzeyleri nasıl etkilemektedir?
6. Hasta yakınlarının sosyo- demografik özellikleri ölüme karşı tutumlarını nasıl etkilemektedir.

Önem

Palyatif bakım, literatüre bakıldığında (Seven, 2015; Özbaşaran ve diğerleri, 2013; Karakaya, 2020) sağlık alanında ve farklı disiplinler tarafından son yıllarda sıkça araştırma konusu olmaya başlamıştır. Araştırmalar çoğunlukla palyatif bakım hastasını ve sağlık personelinin konu almakta ancak hastaya bakım veren yakınların konfor ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psiko-sosyal süreçler araştırmalarda daha az yer bulmaktadır.

Hasta yakınlarıyla ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde, din ve maneviyatın psikolojik iyi oluş üzerinde etkilerinin incelendiği; psiko-sosyal sorunlarda, manevi yönelimin ve dini başa çıkma tarzlarının kullanıldığı görülmektedir (Öztürk, 2019; Hebert, 2009; Altay, 2018, s. 1-8). Bu araştırma maneviyat düzey eksikliklerinin özel bir sorun olan ölüm faktörü üzerine etkisinin incelenmesi çalışmanın özgün yönünü ortaya koymaktadır. Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesiyle kişinin bakım süreci içinde güçlendirilmesi ve kişinin bakım yükünü kısmen de olsa hafifleteceği düşünülmektedir. Yapılacak araştırmada, sosyal hizmet bakış açısı göz önünde bulundurularak; sağlığı ve iyi oluşu etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin bütüncül bir bakış açısıyla görülmesi ve bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına bir çerçeve sağlanacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırma nicel verilere dayalı, Erzurum ilinde Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Servisi'nde yatışı olan hastaların yakınlarına uygulanmış olup; hastaların bire bir bakımını üstelenen, araştırmaya katılmaya gönüllü, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 160 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Sosyo-Demografik Anket, Maneviyat Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada toplanan veriler SPSS 25 programıyla analiz edilerek; T Testi, Anova ve Korelasyon yöntemleriyle değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiş ve karşılaştırmalar yapılmıştır. Araştırmanın modeli, evren-örneklem, veri toplama araçları, sınırlılıkları hakkında daha ayrıntılı bilgi araştırmanın metodoloji kısmında değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Palyatif Bakım

Son yıllarda kronik hastalıklar ve ihtiyaçlarındaki ciddi artış palyatif bakım hizmetlerinin gelişmesine yol açmıştır. Daha önceleri kötü bakım koordinasyonu; hasta iletişim problemlerine, hastalar için duygusal destek eksikliğine, olumsuz ilaç reaksiyonlarına, gereksiz hastane yatışına, hastaların ağrılarının devam etmesine neden olmuştur. Ölmeyen ancak kronik, zayıflatıcı ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla yaşayan hastaların; uzman semptom yönetimi, iletişim, karar verme desteği ve ortamlar arasında bakım koordinasyonuna ihtiyacı vardır (Meier, 2006, s. 21-28). Hastalar ve aileleri üzerinde yapılan çeşitli çalışmalar; pratik destek ihtiyacı ve açık iletişimin, aile üzerindeki yükleri hafifletme ve aile ile ilişkileri güçlendirmede sağlık sistemindeki en öncelikli ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Bu ve benzeri amaçla hizmet veren palyatif bakımın; tanımı, amaçları, tarihçesi, hasta yakını sorunları başlıklar halinde incelenecektir.

1.1.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı

Palliative (Palyatif) kelimesi, kökenini pallium kelimesinden alır ve pelerin anlamı taşımaktadır. Palliate kelimesi ‘hafifletmek, gizlemek’, palliative ise ‘ağrının nedeniyle uğraşmadan ağrının hafifletilmesi’ anlamı taşımaktadır (Oxford Learner’s Dictionarie, 2019). Palyatif bakım yaygın olarak tedavi veya yaşam uzamasından ziyade semptom kontrolü ve desteğine odaklanan, terminal hastalığın yönetimine yaklaşım terimi olarak kabul görmektedir (Billings, 1998, s. 73-81).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) palyatif bakımı 1990 yılında ‘prognozu olan hastalara verilen tüm bakım’ olarak tanımlamış; 2002 yılında tanımlamayı değiştirip ‘yaşamı tehdit eden hastalıklarla yüzleşen hasta ve hasta yakınlarının sorunlarını erken teşhis edip ilk önceliği ağrı olmak üzere fiziksel, psiko-sosyal ve manevi açıdan bütüncül yaklaşarak destekleyen tedavi’ olarak yeniden tanımlamıştır. Palyatif bakım, iyileşmeyi amaçlayan şifa verici bakımın yerini almaz; takviyeye gelir ve yerine geçer.

Palyatif Bakım;

- Ağrı ve sıkıntı veren durumları rahatlatır,
- Ölümü yaşamın normal bir süreci olduğunu ve hastanın ölümüne kadar geçen sürede destekleyici tedaviler ve müdahalelerde bulunur,
- Hastanın hastalığı süresince destekleyici tedaviler ve müdahaleler ile yaşama şeklini değiştirerek hastalığıyla daha iyi yaşamasına izin verir,
- Hasta bakımına psikolojik ve manevi destek sağlayarak, hasta ve hasta yakının yaşam kalitesi artırılarak hastalık sürecine olumlu etki sağlanır,
- Ölümün hızlandırması ya da ertelenmesi hedeflenmez,
- Hastanın hastalığı sırasında ve yas sürecinde ailenin baş etme kapasitesi artırılmasını destekleyen bir sistem sunar (Kuebler, Lynn, Von Rohen, 2005, s. 2-10).

Palyatif bakım; hasta kritik bir dönemden geçtiğinde, küratif bakım hastanın durumunu iyileştirmede, hasta ve çevresi için mümkün olan en iyi yaşam kalitesini korumak için önemli bir yer tutar (WHO). Palyatif bakım, hastanın hastalığı artık iyileştirici tedaviye yanıt vermediğinde, profesyonel bir ekip tarafından hastaya ve aileye verilen toplam bakımdır.

Palyatif Bakım Ekibi İnterdisipliner ve Multidisipliner olmak üzere:

1) İnterdisipliner Ekip: Doktor ve Hemşirelerden oluşan tedavi sağlayan tıbbi bakım ekibi,

2) Multidisipliner Ekip: Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Manevi Destek Uzmanı, Diyetisyen, Uğraşı Terapistleri, Gönüllülerden oluşan farklı disiplinlerden profesyoneller bulunmaktadır.

Palyatif bakım, ilgili kişi ve ailesi dahil olmak üzere multi-disipliner bir ekip tarafından organize edilerek hasta ve hasta yakınlarına mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır. Palyatif bakım birincil tedavisinin yerini almaz; palyatif bakım alınan

birincil tedavi ile birlikte çalışır. Tedavi yöntemlerine ek olarak ciddi hastalığın ağrısı, belirtileri ve stresine odaklanır (www.parlons-fin-de-vie.fr, t.y.).

Yaşam sonu dönemde; ağrının, psikolojik-sosyal-ruhsal problemlerinin ve diğer semptomların hafifletilmesi zorunlu hale gelir. Palyatif bakım hasta ve hasta yakınlarına; **fiziksel aşamada:** ağrı, solunum güçlüğü, bulantı; **psikolojik aşamada:** ıstırap, gelecek için endişe, üzüntü, adaletsizlik hissi; **manevi aşamada:** mümkün yaşamını ve eylemlerini stoklamak; **sosyal aşamada:** ekonomik problemler, akrabalar için maddi kaynak sağlayarak eşlik etmeyi amaçlar.

Palyatif Bakım Geliştirme Merkezi'nin 'The Case for Hospital-Based Palliative Care' başlıklı yazısında palyatif bakım sonuçlarını açıklamıştır:

- Palyatif bakım hasta ve hasta yakınlarına karar süreçlerinde yardımcı olur.
- Palyatif bakım, ömrü uzatan veya iyileştirici tedavilerin tamamlanmasına yardımcı olur.
- Palyatif bakım hasta ve aile memnuniyetini artırır.
- Palyatif bakım, diğer uygun bakım ortamlarına sevk kolaylığını artırır (Kuebler, Lynn, Von Rohen, 2005, s. 2-10).

1.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

İlk olarak 1886 yılında yayınlanan Lev Tolstoy'un ölmekte olan bir adamın kendiyile yaşadığı iç hesaplaşmayı anlattığı 'İvan İlyiç'in Ölümü' eserinde, Ivan Ilych karakteri hikayede fiziksel ve zihinsel acıların birlikte konu olması bazı görüşlerce; toplam acı yaşayan bir adam tasvirini, modern palyatif bakım uygulamasının merkezi olan kavramla benzer olduğu düşüncesini akla getirmiştir (Fainsinger, 2000, s.24).

Hayatını ölümcül hastaların bakımına ayırmış olan Cicely Saunders'ın, 20. Yüzyıl'da yaşamış İngiliz hemşire ve sosyal hizmetçi olduğu, 1957 yılında palyatif bakım hedeflerine ulaşmak için tıbbi derece elde ettiği bilinmektedir. Dr Saunders; fiziksel, ruhsal ve psikolojik rahatsızlık olmak üzere toplam acı kavramı; fiziksel ağrısı olan hastalar için uygun opioid kullanımı ile ölümcül hastaların aile üyelerinin ve

arkadaşlarının ihtiyaçlarına dikkat edilmesi gibi palyatif bakım felsefesinin temellerini, 1963 yılında Yale Üniversitesi'nde verilen bir konferans sırasında tanıttığı ifade edilmektedir. Dr. Cicely Saunders tarafından modern hospis 1967 yılında St. Christopher Hospisi'nde başladığı söylenmektedir (Lutz, 2011, s. 304-309). Elisabeth Kubler-Ross ise 1969 yılında yayınladığı “Ölüm ve Ölmek Üzerine” adlı kitapta ölümcül hastaların yaşam sonu yolculuklarını: inkâr, öfke, uzlaşma, depresyon, kabullenme olmak üzere 5 aşamadan oluştuğunu ifade etmiştir (Zimmermann, 2012, s. 217-224).

Cicely Saunders'ın ekibine katılmış olan Kanadalı doktor Balfour Mount, ilk olarak 1974 yılında hospis için araştırma yaparken; hospis ifadesinin, palyatif bakım kavramının yerine kullanılmasının uygun olmadığı ve kavram karmaşası oluşturması üzerine ağrı semptomlarını hafifletilme tedavisine palyatif bakım ifadesini kullanmaya başlayan ilk doktor olduğu bilinmektedir. 1975 yılında Mount, McGill Üniversitesi Royal Victoria Hastanesi'nde hastane temelli palyatif bakım hizmetini açtığı ve McGill modeli ile ölmekte olan hastanın ve ailesinin çoklu ihtiyaçlarını karşılamak için bir uzman ekip tarafından sağlanan disiplinler arası bakım çerçevesini izlediği ifade edilmektedir. McGill modeli, ağrı ve semptom yönetimi alanında araştırma ve eğitimi içeren ilk model olduğu bilinir (Doyle, Hanks, MacDonald, 2003, s. 357).

Amerika ve Avrupa kıtaları başta olmak üzere, pek çok ülkede palyatif bakım felsefi benimsenmiş ve daha sonraki yıllarda hızlı bir şekilde palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem hastalarının insan onuruna uyan bu yaklaşıma erişmesi için uygulamalar yaygınlaşmıştır. Palyatif Tıp, uzmanlık ve resmi eğitim programları kurulmuş olup uzmanlık geliştikçe; palyatif bakım, modern sağlık hizmetleri içinde rolü ve kapsamı da her geçen yıl artmaktadır. Palyatif bakım, hastanelerin içinde yer alan bir hizmet modelinin dışında toplum ve hastane temelli ekipler, çoğu birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin içinde yerini almaya başlamıştır (Noble, 2015, s. 695).

Ülkemizde ilk palyatif bakım hizmeti veren kuruluş 1993 yılında Türk Onkoloji Vakfı olmuştur. T.C.Sağlık Bakanlığı ‘Sağlıkta Dönüşüm Projeleri’ çerçevesinde Palya-Türk projesini oluşturmuş, palyatif bakımın ilk adımı olan evde bakım hizmetini başlatmıştır. Hastane ayağında ise erişkin hastalara yönelik kapsamlı palyatif bakım merkezi, Ulus

Devlet Hastanesi'nde hizmet vermeye başlamıştır. Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi 09 Ekim 2014 tarihinde yürürlüğe girdikten sonra palyatif bakım sosyal güvenlik kurumu tarafından geri ödeme kapsamı içine alınmış olup 2015 yılından itibaren palyatif bakım tescil işlemlerine başlanmıştır.

Palyatif Bakım Organizasyon Modeli

1.Seviye: Palyatif Bakım Birimi (Onkoloji uzmanı olmayan, palyatif bakım hizmeti eğitimi almış bir doktorun gözetiminde, destek tedavilerin verildiği, palyatif bakım ayaktan poliklinik hizmetlerinin perifer bölgelere kurulumu önerilen birimlerdir): Aile hekimleri, Evde Sağlık Palyatif Birimleri

2.Seviye: Palyatif Bakım Merkezi (Merkezde 10 yatak kapasitesi ve multidisipliner ekiple, hizmet hastaneleri ve üst role sahip sağlık tesislerinde kurulması önerilen merkezdir. Bu merkezdeki tedavinin asıl amacı, hastanın en kısa sürede stabil hale getirilip, idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamı sağlanmasıdır.)

3.Seviye: Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (Multidisipliner bir ekip ile ihtiyaca göre yatak planlanan ve üçüncü basamak hastanelerde kurulması önerilen merkezdir.)

Destek Evi(Hospis) : Küratif tedaviye cevap vermeyen son dönem hastalar ile ilerlemiş kronik hastalığı olan hastaların semptom kontrolünün sağlandığı, ev ortamına sahip mekanlar olarak planlanmış olup ülkemizde destekevi yapılanması henüz daha oluşmamıştır. Destekevi (Hospis) yapılanmasının olmaması, kimsesiz hastalarda taburculuk işleminin yapılmasına engel olmaktadır. Ek olarak: gönüllüler, belediyeler, sivil toplum kuruluşları palyatif bakımın her seviyesinde olacak şekilde düzenlenmiştir (İlkılıç, Özkaya, Uçar, 2019).

2019 yılındaki verilere göre Türkiye'de, 81 ilde 5.475 yatak kapasitesi ile toplam 409 sağlık tesisi palyatif bakım hizmeti vermektedir (khgmozellikli.saglik.gov.tr, t.y.). Araştırmalara göre palyatif bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısının fazla olduğu, bu hastalardan yetişkin palyatif hizmeti alanların: kanser, serebrovasküler hastalık, alzheimer – demans, KOAH, kalp yetmezliği, diyabet ve diğer hastalıklarının olduğu; çocuk palyatif bakıma başvuranların ise genetik / konjenital ve ilerleyici hastalık

tanısıyla yatışlarının olduğu görülmüştür. Palyatif bakım merkezine yatış nedenleri; nütrisyon tedavisinin düzenlenmesi, bakım eğitimi, solunum yetmezliği, dekübit bakımı, ağrı tedavisi, kalp yetmezliği ve diğer nedenler olarak tespit edilmiştir (www.palyatif.org, t.y.).

1.1.3. Palyatif Bakımda Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşadığı Psiko-sosyal Sorunlar

Hasta ve hasta yakını; yaşanan hastalık süreci için iyileştirici olmayan tedavinin mevcut olduğunu kabul ettiğinde; yaşanabilecek çaresizlik, kaygı, umutsuzluk duygularının, kişilerde varoluşsal sancı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Palyatif bakım, sadece hastanın semptomlarını ortadan kaldırıp konforuna odaklanmamalı, aynı zamanda yıllarca hastalarına bakma sorumluluğu olan hasta akrabalarını da içermelidir. Hasta yakınları, bakım sağlamak için çoğu zaman kendi ihtiyaçları pahasına birden fazla sorumluluk yüklenmek zorunda kalır. Bakıcı kavramının çok faktörlü doğası hasta yakının; sosyal izolasyon, hane halkı içinde ve dışında aşırı iş yükü, hastasına tutumunda değişiklik, istihdamdan çekilme ve ekonomik zorluk yaşamasına neden olmaktadır (Torun, 2019).

İnformal bakım verenler, haftanın tüm günü ve neredeyse kesinti olmaksızın bakım verdiği kişiyle ilgilenmektedir. Kısacası 7 gün/24 saat bakım veren rolünden çıkamamaktadır. Kişiler sadece nöbetleşe bakım kavramıyla ifade edilebilecek olan ertelemesi veya feragat etmesi mümkün olmayan durumlarda, başkasından destek alabilmesi halinde kısa süreli olarak bakım görevlerinden uzaklaşabilmektedir. Ancak bu kesintisiz bakımın kısa vadeli olmayışı bu durumun en önemli kısmıdır.

Bakım sürecinde yaşanan; bakım verilen ortamın özellikleri, araçsal destek imkânları ve psikolojik/sosyal/ekonomik desteklerdeki yetersizlikler hasta yakının süreçten olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bahsedilen tüm bu durumlar bakım verenleri baş etmesi güç bir sürecin içine dahil etmektedir. Nispeten daha sağlıklı bakım verenler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan birtakım sorunlarla yüzleşmek durumunda kalmaktadır. Sonucunda yaşanan sıkıntılar, bireylerin baş etme becerilerine bağlı olarak bir derece aşılabildiği gibi yaygın olarak daha kötü sonuçlar doğurmaktadır (Öztürk, 2019, s. 4-18).

Bakım yükünün artmasıyla hasta yakının fiziksel olarak: iştah azalması veya artması, bel-boyun ağrısı, fitik, yorgunluk, eklem sorunları; psikolojik olarak: depresyon, anksiyete, stres, karar vermede güçlük, endişe, uyku problemi yaşadıkları bilinmektedir. Hasta yakının psikolojik yükünün belirlendiği araştırmada, 50 yaş üstü hasta yakını nüfusunun anlamlı bir sıkıntıya sahip olduğu ve ciddi birinci derece aile sağlığı sorunun olduğu görülmüştür. Bakım yükünün, ağır fiziksel koşullardan daha fazla zihinsel sağlık ile ilişkili olduğu ve kadınların, erkeklere göre daha fazla bakım yükünün olduğu belirlenmiştir (Bedard ve diğerleri, 2000, s. 307-332; Harwood ve ark. 2000, s. 481-487).

1.1.3.1. Kaygı

Hasta ve hasta yakının fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları, kişilerin zihinsel dengesini korumak için palyatif bakım tedavisinde eşit öneme sahiptir. Tedavi süresince hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları yoğun strese; kaygı, psikolojik ve fizyolojik bir cevap olarak yanıt vermektedir. Kaygı, insanların kendilerine karşı tehdit algıladıklarında ortaya çıkan bilinmeyen korku ve tedirginlik hissi olarak tanımlanabilir. Kaygı, çevresel değişkenlere karşı bireysel ve normal tepki olarak görülür. Bireylerin tehditlere uyum sağlayarak karşı koymasına izin veren vücut savunma mekanizma işlevi görmektedir. Anksiyete seviyeleri maddeler halinde sınıflandırılmıştır:

- **Hafif** – Hasta yakının farkındalığı ve uyanıklığı artmakta ve yaşanan gerginliği bir uyarı işareti olarak tanımaktadır. Ortam öğrenmeye elverişli ve bilgi korunmaktadır.
- **Orta** – Hasta yakının olayları doğru bir şekilde algılama yeteneğinde azalma olduğu için yönlendirilmelidir. Hasta yakının farkındalığı azalmakta ve odak seçicidir.
- **Şiddetli** – Hasta yakının, bilgileri algılama ve ayrıntıları iletme kabiliyeti azalmış, uyumsuz düşünceler ve duygular yaşamaktadır. Sonuç olarak bu durumda öğrenme gerçekleşemez.
- **Panik** – Hasta yakının öğrenmesi bilişsel bozukluk nedeniyle gerçekleşemez. Hasta yakını düşüncelerini mantıklı bir şekilde konsantre ve organize etmekte

zorlanmakta, kolayca dikkati dağılabilmektedir. Yaşanan bilişsel bozulma, beynin bilgiyi işleme yeteneğine müdahale eden yüksek kaygı düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Hasta yakının endişesi arttıkça, bilişsel bozukluk yaşama olasılığı bir o kadar artmaktadır.

Hasta yakınları; hasta için bazen rahatlık ve destek kaynağı olurken bazen de hastanın hayatında kargaşaya neden olmaktadır. Her ailenin kendi hiyerarşisi, değerleri, tarihi, kültürü ve iletişim kalıpları vardır. Bir aile üyesinin hayatını tehdit eden bir hastalığı varsa bu durum bütün aileyi etkilemektedir. Yaşam tarzı, roller, ilişkilerde yaşanan aksamalar hastanın ve ailenin istekleri arasında çatışmaya neden olmaktadır. Hastanın psiko-sosyal sağlığının korunması için bu farklılıkların uzlaştırılması gerekmektedir.

Hasta yakınlarının yaşadıkları kaygı durumlarında baş etme yöntemleri değişebilmektedir:

- Hastanın hastalığı olumlu bir tavırla kabul edilip hasta ile ailesi, arkadaşları ve sevdikleriyle değerli olan zamanı en iyi şekilde değerlendirebilir,
- Pasif bir çaresizlikle hastanın ölümü beklenebilir,
- Hastanın uyumsuz hale gelmesiyle hasta yakını, hastanın yıkıcı tutumuna devam etmesine izin verebilir (Bu durum aile için artan kaygıya neden olabilmekte ve bakım ekiplerini yabancılaştırarak uygun yardım, tavsiye ve destek vermelerini önlemektedir.)
- Aile üyelerinin hastanın ihtiyaçlarına dalması; kendinden ve hasta dışındaki çevresinden uzaklaşması ile sonuçlanabilir.

1.1.3.2.Ekonomik Etkiler

Hastanede kalınan süre içerisinde direkt (tıbbi bakım, muayene, ilaç ve beslenme rejimine ilişkin masraflar) ve indirekt (tamamlayıcı/alternatif tedavi yöntemleri, ulaşım, hastanede kalınan süre içinde yemek ve kalacak yer parası vb.) harcamalar ile sağlık bakım sisteminin karşıladığı masraflar dışındaki harcamaları üstlenmek bakım vericiye ek yük getirmektedir. Ayrıca hastaya uzun süreli bakım verme, hasta yakının iş ve gelir kaybı ile sonuçlanabilmektedir (Karabuğa, 2009). Bu durum aile gelirinde azalmaya yol açabilir, aile yaşamını çeşitli yönlerden etkileyip aile içi sorunlara neden olabilmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada ekonomik yetersizliğin özellikle hastada ve hasta

yakınında sıkıntı, üzüntü, huzursuzluk, pişmanlık ve çaresizlik duygularına yol açtığı; aile üyeleri arasında çatışma ve endişe gibi sorunlar ortaya çıkardığı tespit edilmiştir (Karakartal, 2007, s. 96-109).

1.1.3.3. Aile Desteği

Yakınlarından yeterli destek alan ve akrabalık-arkadaşlık ilişkileri iyi olan bakım verenlerin yaşam kalitesinin pozitif yönde arttığı, uyumlarının daha iyi olduğu bilinmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2007, s. 126-137). Hastanın, aile biriminin (özellikle finansal açısından) önemli bir üyesi olması, aile içindeki rollerin yeniden tanımlanmasını yol açabilmektedir. Hasta yakınları, bu süreçte tuzağa düşmüş hissine kapılabilir, duygusal geri çekilmeler yaşayabilir ve tüm yaşamları hastanın etrafında dönüyor gibi düşünebilirler. Böyle durumlarda hasta yakını mola vermeli, yaşanan süreç çevresi tarafından yargılanmamalı ve bakım verene destek olunmalıdır. Hastanın ölümü gerçekleştiğinde yas sürecinde, hasta yakınlarının izole olmamaları; geniş ailesi ve arkadaşlarıyla temas halinde kalması önemli hale gelmektedir (Collis, 2003, s. 265-268).

1.1.3.4. İnkâr

Hasta yakını, hastasının hastalığının tedavi edilemez olmasından etkilenebilir fakat yaşadığı duygusal deneyimi yansıtmayabilir ya da yaşanan süreçle yüzleşmekten korkup inkâr edebilmektedir. Bu durum hasta ve hasta yakının kaynaklardan ve destek sistemlerinden soyutlanmasına neden olabilir. Hasta ve hasta yakını ile birlikte başa çıkma sistemleri tanımlanmalı ve değerlendirilmelidir. Çıkan sonuçlar doğrultusunda gerekirse yeni baş etme yöntemleri geliştirilmedir.

1.1.3.5. Yaşam kalitesi

Tarihsel olarak yaşam kalitesi; mutluluk ve acının yokluğu ile ilişkilendirilmiş olup günümüzde geleneksel sağlık ve yaşamsal işlevselliğin bütünleyicisi olduğu ifade edilir (Karakaya, 2020). Yaşam kalitesi kavramı; fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon olmak üzere üç ana alandan etkilenmiştir. Bakım verme hasta yakını açısından tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp duygusal destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsayan çok boyutlu bir deneyimdir (Altay, 2018, s. 1-8). Ülkemizde bakım verme aile

içi bir sorumluk olarak görülmekte ve hasta bireyin bakımı çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Yapılan çalışmalar bakım verme görevinin yaşam kalitesini düşürdüğü, kişinin sağlığını çeşitli alanlarda olumsuz etkilediği, sağlık hizmeti kullanımını ve ölüm riskini arttırdığı noktasında uzlaşmaktadır (Öztürk, 2019, s. 4-18).

1.2. Ölüm

Klinik ölüm; şuur, refleksler, solunum ve kalp atışı gibi hayatın dış belirtilerinin yok olduğu ancak organizmanın bir bütün olarak ölmediği, uygun koşullar altında dokuların metabolik faaliyetlerini sürdürebildiği ve söz konusu durumun iyileştirici uygun dış müdahalelerle tersine çevrilecek hali olarak tanımlanmaktadır (Hacaloğlu,1996).

Biyolojik ölüm; beyin-kalp-akciğer düzeyinde, tam ve kesin, geri dönülemez olmak üzere hayati fonksiyonların durması ve buna karşılık gelen ölüm kriterinin beyin sapı da dahil olmak üzere beyin tüm işlevlerinin geri dönüşümsüz durmasıdır (Thomas,1991; Üniform Ölümü Belirleme Yasası,1980, s. 24-25).

İnsan ve diğer canlılar için ölüm, dünyanın ekolojik dengesi üzerinde büyük öneme sahiptir. Ölüm yeni nesillerin doğabilmeleri için vazgeçilmez bir rol oynamakta, evrimsel hayatta mutlaka olması gereken durum olarak ifade edilmektedir. Ölüm, insan için her zaman varoluşsal bir meselede olmuştur. Sözlü ve yazılı literatürde yaşam kadar ölümden konu edilmiş ve ölümün bilinmezliği hayatın sonlanması olarak anlaşıldığında kaygı ya da korkunun nedeni olabilmektedir.

Mitlerde ölüm ikinci bir hayattır. Ölüm ve öte dünya tasavvuru; aşkınlık, inanç ve kutsalla ilişkilidir. İlk toplumlarda mezarlarda yiyecek kapları, giyecek ve değerli eşyalar, mısırlıların firavunları mumyalama yöntemi öte hayata hazırlanma olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçmiş toplumlarda ölüm düşüncesinden kaçınmanın; öte hayat düşüncesi, büyü ve mitin gelişmesini zorunlu kıldığı da düşünülmektedir. Mitlerde, Tanrı anlayışının başlıca özelliği ölümsüz olmasıdır. İlk insandan bugüne, ölümsüzlük düşüncesi hep hoş gelmiş ve bunun yolu aranmıştır. Ölümsüzlükle insan, ölümün üstesinden geleceğini düşünmektedir. Fakat bunun yanında ilk insan, ölümü korku ve dehşetle ciddiye almıştır. Ölümü son terfi, hayatın daha yüksek bir formuna yükselen

son ritüel ve bazı şekillerde sonsuzluğun zevkini tatma olarak düşünmüşlerdir (Baymur, 1969).

Freud'un psikanalitik kuramına göre, temelde kimsenin kendi ölümüne inanmadığı ya da bilinç dışında herksin kendi ölümsüzlüğüne inandığını söylemektedir. İnsanın ölümle karşılaştığında her zaman derinden etkilendiğini, modern ve ilk insan arasında ölüm düşüncesinde bir fark olmadığını düşünmektedir. Modern insan mikroptan, kazadan, cinayetten ölüme sebep bulurken; ilk insan, ölümü bir düşmanın ya da kötü bir ruhun etkisene bağlayarak ölümü bir zorunluluktan çıkardığını ve rastlantıya bağlı bir olaya indirgemeye çalıştığını söylemiştir (Freud, 1995).

Günümüzde insan ilk insana göre ölüme hazırlıklı olmada veya yaşam devrimindeki doğal yerini kavramada yetersiz kalmaktadır. Hayat merkezli görüş ölüm düşüncesini ikinci plana itmiştir. Bazı görüşler modern insanın ölüm düşüncesi ve kaygısının verdiği anlamsızlığı, modernite ve bilim epistemoloji çerçevesinde; hastalıkla, yanlış alışkanlıklarla, kendine iyi bakmama ile açıklamaya çalışmasının yeterli gelmediğini söylemektedir (Göcen, 2018).

Ünlü düşünür Blaise Pascal, ölümün çaresi olmamasını ve zihnin mutlu olabilmek için ölümü bilinçaltına atıp kaygıyı ortaya çıkaran tutumun yanlış olduğunu söylemektedir. Gregory Zilborg, ölüm korkusunun üniversal olduğunu, organizmanın kendisini koruyabilmesi için ölüm korkusunun bütün normal fonksiyonlarımızın arkasında olması gerektiğini söylemiştir (Becker, 1973). Mevlana Celaleddin Rumi, hayatın ölümden ibaret olduğunu, gerçekte korkutan ölümün hayat olduğunu, bunu ters düşünmenin yani ölümü yok olup gitmek sanmanın imansızlık olacağını ifade etmiştir (Can, 2000).

1.2.1. Ölüme Karşı Tutumlar

1.2.1.1.Ölümsüzlük Arzusu

Ölümsüzlük arzusu insanın yaşamının her döneminde en güçlü hayali, ölümlülük gerçeğine yaklaştıkça geçici ve sınırlı hayatından kurtulma arzusudur. Ölümün evrenselliği ne kadar gerçekse ölümsüzlük isteği ölüm kadar evrensel psikolojik gerçekliktir. İnsan bedeninin mumyalanması, ölüyü gömmeden önce onu süsleme ve güzelleştirme çabaları da ölümsüzlüğe duyulan özleme verilecek örnekler arasındadır.

Freud'a göre ölüm ötesiyle ilgili inançlar bu hayatta karşılaşılan sıkıntıları, acıları ve ıstırapları teselli etmek için insan psikolojisinin icat ettiği hayali tatmin kaynaklarıdır. Ölümsüzlük konusundaki inançlar ölümün uyandırdığı büyük korku ve dehşetten kaynaklandığını ifade etmiştir (Freud,1995).

Ölümsüzlük inanç ve kültürlerde farklı şekillerde dile getirilmiştir:

1) Maddi Ölümsüzlük: Ezel ve ebedi olan şeyin sadece madde olduğu, insanın maddi özü bakımından ölümsüz olduğunu savunur.

2) Biyolojik Ölümsüzlük: İnsanın ana-babalık duygusunun temelinde yatan kendi soyuyla neslinin devamlı olacağına inancı ölüm karşısında teselli veren önemli bir duygu olduğunu savunur.

3) Sosyal Ölümsüzlük: Kişinin ölümünden sonra, faydalı eserler ve çalışmalar bırakma düşüncesi, ölüm ağırlığını hafifletme isteğinin dışı vurumu olduğunu savunur.

4) Ruhi Ölümsüzlük: Kişinin ölümünden sonra ruhunun başka bir bedene ruhun belli bir olgunluğa ulaşınca kadar ruhun çeşitli bedenlere bürünerek dünyada tekrar doğacağını kabul eden inançtır.

5) Ferdi-Şahsi Ölümsüzlük: İlahi dinlerin ölümden sonraki ebedi hayatı tebliğine dayanır (Hökelekli, 2008).

1.2.1.2.Ölümü İnkâr Etme

Ölümün kişilerde uyandırdığı tepkiler insan tabiatına bağlı ortak bir yönü olsa bile genelde bu tepkinin farklı ve karmaşık şekilde ortaya çıktığı gerçektir. Ölüm tavrının şekillenmesinde dini, tıbbi, ekonomik ve ideolojik etkilerin yanında; sosyal ve kültürel çevrenin ölümü ele alırken tenkitçi hükümlerin ve duygusal değerlendirmelerin büyük rolü bulunmaktadır.

Günümüzde ölümü hatırlatacak olaylardan uzak durma davranışı yaygınlık kazanması ve ölümün konuşulmasının yasak bir tabu haline geldiği görülmektedir. İş, başarı, zenginlik, cinsellik, refah, mutluluk düşünceleri gibi dünya hayatı ile sınırlanan kültürel öğelerin konuşulması ölümü kabullenmeyi zorlaştırmaktadır.

Ölümü inkar etme; maskeleye davranışı ile kişi kendisini dünyevi işlere bütünüyle kaptırma ve ölüm hakkında düşünme fırsatı kalmayacak şekilde kendisini meşgul etmekte; bastırma davranışı ise kişi ölüm kavramını şuurdan atmakta ve ölümü etkisiz hale getirmeye çalışmaktadır (Hökelekli, 1993, s. 97-102).

1.2.1.3.Ölüme Meydan Okuma

Kültürümüze ait hikâye, masal ve destan örneklerinde kahramanların cesaret ve fedakârlık için ölüme meydan okuyan davranışları konu olmuştur. Riskli spor faaliyetleri yapanlar, filmlerde rol alan dublörler, çok sayıda kişinin öldüğü kazadan sağ çıkanlarda da ölüme meydan okuma tutumu görülmektedir. Böyle durumlara kişi, ölümün yanından geçmesinin yaşama temposuna hız kattığını düşünmektedir.

1.2.1.4.Ölümü İsteme

İnsanın bilinçaltında varlığını hissettiği ölüm isteği ve özlemi ana rahminde ki rahat ve huzurlu hayata dönüşün ifadesi olarak yorumlanmaktadır. İnsanın sakinliğe, sessizliğe, rahatlığa olan eğilimi de ölüme duyulan özlem olarak ifade edilmektedir. Kişi içinde yaşadığı problemleri çözemediğinde, üstesinden gelemediği suçluluk duygusunda, yaşlı ve ağır engelli olan kişilerin kendilerini işe yaramaz olarak görmesi durumlarında ölüm isteği ortaya çıkabilir. Ölüm isteğini doğuran şartlar ve sebepler kültüre ve yaşanan döneme göre değişebilmektedir.

1.2.1.5.Ölümü Kabullenme

Ölüme yaklaşımda ve kabullenmede dini bakış açısı önemli bir yer tutar. Varoluş felsefesine göre ölüm yakın olduğu, bütün ömür boyunca hayata eşlik ettiği, hayatı kuşattığı ve hayatın içinde yer aldığı ifade edilmektedir (Rittter, 1954). Genel olarak kişi mortalite hatırlandığında, varoluşsal kaygı yaşama potansiyeli arttığında, son derece savunmacı olabilir. Birey savunmacı anlarda ölüm konusundan kaçınma davranışı sergiler ya da yaşamında istikrar ve anlam hissi veren inanç ve uygulamaları şiddetle savunabilmektedir. Bireyin inanç ve ölüme karşı tutumları da yas tutma sürecini etkileyebilir. İnsanlar erken yaşlardan başlayarak ölüme karşı inançlar ve tutumlar geliştirmeye başlarlar. Tüm tutum ve inançlar, insanların hayatlarının birçok alanını etkileyebilir (Boyras ve diğerleri, 2014, s. 1-11). Gesser ve diğerleri (1987-1988, s.113-

128) yaptığı araştırmada, ölüm kabulü kavramını ileriye götürerek ölüm kabulünü üç farklı açıyla: **tarafsız kabul** ile bireyler ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak görmekte ve ölümü memnuniyetle karşılamakta; **yaklaşımaya yönelik kabul** dindarlıkla ilgili ve bireyler ölümü mutlu bir yaşamın başlangıcı olarak görmekte; **kaçmaya yönelik kabul** ile bireyler ölümü dayanılmaz yaşam koşullarından kaynaklanan acıdan kaçış olarak görmekte, ölümün hayattan kaçmakta çekici bir alternatif ve acıya son vereceği şeklinde algıladığını ifade etmişlerdir.

1.2.1.6.Yas Tutma

Yas, ölen kişiyle kesilen ilişkinin sonucu kişilerde ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik bir tepki ve bu tepkiye verilen geleneksel yöntem ise yas tutma olarak ifade edilir. Kültürden kültüre değişen bu durum bireysel bir davranış olmanın ötesinde kalıcı, toplumun geneline yayılan evrensel bir özellik taşır. Ölüm anlayışı dini inanç ya da inanç eksikliği, ölenin yaşı, ölümün ani ya da beklenir olması durumu, aile içinde ölümün sıklığı, yasin ifade biçimlerini yönlendirmekte ve yasin duygusal rengini değiştirmektedir.

1.2.2.Ölüm Kaygısı

İnsan bilemediği ve belirsizlik yaşadığı konularda kaygı ve korku yaşayabilmektedir. Ölüm ve ölümden sonra ne olacak fikri insan için bilinmezliğini korumaktadır. Ölümün acı verecek bir tecrübe olduğu, bütün bedenin ölümle yok olacağı, bir nefes gibi kaybolacağı düşüncesi kişide kaygı oluşturmaktadır. Gelişen teknolojiyle yaşam sonu dönemde olan kişiler, hastanelerde ya da huzurevlerinde ailesinden ve alışagelmış eşyalarından uzakta ölümle yüzleşmektedir. Bu ortamlarda yalnız kalan kişi, insanlara duyduğu ihtiyaçtan yoksun bırakılmaktadır. Sosyal destekten yoksun ölümle yüzleşen kişide, bilinç bulanıklığının yanı sıra beden denetiminin de azalması ego tarafından bir tehdit olarak algılanıp kişilerde kaygı ve korkuyu yoğunlaştırmaktadır.

İnsan kendi ölümü ve birinci derecede yakının ölümü başta olmak üzere arkadaş, dost ya da akrabasının ölümünü düşünmesi her dönemde kişide kaygı, üzüntü uyandırmıştır. Gesser, Wong ve Reker (1987-1988, s.113-128) ölüm tutum profilini ; genç, orta yaşlı ve yaşlılar (60 yaş ve üstü) olmak üzere üç grup üzerinde inceledikleri araştırma

sonuçlarına göre, genç katılımcıların ölüm kaygısının yüksek olduğu fakat orta yetişkinlikte bu kaygının daha da yükseldiği, yaşlılarda ise ölüm kaygısının en düşük olduğu görülmüştür. Yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalarda, ölüm kaygısı meta-analizi bu bulguyu doğrulamaktadır. Ölüm kaygısının yaşamın son yıllarında stabilize olduğu ifade edilmiştir. Yaşlı yetişkinlerin ölümü daha fazla düşünüp konuştuğunu ancak genç insanlara kıyasla ölümden daha az korktuğu ifade edilmiştir (Fortner ve Neimeyer, 1999, s.387-407).

Ölüm kaygısının farklı yaş gruplarında çok boyutlu bir olgu olduğuna inanılmaktadır. Yaşlı yetişkinin, çevresinde yaşanan ölüm olaylarından kendileri için endişe duyması ve acı çekmesi, ölümlle son bulacak yaşamdaki hedef veya başarısının yetersiz kalacağı fikri, bedeni ve eylemi üzerinde kontrolü kaybedecek olma düşüncesi ölüm kaygısı arasında görülmüştür (Pinder ve Hayslip, 1981, s.107-123).

Yüksek dindarlık ve yaşamdaki amaç da düşük ölüm kaygısı ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmalar dindar kişilerin ölmekten daha fazla korktuklarını ve ölümü dört gözle beklediklerini, farklı olarak ölüm düşüncesinin dindar insanlarda, dindar olmayanlara göre daha yüksek kaygı oluşturduğunu bazen de din ve ölüm kaygısı arasında önemli bir ilişki bulunmadığı gözlemlenmiştir (Meadow ve Kahoe, 1984; Ardel, 2003, s. 55-77).

1.2.3.Dönemlere Göre Ölümün Anlamı

1.2.3.1.Çocuk ve Ölüm

Çocuklar ölümlle ilgilenmeye erken yaşlarda başlamakta fakat ölüm kavramı yetişkinlere nazaran daha bulanık ve belirsiz olmaktadır (Akpınar, 1988). Çocuklukta nesnel zaman dünyasına katılım olmadığından, çocuğun ölümü anlaması zorlaşabilmektedir. Ölüm, çocuk için büyük bir gizemdir. Ölümle hayatın sona ereceğini çocuk zihninde tasarlamadığı için ölümü geçici bir durum olarak görmektedir. Çocuklukta yaşamak eğlencelidir ve ölüm kavramı tam olarak kazanılana kadar ölümü kendine yakıştırmaz. Araştırmaya göre, çocuklar kendi ölümünden önce başkalarının ölümünü kabullenmektedirler (Özkan, 1979, s.10-11). Çocuğun zihninde tasarlanan ölümün üç bileşenden oluştuğu bilinmektedir. Birincisi, uyku ve yolculuk olarak ölüm; ikincisi, dışarıdan benimsetilmiş köklü kişisel değişme olarak ölüm; üçüncüsü, hayatın

kaybedilmesi olarak ölüm, şeklindedir (Yörükoğlu, 1986). Çocuğun ölüme karşı verdiği tepkiler; korku ve sıkıntı şeklinde başlar, saldırganlık karşısında sıkıntı şeklinde devam etmektedir. Çocuk için ölüm, varoluşunun dışında kaldığı için, ölümle başa çıkma çocuk için inkar temelli olduğu söylenebilir.

1.2.3.2.Genç ve Ölüm

Ölümle ilgili çocukluk döneminden kalma korkuların ergenlik döneminde devam ettiği, ölüm karşısında benzer tutumlar gösterdiği bilinmektedir. Ama çocukluk döneminden farklı olarak, ergenin kendi ölümü, merkezi ilgi ve kaygı konusu haline gelmektedir. Gençlerde hayata dönük ilgiler ve uzun hedefler coşkunluk içinde hissedilir. Bu yüzden genç insan; hastalık, kaza, ölüm gibi olayları hatırladıkça; kendi kaderine ve geleceğine tam manasıyla hakim olamadığı için korku ve sıkıntı yaşamaktadır. Bu yüzden ölümü akla getiren deneyimlere karşı daha az tahammül etmekte ve bu duruma kısa süre katlanabilmektedir (Baum, 1983, s. 897). Ergenlik döneminde ölüm düşüncesi görülmekte fakat ölüme duyulan ilgi ölüme meydan okuma ile ortaya çıkmaktadır. Ergene ölümden çok ihtiyarlama fikri korkunç görünmektedir (Karaca, 2000, s. 212). Gençlere göre uyku ve ölüm çoğu zaman eşit sayılmakta ve uyumaya giderken hissettikleri korkuların arasında, ebeveynlerin ölümü ya da kendi ölümüyle ilgili kaygılar bulunmaktadır.

1.2.3.3.Yetişkinlik ve Ölüm

Genç yetişkinliğin ilk yıllarında ölüm uzak olarak düşünülse de, orta yetişkinliğe doğru bireyin, gerileme, kayıplar ve ölüm engeline geçerli bir çözüm ve tatmin edici anlamlar bulması temel sorun oluşturmaktadır. Yaşla birlikte ölüm varlığını daha çok hissettirmekte ve yetişkinlik döneminde yaşanan çoğu kaynağa ölüm korkusunun neden olduğu söylenebilmektedir. Yaşamın yeniden gözden geçirilmesi, ölüme karşı uyum, yaşamın sonuna doğru önemli olan kişilik değişimlerindedir. Araştırmalar, orta yaşta olanların daha yüksek ölüm kaygısına sahip olduğunu göstermiştir (Haris ve Cole, 1980, s. 396; Fortner ve Neimeyer, 1999, s.387-407).

1.2.3.4. Yaşlılık ve Ölüm

Yaşlılık döneminde, diğer dönemlere göre ölümle ilgili daha çok gözlem ve tecrübe sahibi olunmaktadır. Yaşlıların ölüm hakkında daha çok düşünmeleri ve konuşmaları, yaşlılık döneminde ölümle ilgili iç içe olduklarını göstermektedir. Bu dönemde ölümü kabul etmeyen yaşlıların dışında, genel olarak ölüm korkusu yaşlılar arasında daha az yaşanmaktadır. Bunun için gösterilen sebepler arasında; geleceklerinin sınırlı olacağını bilmeleri ve gerçek yaşama daha az yer vermeleri; belirli bir yaşa geldiklerini ve çoğu konuda tecrübe sahibi olduklarını düşünmeleri; ölümle ilgili yüzleşmeler yaşamaları, ölüm sırasının kendisine geleceğine ya da ölümün doğallığını kabul etmelerine neden olmaktadır (Çileli, 1995, s.214). Ölümden sonra yaşama inanmak, yaşlıların yaşlanmayı ve yaşlılıkta ki rol beklentilerini olumsuz bir deneyim olarak görmelerini engellediği ifade edilmektedir (Puchalski, 1999, s.25).

1.2.4. Hasta Yakınlarının Ölümüne Karşı Verdiği Tepkiler

Hasta yakını bakım verdiği kişinin hastalıkla verdiği mücadeleye şahit olması kişinin katlanılması zor bir durum olarak karşısına çıkmaktadır. Hasta yakını, değer verdiği ve sevdiği yakınının iyileşmesini ister ve yakınından ayrılmak istemez. Ancak hasta yakını hastanın tedavisinin kendisinin elinde olmayan bir süreç olduğunu anladığında bu durumun savunmasızlığıyla baş başa kalmaktadır. Ölüm hasta için yaklaştığında hem hastanın hem de yakının tüm duyguları şiddetlenir. Ölmekte olan hasta giderek aile ve arkadaşlara bağımlıdır ve ilgili kişiler arasında karmaşık bir rahatsızlık, endişe ve ağrı etkileşimi vardır (Feldberg ve diğerleri, 2003, s. 342).

Doktor veya sağlık çalışanı hasta ve ailesi için sürekli değişen duygusal, yorucu ve muzaffer sürecin dış belirtilerini ve irrasyonel duyguların ifadesini gözlemlemelidir. Ölme süreci geçmişe, bugüne ve geleceğe odaklanır. Bunun için multi-disipliner ekibin kısa veya uzun vadede bakım sürecinde; hasta yakınının hastayla yaşadığı sıkıntılar, hatalar ve pişmanlıkların yerine hasta ile bulunduğu anı daha kaliteli geçirmesini sağlayacak danışmanlık hizmeti vermesi önemlidir. Hasta yakınının, hastasının ölümüyle karşılaştığında verdiği tepkileri en aza indirebilmesi adına hasta yakını için ölüm ve yas eğitimi üzerine odaklanılmalıdır.

Ölüm kaygısı endişesiyle başa çıkmak için insanlar genellikle fiziksel bağlantı kurma çabası olarak kültürel dünya görüşlerine ve yakın ilişkilere yapışırlar (Arndt, ve Vess, 2008, s.909). Hasta yakının çevresiyle ilişkileri hastayla ilgili yaşanabilecek olumsuz durumların sancılarını hafifletmede yardımcı olmaktadır. Kubler-Roos, bu tepkileri en aza indirmede: “Ölüm, insan için onu yakalayacak bir hapishaneye kapatacak bir düşman değildir. Ölüm hayata anlam katan yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Ölüm hayatın bir sınırı olduğunu bize hatırlatan ve hayatı daha iyi ve doğru şekilde yaşamamız için bize öğüt veren bir uyarıcıdır.” ifadesini kullanmıştır. Bu bakış açısına sahip olmak kolay gözükmese de iyi bir hayat sürme ve ölüm ötesi için umutlu olabilme şansı sunmaktadır.

Araştırmalar sevdiklerini kaybeden bireylerin ölüm kaygısının giderilmesinin ötesinde çeşitli olumlu etkiler yaşayabileceğini söylemektedir. Örneğin ölümle ilgili deneyim, insanların ölümle başa çıkmada insan becerileri ve yeteneklerini attırdığı ifade etmektedir (Doyle ve diğerleri, 2003, s.357).

1.3. Maneviyat

Maneviyat İngilizce çevirisi spirituality olduğu ve Latince spiritus kökünden geldiği; Türkçe karşılığı nefes alma, hayat verme olarak tercüme edilmektedir. Kelimenin Latince kökenine bakıldığında maneviyat kavramı; yaşama, canlı olma ve hayatın özü şeklinde yorumlanabilir (Karagül, 2002, s. 5-27). Maneviyat, uzun süre din kavramıyla eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Daha sonra bu görüşten farklı olarak din ve maneviyatın farklı kavramlar olduğu fikri ortaya atılmıştır. Din kavramı, genellikle daha organize bir dine ve teolojik bir doktrine bağlılığı anlatırken; maneviyatın aşkınla olan bağlantıyı ifade ettiği ve bu olguların birbirinden bağımsız olabileceği savunulmuştur. Bu yaklaşıma göre bireylerin dindar ve maneviyata bağlı, dindar fakat maneviyattan uzak, maneviyata bağlı ama bir dine mensup olmayan ya da her ikisine de bağlı olmayan durumuyla karşılaşmaktadır.

Maneviyatın anlamı ile ilgili çeşitli tartışmalar yapılmaktadır. Tartışmalara göre maneviyatı evrensel bir olgu olarak görenlerin yanında bireysel ve özel durumlarla sınırlı olarak değerlendirenlerde bulunmaktadır. Maneviyat için genel bir çerçeve

çizebilmede en çok kabul gören yaklaşım, insanların ve farklı grupların kendilerine özgü manevi anlayışları temel alınarak ortak bir maneviyat algısı görüşüdür.

Maneviyatla ilgili geçmişten günümüze birkaç tanımlamadan bahsedilmiştir:

Armstrong: '*Kişinin dünyada faaliyette bulunma şeklini etkileyen bir Yüce Güçle olan bir ilişkinin varlığıdır.*'(Hart, 1994)

Hart : '*Kişinin inancını günlük hayatında yaşama şekli, bir kimsenin varoluşunun nihai koşullarıyla ilişki kurma şeklidir.*'(Vaughan, 1991, s.195,)

Vaughan : '*Kutsalın öznel tecrübesidir.*' diye tanımlamıştır (Strang ve Temestedt, 2000, s.48).

Maneviyat hayatın anlamı, kutsal ya da aşkınla olan ilişkiler, dini ritüellerin toplamından oluşmakta; insanlara yaşamları boyunca anlam ve amaç veren, hayata yönelik bireye cesaret sağlayan, insanların içsel ve özgün olarak deneyimlediği kapasite ve yönelim olmaktadır (Baggini, 2008). Maneviyat din, ruh ve ben ötesini kapsamakta; derin bir bütünlük duygusu, bağlanma ve sonsuz olana kendini açmaktır. Maneviyat insan ruhuna mutluluk veren sevgi, şefkat, sabır, hoşgörü, affetme, uyum ve sorumluluk duygularıyla iletişim kurmaktadır. Maneviyat yalnızca yaşamsal gücümüz değil aynı zamanda bu yaşamsal gücü deneyimlememizdir (Armstrong, 1995). Julian Baggini' e göre maneviyat, nesnenin uygun özellikleri anlaşılabilir şekilde değerlendirilerek takdir edildiğinde; ortaya çıkan duygusal deneyim ile fikirlerin karşılaştırılması sonucu nesne ya da fikir özdeşleşir ve buna eşlik eden duygusal deneyim sıradan deneyimin ötesinde kabul edildiğini söylemiştir (Cicirelli, 2011, s. 124-146).

Maneviyatla ilgili literatürde iki farklı yaklaşım olduğu görülmektedir: İlk yaklaşım, doğaüstü bir Tanrı ve ölüm sonrası yaşam ile özdeşleşen en yüksek duygusal deneyim olduğudur. Tanrı ve ilgili dini uygulamalar her dinde farklılık göstermektedir ancak bu manevi yaklaşım tüm inananları Tanrı fikrinde birleştirir. İkinci yaklaşım ise; soyut bir Tanrı, inanç ve din kurallarından ayrı; sosyal olarak sorumlu bir toplumun gelişimi için empati ve özgecilik potansiyelinin mevcut olduğu, hümanist bakış açısı ve insan doğasında olan güçlerin ön plana çıktığı manevi yaklaşımı kabul etmektedir (Ardelt, 2003, s. 55-77).

Geleneksel toplumlarda ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli yeri olan maneviyatın modernleşmeyle azalmasıyla insanın biyolojik bir varlığa indirgenmesi, manevi yanının göz ardı edilmesi ve ruhsal iyileşmesinde önemli bir etken olan kültürel mirasın da unutulmasına sebep olmuştur. Günümüzde modernizmin sarsılması, postmodernizmin gelişmesiyle beraber kültürel öğelerin ve yerel zenginliklerin hakim olduğu bilinç ile kendi manevi kaynaklarımız görülmeye başlandı. Manevi yaklaşım, 21 yüzyıl davranış bilimlerinde yerini almaya başlamış; varoluşsal yaklaşım, pastoral psikoloji, hümanistik yaklaşım, transpersonel yaklaşım, sufi psikoloji gibi kurumsal yaklaşımlar manevi yaklaşımının ana eksenini oluşturmuştur.

1.3.1. Maneviyat ve Sağlık

Maneviyat sağlık alanında, hasta ve hasta yakınına bütüncül bakım anlayışının gelişmesiyle yeniden canlanmış ve son 30 yılda hızlı gelişme göstermiştir (Puchalski, 2015, s. 689-714). Maneviyat, insan sağlığına katkıda bulunan önemli faktör olarak kabul edilmektedir. Hastalar üzerinde maneviyat etkisinin belirlendiği araştırmada, hastanın hastalıktan kurtulması ve ameliyattan daha iyi sonuç almasında güçlü etkisinin olduğunu göstermiştir (Albers ve diğerleri, 2010, s. 290). Maneviyat, kültür ve toplumun içinde bulunmakla birlikte; bireyin bir dine katılım yoluyla nihai anlam arayışını veya aileye, sanata olan inancından geniş olmasıyla sonuçlanmaktadır (Puchalski, 2002, s.799).

Fonksiyonel kısıtlama, kronik hastalık ve kanserle yaşamak zorunda olan hasta ve ailesinin varoluş mücadelesinde, maneviyat kişilerin kendisini iyi hissetmesinde temel oluşturmaktadır. Varoluş mücadelesinde hastanın kişisel inançlarını, değerlerini ve dinsel uygulamalarını destekleyen tüm çabalar manevi danışmanlık ve rehberlik olarak ifade edilmektedir. Manevi danışmanlıkta tüm sağlık ekibinin hasta ve ailesine fiziksel rahatlık, sosyal destek verme ve birey olarak önemli hissettirmeleri önemli bir durumdur (Topuz, 2014).

Yaşamı tehdit edici hastalığı olan hastaların manevi danışmanlık süreçleri çok önemlidir. Manevi yönü gelişmiş olan hastaların; fiziksel, duygusal ve ruhsal yönden daha sağlıklı olduğu görülmüştür. Umut düzeyleri yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimleri düşük olan manevi yönü gelişmiş hastaların stresle daha iyi başa

çıkabildikleri için yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Altaş, 1999, s.599-659).

Hastanelerde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, bazı Avrupa ülkelerinde resmi bir hizmet politikası olarak yaklaşık 40 yıldır uygulanmaktadır. 1990'lı yıllardan itibaren İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin sağlanması amacıyla hızlı bir kurumsal gelişim göstermiştir. 1999 yılında İngiltere'nin 236 manevi danışmanlık kurumu, 400 toplumsal manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti merkezi, hastane bakım hizmet birimi ve 209 hastanede manevi danışmanlık ekibi oluşturduğu bilinmektedir (Çetinkaya ve diğerleri, 2007, s. 47-50). 2010 yılında hastanelerin manevi danışmanları ABD'de 3 bin manevi danışman, İngiltere'de tam ve yarı zamanlı olmak üzere 4 bin 500 manevi danışman, Hollanda'da 100 bakım kurumunda 850 civarında manevi danışman olduğu saptanmıştır (Çekin, 2014, s.201).

Türkiye'de manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nda ilk kez 1995 yılında din ve moral hizmetleri yaklaşımıyla hizmet vermiştir. Bu uygulamanın yaklaşık bir buçuk yıl devam ettiği ve yürürlükten kaldırıldığı bilinmektedir. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında bir protokol gerçekleşmiş ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinde; hasta yakını ve sağlık personeline, fiziksel şartlara bağlı olarak, hastanenin sağlık hizmetlerinde, sınır ihlali yapılmaksızın, dinsel ve manevi konularda danışmanlık hizmetlerini sunulması amaçlanmıştır. Protokole muhatap iki kurumun, koordinasyonunda altı ilde pilot uygulama gerçekleşmiştir (İş Birliği Protokolü, 2015; Diyanet İşleri Başkanlığı Yönerge, 2017).

17 Ekim-11 Kasım 2016 tarihleri arasında tekrar düzenlenen "Hastane Manevi Rehberlik ve Destek Hizmet Eğitimi" kapsamında eğitim alan personel toplam on dört ilde " Manevi Destek Uzmanı" olarak görevlendirilmiştir. 04/05/2017 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı'nın yayınladığı yönergede, manevi destek personelinin, sağlık kuruluşlarındaki hasta ve hasta yakınları ile hastane personeline talepleri doğrultusunda dini konularda rehberlik yapma, moral, motivasyon ve manevi destek hizmeti

sunmasına ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. Manevi danışman mesleğinin Ulusal Meslek Standartları belirlenmiş olup Mesleki Yeterlilik Kurumu tarafından onaylanarak 25.10.2019 tarihli Resmî Gazete’ de yürürlüğe girmiştir (MYK, 2020).

1.3.2. Maneviyat ve Palyatif Bakım

Palyatif bakım hizmeti alan hasta ve yakınlarının ruhsal kaygıları tedavi aşaması ve sonrasında önemli bir konu olmaktadır (King ve Bushwick, 1994, s. 349-352). Hastalığın fiziksel yönüyle beraber ruhsal yönünü de içine alan palyatif bakım manevi destek hizmetiyle, hasta ve yakının hastalıkla başa çıkmasına ve hastalığı anlamasına yardımcı olmaktadır (Lo ve diğerleri, 1999, s. 744-749).

Manevi bakım bireyin bütün olarak iyileşmesini amaçlamaktadır. Kişi maneviyatı sayesinde şifaya kavuşabilir. Maneviyat ıstırapların hafifletilmesinin ayrılmaz bir parçası olduğundan hekimlerin ve diğer personelin, hasta ve yakının manevi sorunlarını nasıl ele alacağı ve şefkat yaklaşımını bilmesi çok önemlidir. Çalışmalar hekim-hasta ilişkisinin önemini ortaya koymaktadır (Ekşi ve diğerleri, 2016).

Manevi anlam ve amaç bulma kişiden kişiye değişebilir. Hasta ve yakının; gece ve gündüzde, doğal yaşamdaki olayda, ahlaki olarak deneyimde, ilahi dinlerken veya huşuyla gerçekleşen bir ibadette, dini açıdan nasıl bir anlam bulduğunu ve bunların manevi yönüne nasıl dokunduğunu anlamak önemlidir. Ayrıca insanlar maneviyatlarını ritüellerle de ifade ederler. Ritüeller, insanların yaşam sonu ile başa çıkmalarında önemli bir rol oynayabilir (Conrad, 1985, s. 20). ACPA tarafından yapılan çalışmada; dua, oral ağrı kesici ilaçlardan sonra ikinci en yaygın ağrı yönetimi yöntemi ve ağrı yönetiminde en yaygın ilaç dışı yöntem olduğu ifade edilmektedir (Ayten, 2009) .

Kişi fiziksel ve ruhsal halini bütün olarak koruyabiliyorsa sağlıklı olarak tanımlanmaktadır. Beden bütünlüğünü koruyamayan kişilerde yaşam kalitesi, bireyin mevcut deneyimi ve umut beklentilerini değiştirerek geliştirilebilir. Palyatif bakım tedavisi alan hastalar için yaşam kalitesi standartları; hastanın kişisel varlığının anlamı, hastanın yaşam hedeflerine ulaşmada tatmin derecesi ve yaşam sonu sürecine gelene kadar yaşamın anlamlılığı kıstaslarının, maneviyatın varoluşsal yönlerine odaklanan öğeler içerdiği görülmektedir (Puchalski, 2015, s.799-812; Özdoğan, 2009). Tedavi

edilemez bir hastalığın ortasında bile iyileşme fırsatının olduğu bilinmelidir. İyileşme iç barış olarak ortaya çıkabilir. Tanrı, benlik ve diğerleri ile barış ve uzlaşma, kabul, salıverme ve son olarak barışçıl bir ölüm şeklinde son bulmaktadır (O'Connor, 1988, s. 31-37).

Palyatif bakım tedavisi alan hasta yaşam süresinin kısa olması riskiyle boğuşmakta, kontrol duygusu ve kimlik bütünlüğünü korumaya çalışmada çok derin varoluşsal mücadeleler vermektedir. Mücadeleye eşlik eden hasta yakını, kendisi ve hastası için bu durumu dini sistemle ya da seküler perspektifle çözmeye çalışmaktadır. Sistemlerden alınan cevaplar kimi zaman hastanın hastalığına karşı pozitif bir yaklaşım olarak, kimi zamanda cezalandırma, terkedilme, öfke gibi negatif bir yaklaşım olarak algılamasına neden olmaktadır. Manevi yaklaşımla, hastalık sürecinde manevi gereksinimler tanımlanarak, yaşam kalitesinde ve doyumda artış sağlanmaktadır (Cohen ve diğerleri, 1995, s. 207-219).

Çalışmalar maneviyatın insanlar için önem arz ettiğini, hasta ve yakınlarının manevi inançlarını doktorlarla konuşmak istediğini göstermektedir. Maneviyat yas sürecinde de destek kaynaklarından biri olarak vurgulanır. Yapılan araştırmada; çocuğunu kaybeden ebeveynin, çocuğun ölümünden sonra manevi yönelimle destek bulduğu ve manevi bağlılığının güçlendiği görülmüştür. Maneviyat acıyla ve ölmeyle baş etmede önemlidir (Levin ve Schiller, 1987, s. 9-36; McNeill, 1988, s. 29-40; Gültekin ve diğerleri, 2010, s. 1-6). Hastalık ve ölümle yüzleşmenin; deneyim ve öz farkındalık için fırsat olabileceği ve hayattaki anlamı arttırabileceği bilinmektedir.

Maneviyat aşkınla olanın dışında başkalarıyla ilişki olarak da tanımlanabilir. Hekimlerin, diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve ailelerin; hasta ve ölmekte olan hastayla yaptıkları bağlantılar manevi bakım içermektedir. Hekimin sağladığı özen, şefkat ve umut; hastanın hayatı sınırlı olsa da, hasta ve hasta yakını için önem arz etmektedir (Bond, 1994, s. 107) .

1.4. Palyatif Bakım Sürecinde Sosyal Hizmetin Yeri

Doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, manevi destek görevlileri, fizyoterapistler ve diyetisyenlerden oluşan profesyonel yataklı tedavi ekipleri palyatif bakımda yatan hastalara bakmak için birlikte çalışır. Ekip üyeleri toplu olarak hasta ihtiyaçlarını ve endişelerini ele alır, test sonuçlarını sıralar ve yorumlar, bir tedavi planı oluşturur, hastayı hastaneye kabulden taburcu olmaya, tıbbi sorunları yönetmeye, acil durumlara yanıt vermek için alt uzmanlar ve diğer disiplinlerle koordineli şekilde çalışırlar (Ledford ve diğerleri, 2015, s. 1-8).

Sağlık ve sosyal bakım sağlayıcıları arasında profesyonel işbirliğine yapılan bu vurgu; hastayla ilgili daha iyi sonuçlar elde etmenin, hasta memnuniyetini artırmanın, kalış süresini azaltmanın, maliyetleri düşürmenin ve bakım sağlanmasında daha az ve daha kısa gecikmelere katkıda bulunmanın hayati bir parçası olduğu için çok önemlidir.

Palyatif bakım gerektiren hasta ve yakınları; depresyon, öfke, kaygı, yoğun fiziksel ağrı veya rahatsızlık, finansal gerginlik, sosyal izolasyon ve aile çatışması yaşayabilmektedir. Yaşamın bu aşaması genellikle kederin ve yasların ilave duygusal ağırlığını taşır ve sıklıkla ağrı yönetimini içerir. Bu nedenlerden dolayı, palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanlarının katılımı, hastalara ve ailelere birçok zorluk ve güçlükte rehberlik etmenin yanı sıra yaşam sonu planlama sürecinin zor sürecine yardımcı olacak fırsatları belirleme konusunda kritik öneme sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları; fiziksel hastalığı zayıflatan zihinsel, duygusal, ailesel ve parasal stres faktörlerini yönetmek; hastaların tedavi planlarını anlamak ve ihtiyaçlarını dile getirmek; kriz durumlarının üstesinden gelmek ve bölgedeki diğer destek hizmetleri ile bağlantı kurmaktadır.

1.4.1. Palyatif Bakım ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet uzmanları, uygulama ortamlarından bağımsız olarak, yaşamı sınırlayan (hastalık, ölme, ölüm, keder ve yas) akut veya uzun vadeli durumlarla karşılaşan müracaatçılarla çalışmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları; farklı kültürlerden, yaşlardan, sosyo-ekonomik durumdan ve geleneksel olmayan ailelerden gelen popülasyonlarla çalışma konusunda uzmanlıklarını kullanarak; yaşam boyu ailelere travma, intihar ve ölümle başa çıkmada yardımcı olup bu ihtiyaçları değerlendirmeye ve uygun şekilde

müdahale etmeye hazır olmaktadır (Nasw Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care, 2020).

Palyatif ve yaşam sonu bakım durumlarıyla çalışma konusunda eğitilmiş ve yetenekli sosyal hizmet uzmanlarına duyulan ihtiyaç; tıbbi teknolojideki ilerlemeler, kronik hastalık oranı artışı, yaşlı sayısı artışı ve daha uzun yaşam süreleri nedeniyle artmıştır. Hasta ve hasta yakını palyatif bakım sürecinde; günlük yaşamla ilgili sorumluluklarda başa çıkma kapasitesi, hastalık sürecinin talepleri ve bu süreçlerin yürütülmesi gerekliliği, problem çözme faaliyetleri, acı verici duyguların yönetimi, optimal benlik saygısının ve yönetiminin sürdürülmesinin kişilerin tek yönlü yapabilecekleri süreçler olmadığı, karşılıklı ve sürekli eylemler olması gerektiği bilinmektedir (Sheldon, 2000, s. 491-498).

Sosyal hizmetin görüşü, aile hayatının sosyo-ekonomik, kültürel ve manevi boyutlarının takdir edilmesini içerir. Sosyal hizmet uzmanları, yaşam sınırlaması ile karşılaşanların, hastalıkları ve karmaşık sorunları için yoğun danışmanlık ve pratik hizmetler sunmaktadır. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (National Association of Palliative Care Social Workers) tarafından geliştirilen yaşam sonu ve palyatif bakım standartları, yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uygulamaları için temel ve kolaylaştırıcı bir araç olarak literatüre kazandırılmıştır:

1. Etik ve Değerler
2. Bilgi
3. Değerlendirme
4. Müdahale/Tedavi Planlaması
5. Tutumlar/Farkındalık
6. Güçlendirme ve Savunuculuk
7. Belgeleme
8. Disiplinler Arası Ekip Çalışması

9. Kültürel Yetkinlik

10. Sürekli Eğitim

11. Süpervizyon, Liderlik ve Eğitim

1.4.2. Hasta Yakınlarına Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal hizmet uzmanları bireylerin, ailelerin ve bakıcıların yaşam kalitesinin artırılması ve refahlarının geliştirilmesi ile ilgilenirler. Palyatif bakım ve yaşam sonu bakım ile ilgili konularda çelişkili durumlarla karşı karşıya gelindiğinde sosyal hizmet uzmanları, klinisyenler, eğitimciler, araştırmacılar, savunucular ve toplum liderleri çok boyutlu bir role sahiptirler. Sosyal hizmet uzmanının hasta yakınlarına karşı görevleri, işlevleri ve hasta yakınların dan beklenen sonuçlar Tablo 1’ de gösterilmektedir:

Tablo 1: Sosyal Hizmet Uzmanının Hasta Yakınlarına Görev, İşlev ve Sonuçları

SOSYAL HİZMET UZMANIN GÖREVLERİ	SOSYAL HİZMET UZMANIN İŞLEVLERİ	HASTA YAKINLARINDAN BEKLENEN SONUÇLAR
SAVUNMA	Hasta yakını ile hasta/personel arasındaki iletişim bozulduğunda ailenin çıkarlarını temsil eder.	Hasta yakını hasta/personel arasındaki açık iletişim etkindir.
YARDIMCI	Hasta yakınının bakım işlevlerini belirlemeye yardımcı olur.	Hasta yakını bakım işlevlerini belirler ve yürütür.
DANIŞMAN	Hasta yakının acı verici duyguları yönetme ve ailenin optimal bütünlüğünü koruma konusunda yardımcı olur	Hasta yakını kederle, yapıcı ve özenli bir şekilde baş eder.
EĞİTMEN	Hasta yakını ve hasta yakınlarına beceri konusunda eğitim verir.	Hasta yakınlarının bakım sürecinin taleplerini karşılamak için problem çözme faaliyetleri seferber edilir.
ETKİNLEŞTİRİCİ	Kaynakların tanımlanması için bir süreç sağlar.	Kullanılabilir kaynaklar tanımlanır.
KOLAYLAŞTIRICI	Hasta yakınlarına açık seçeneklerin belirlenmesini ve seçimlerin yapılmasını kolaylaştırır.	Hasta yakınları tanımlanabilir sınırlar dahilinde kararlar alır.
ARABULUCU	Hasta yakınlarının çatışma durumlarında arabulucu olarak görev yapar	Kişiler arasındaki farklılıkların uzlaşması sağlanır.

Kaynak: Rusnack, B., Schaefer, S. M., & Moxley, D. (1988), Safe Passage.” Social Work in Health Care.

Sosyal hizmet uzmanı hastaların ve ailelerin yaşadığı sorunlarla etkin bir şekilde baş edebilmeleri için sorunların niteliğine bağlı olarak mikro, mezo ve makro düzeyde müracaatçı sistemleriyle çalışır (Saruç, 2013, s. 193-208). Sosyal hizmet uzmanı, hasta yakınları ihtiyaç duyduğunda ve gerektiğinde kullandıkları bir yardım ağına bağlantı için önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı hastaları, hasta yakınlarını ve gönüllüleri tanır; terminal aşamada ve yas döneminde bağlantıların oluşumunu kolaylaştırır. Sosyal hizmet uzmanları hastalar ve aileleri için savunucudur, palyatif bakım hizmetlerine ilişkin mevcut kaynaklar hakkında derinlemesine bilgi sağlarlar, ciddi hastalıkları olan hastaları onurlandırmak ve bir sonraki aşamaya hazırlamak için kritik öneme sahiptir. Sosyal hizmet uzmanlarının rolleri her şeyi kapsayabileceğinden hastaların bakım hedeflerini belirlemelerine ve gerçekçi bir şekilde gerçekleştirmelerine yardımcı olmak için güçlü duygusal sınırlara sahip olmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları esnek olmalıdır çünkü her durum kendine özgüdür ve her yeni ortama hızla uyum sağlamaları gerekir. Sağlık uzmanlarının disiplinlerarası ekibinin diğer üyelerini kavramada ve hazırlamasında anahtar rol oynarlar. Ayrıca gelişmiş bakım planlaması için kılavuzlardır.

Yaşam sonu bakımın amacı, ciddi bir hastalığı olan kişilerin ve ailelerinin fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal yaşam kalitesini iyileştirmektir. Sosyal hizmet uzmanları hasta ve bakıcılarının hedeflerine ve ihtiyaçlarına odaklanırken biyo-psikososyal bir yaklaşım benimser ve temel hizmetler sunmaktadır: Baş etme becerileri, palyatif bakım felsefesi ve farmakolojik olmayan semptom yönetimi stratejileri hakkında psikososyal eğitim, diğer hizmet sağlayıcılara ve kuruluşlara yapılan hizmet içi planlama, toplum eğitimi atölyeleri, taburcu olmayı planlamak, bakımı koordine etmek, önceden bakım planlaması ve bakıcı desteğinin kolaylaştırılması, krize müdahale, çatışma arabuluculuğu, mali durum, tıbbi yardımlar ve yasal konularda tavsiye, disiplinlerarası ekip toplantılarına bakım planlamasına ve etik konsültasyonlarına katılmak, hasta ve ailesi adına savunuculuk, potansiyel suistimal ve ihmal konusundaki endişeleri ele almak, mevcut kaynaklar ve destek sistemleri hakkında eğitime olarak sıralanabilir.

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Palyatif Bakımda tedavi gören hastaların yakınlarına uygulanan bu çalışma, hasta yakınlarının maneviyat düzeylerinin ölüme karşı tutumuna etkisini araştırarak hastaya bire bir bakım veren hasta yakınlarının mücadelesini kolaylaştırıcı yollar bulmayı amaçlanmaktadır. Nicel bir çalışma olan araştırmanın modeli özetle belirli bir zaman dilimiyle sınırlandırıldığı için ilişkisel tarama deseninde betimsel bir çalışmadır. Araştırmada Sosyo-Demografik Anket, Maneviyat Ölçeği, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanılmış ve uygulanmış olup elde edilen veriler istatistik teknikleriyle analiz edilip yorumlanmıştır.

Araştırmanın ilk kısmında; palyatif bakım, ölüm ve maneviyat kavramları tanımlanmış, hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların tanımlanan kavramlarla ilişkisi ve sosyal hizmetin hasta yakınları ile ilgili rolleri ortaya konulmuş, yaşanan ve yaşanabilecek sorunlar ve boşluklar belirlenmeye çalışılmıştır. İkinci kısmında araştırmanın metodolojisi hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü kısmında araştırmanın bulgularına yer verilmiş, hasta yakınlarının sosyo-demografik bilgileri, maneviyat düzeyleri ve ölüme karşı tutumlarına ait veriler ve değişkenler arası ilişkilere ait tablolar tartışılmıştır. Son kısımda, değerlendirme yapılarak, çıkan sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın temel hipotezi: “Erzurum ilinde Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi’ne bağlı palyatif bakımda yatan hastaların yakınlarının maneviyat düzeyleri arttıkça ölüme karşı olumlu tutum geliştirecektir.” şeklindedir.

Araştırmayı yönlendirecek alt hipotezler aşağıda verilmiştir.

Hipotez 1: Hasta yakını, hastasına baktığı süre boyunca birçok problem yaşamaktadır. Hasta yakını bakım süreci ilerledikçe ölüm gibi olumsuz ögelere karşı tutum geliştirmekte ve korkmaktadır.

Hipotez 2: Baş etme stratejileri arasında gelen maneviyat düzeyleri kadın hasta yakınında daha yüksektir.

Hipotez 3: Günlük yaşamda ölüm deneyimi ve ölümlle yüzleşme farklılık gösterebilmektedir. Bekar hasta yakını evli hasta yakınına göre ölümden daha çok korkmaktadır.

Hipotez 4: Hasta palyatif bakım döneminde ağrı ve acı çekmektedir. Hastanın çocuğu olan hasta yakını hastası için ölümü kaçış olarak görmektedir.

Hipotez 5: Hasta yakının öğrenim seviyesi arttıkça ölümden korkmaktadır.

Hipotez 6: Yaşlanmayla birlikte hayatta kalma isteği büyük önem taşır. Hasta yakınının yaşlanmayla birlikte ölüm korkusu artmaktadır.

Hipotez 7: Hasta yakının gelir durumları artıkça ölüm korkusu artmaktadır.

Hipotez 8: Hasta yakının palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme karşı fikirlerinde değişim olanlar ölümden korkmaktadır.

Hipotez 9: Hasta yakınlarının palyatif bakımda kaldıkları süre içinde maneviyat düzeylerinde değişim olanlar ölümü kabul etmektedir.

2.3. Evren ve Örneklem

Evren, araştırılmakta olan konuyu oluşturan elemanların tümünü kapsayan yapıdır (Arık, 1992). Karasar (1998)' a göre: iki tür evren vardır. Biri, araştırma evreni olarak da nitelenen genel evren; diğeri ise, çalışma evrenidir. Örneklem, evreni temsil etmek üzere çeşitli tekniklerle evren elemanlarından seçilen ve üzerinde inceleme yapılan gruptur (Özen ve Gül, 2007). Bu amaç doğrultusunda araştırmanın evrenini Erzurum İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Bölge Eğitim Araştırma Hastanesinin Palyatif Bakım Servisi'nde hizmet alan hastaların yakınlarından oluşmaktadır. Örneklem grubu ise araştırmanın yapıldığı Mayıs 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında yatışı olan hastaların yakınlarına ulaşılmaya çalışılarak hastaların bire bir bakımını üstelenen, araştırmaya katılmaya gönüllü, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 160 hasta yakınından oluşmaktadır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket ve kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Geniş kitleye ulaşma imkânı sağlaması, daha az finansman ve zaman gerektirmesi nedeni ile anket yöntemi tercih edilmiştir. Bu bağlanma araştırmada konunun amacına uygun olarak geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ölçek tercih edilmiştir. Kullanılan ölçeğin yanı sıra demografik özelliklerin tespiti için açık uçlu sorularda içeren Sosyo-Demografik Anket ve ölçekler kullanılmış olup ilgili açıklamalar aşağıda verilmektedir.

2.4.1 Sosyo-Demografik Anket

Hazırlanan ankette hasta yakınlarına ait; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, mesleği, ortalama gelir, hastaya yakınlık derecesi, hastaya yakınlık derecesi gibi sorular yer almaktadır. Hasta yakının palyatif bakımda kaldığı süre içerisinde ölüme karşı fikri ve manevi yönelimlerinde değişiklik olup olmadığı, hasta yakınları kendilerini manevi açıdan nasıl değerlendirdikleri hakkında sorular ankette oluşturulmuştur.

2.4.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen ölçek, 32 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları; Ölüm Korkusu (7 madde), Ölümden Kaçınma (5 madde), Tarafsız Kabullenme (5 madde), Yaklaşım Kabullenme (10 madde), Kaçış Kabullenme (5 madde) dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği; Işık (2008) tarafından yapılmış ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.40 güvenilirlik düzeyinin altında bulunan altı madde ölçekten çıkarılmıştır. Faktör analizi sonucuna ise, ölçeğin orijinalinden farklı olarak üç faktörlü bir yapı gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle ölçek, 26 madde ve 3 alt boyuta indirgenmiştir.

Yedili likert tipinde olan ölçek 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” yönünde 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” yönünde puanlandırılmaktadır. Ölçekte her alt boyut için puan hesaplanabileceği gibi alt boyut

puanlarının toplamından ölçek toplam puanı da elde edilebilmektedir. Ölçek, ölümü kabullenme tipini ve miktarını doğrudan değerlendirebilmektedir (Işık, 2008).

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutların Tanımı:

1. Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (Faktör 1): Ölümün yaşamın bir parçası olduğuna inanan kimse ne ölümden korkar ne de onu kabul eder ve sınırlı hayatından en iyi şekilde istifade etmeye çalışır ve ahiret hayatına inanmaktadır.

2. Kaçış Kabullenme (Faktör 2): Ölümün, fiziksel veya psikolojik ağrıdan ve hayatın sıkıntılarından rahatlama sağladığına inanmaktır.

3. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (Faktör 3): Kişinin ölümle yüz yüze geldiğinde hissettiği korku hissidir. Ölüm kaygısını azaltmak umuduyla ölümü düşünmekten ve onun hakkında konuşmaktan kaçınmadır.

Tablo 2: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları Cronbach Alfa Değerleri

Ölçeğin Alt Boyutları	Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması Cronbach Alfa Değerleri	Işık (2008)'in Çalışması Cronbach Alfa Değerleri	Alt Boyutlardan Alınabilecek Min – Mak Puanlar	Ölçeğin Alt Maddeleri
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	0.86	0.85	12 - 84	(12 madde) 4, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	0.74	0.76	5 - 35	(5 madde) 5, 9, 11, 20, 24
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu Ve Ölümden Kaçınma	0.76	0,755	9 - 63	(9 madde) 1, 2, 3, 7, 10, 16, 17, 18, 26
ÖKTÖ (Genel)	0.81	----	26 - 182	(26 madde)

Kaynak: Işık (2008), Ölüme Karşı Tutum Ölçeği' nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik Ve Güvenirligi.

2.4.3. Maneviyat Ölçeği

Şirin (2018) tarafından geliştirilen Maneviyat Ölçeği, 5'li likert tipi bir ölçek olup 3 olumsuz 24 olumlu toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “(1) Bana Hiç

Uygun Değil, (2) Bana Uygun Değil, (3) Bana Biraz Uygun, (4) Bana Oldukça Uygun, (5) Bana Tamamen Uygun” şeklinde 5’li likert tarzında hazırlanmış olup, ölçekte yer alan olumsuz maddeler değerlendirmeye alınmadan önce ters kodlanmıştır. Ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde ölçekten alınacak en yüksek puan 135, en düşük puan ise 27’dir. Ölçekten alınan yüksek puan, kişide maneviyatın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi

Verilerin analizleri SPSS 25.0 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından işlenip çözümlenmiştir. Maneviyat ve Ölüme Karşı Tutum ölçeklerine verilen cevaplara verilen puanların ortalamaları hesaplanmış; hesaplanan puanlar ile cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek durumu, yakınlık derecesi, bakım verme süresi gibi faktörlerine bağlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlarından; ilişkisiz örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir.

2.6. Etik Yönü

Hasta yakınlarına, araştırmacı kendini tanıtarak, araştırmanın önemini ve amacını aktarmıştır. Araştırmanın gönüllülük ilkesine bağlı olarak gerçekleştirildiği ve verdiği bilgilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı hasta yakınlarına belirtilerek veri toplama aracının doldurulması istenmiştir.

2.7. Süre ve Olanaklar

Çalışma; Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Palyatif Bakım Servisinde Mayıs 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Araştırmanın tüm giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

2.8. Sınırlılıklar ve Sayıtlar

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesinde Palyatif Bakım servisinde yatarak tedavi gören hastaların araştırmaya gönüllü yakınlarıyla yapılan çalışma, kullanılan anket ve görüşme formlarının ölçtüğü nitelikler araştırmanın sınırını oluşturmuştur.

Erzurum ilinde bulunan palyatif bakım servis sayısının tek olması, yatak sayısının sınırlı olması ve yatan hastaların yatış süresinin uzun olmasından dolayı hasta yakını bulma, anketlerin ve görüşme formlarının uygulanması aşamasında zorluklar yaşanmış, veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.

BÖLÜM 3: BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, araştırma kapsamında palyatif bakımda bulunan hasta yakınlarından araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin hazırlanan anket sorularına vermiş oldukları cevapları, araştırmanın konusu ve problemleri doğrultusunda çeşitli analiz teknikleri kullanılarak ortaya konan hipotezleri test edecek bulgular elde edilmiştir. Bulgular beş başlık altında incelenmiştir.

- Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarının Demografik Verileri
- Hasta Yakınının Yakınlık Derecesi ve Bakım Süresi İlişkisi
- Hasta Yakınlarının Palyatif Bakım Sürecinde Maneviyat ve Ölümle İlgili Fikirleri
- Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Güvenirlik Düzeyleri
- Ölçekler Üzerinde Etkili Olan Faktörler

3.1. Palyatif Bakım Hasta Yakınının Demografik Verileri

Palyatif Bakım servisinde yatan hastaların yakınlarından araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet dağılımında kadın ve erkek oranlarının birbirine yakın olduğu (yarı yarıya) görülmektedir (Tablo 3). Cinsiyet arasındaki farklılık araştırmada karmaşık sonuçlar üreteceğinden, anlamlı ilişki kurabilme adına her iki cinsiyetin eşit olarak alınmasına özen gösterilmiştir. Özkurt (2019)'un bakım verenlerin bakım ihtiyacı riski: bakım alan kişinin miktatı etkisi araştırmasında; bakım verenler, tüm bakım modelleri kapsamında (informal bakım, evde bakım, kurumsal bakım) çoğunlukla dört bakım verenden üçünün (%73,3) kadın olduğu görülmektedir. Bakım aşamasında hasta yakınlarından daha çok kadınlar bu göreve talip olmakta ve tercih edilmektedirler.

Araştırmanın sonucunda hastalara bakım veren kişilerin eşit olması kadınlar ile erkeklerin bu zorlu sürecin yükünü, aile üyeleri arasında tek cinsiyete yüklediği ve bakım vermenin kadınların görevi düşüncesine farklı bir bakış açısı kazandıracaktır. Torun (2019)'un hasta ailesinin palyatif bakım deneyimi araştırmasına katılan katılımcıların erkek hasta yakınlarının (% 62) çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Bakıma muhtaç hastaya bakım veren kişinin, çoğunlukla ev ortamında kadın hasta yakını olduğu fakat hastane ortamında bu durumun değişebileceği görülmüştür. Hastane ortamında hastaya refakat edecek kişinin tek olması, kadın hasta yakının ağır engelli hastaya bakımında refakat sürecini zorlaştırmakta; hastane sürecinde kadın hasta yakını ev işleri, çocuk bakımı gibi sorumluluklara yetişememesi durumlarında erkek hasta yakını bu sürece dahil olabilmektedir.

Tablo 3: Hasta Yakının Sosyo-Demografik Bilgileri

Cinsiyet	Yüzde
Kadın	49.7
Erkek	50.3
Medeni Durum	
Bekar	19.9
Evli	80.1
Eğitim Durumu	
İlköğretim ve Aşağısı	35.4
Lise Terk ve Lise Mezunu	24.8
Üniversite ve Üzeri	39.8
Meslek Dağılımı	
Memur	19.9
İşçi	9.9
Serbest Meslek	39.8
Ev Hanımı	30.4
Total	100.0

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun (% 80,1) evli olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Kocakafa (2019) ve Karakaya (2020)'ın çalışmalarında da benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının eğitim düzeylerine bakıldığında %39,8'i üniversite ve üzeri mezunu, %34,8'i ilköğretim ve aşağısı ve %24,8'nin lise terk, lise mezunu eğitim durumuna sahip olduğu görülmektedir. McCarthy ve diğerlerinin (2016) palyatif bakım tedavisi alan hastaların ve bakıcıların deneyimleri ve ihtiyaçlarını belirleyen çalışmasında, hastaya bakım veren kişilerin yükseköğretim %53,8'nin seviyesinde olduğu görülmüştür. Egici ve diğerlerinin (2019) palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumlarını belirlediği araştırmada, hasta yakınlarının eğitim durumlarının % 53.9'nun ortaokul ve altında olduğu belirlenmiştir. Bu veriler ışığında eğitim durumu;

bölgesel farklılıklar, kültürel ve sosyo-ekonomik çevre, yeterli istihdam olanaklarına göre farklılık gösterebilmektedir.

Hasta yakınlarının meslek dağılımlarında %39,8'nin serbest meslek çalışanı olduğu, %29,8'inin ev hanımı olduğu görülmüştür. Özellikle ileri seviyedeki hastalıklarda refakatçi ve bakım hizmeti önemli hale gelmektedir. Hasta yakının şartlarının ve vaktinin uygun olmaması bu süreci olumsuz etkilemektedir. Genellikle uygun vakti olabilecek olanlar veya çalışmayan kişiler hasta yakını olarak tercih edilmektedir. Çalışan bireyler bu sürece olumlu katkı vermekte sorun yaşamaktadır. Çalışma hayatında birinci derece yakınları hasta olanlarla ilgili ek düzenlemelerin yapılması bu tür sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır. Aksakal (2014) çalışmasında hasta yakınlarının önemli bir kısmının ev hanımı (%38,2) olduğunu saptamıştır. Bu durum; hastanede hasta yakını hastasına refakat ederken, işinden izin almada problem yaşamayacak mesleklere sahip olduğunu göstermiştir. Öngel ve diğerleri (2018) palyatif hasta yakınlarının gündüzlü hasta bakımına bakış açısını ölçen çalışması, hasta yakınlarının gündüz mesaili (%36) mesleğe sahip olma oranının daha yüksek olduğu ortaya çıkan veriler arasındadır.

3.2. Hasta Yakınının Yakınlık Derecesi ve Bakım Süresi İlişkisi

Hastaya yakınlık derecesi bulgularına göre, hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastanın çocuğu (%54,7), üçte birine yakını (%30) anne-baba veya torunu, %14'ü de diğer yakınlardan oluşmaktadır. Palyatif bakım sürecinde hastası ile ilgilenen bireylerin çoğunluğunun birinci derece yakınlardan oluştuğu görülmektedir. Toplumsal ve kültürel kodlar bu eğilim ve yapılanmayı etkilemektedir. Bu süreçlerde özellikle birinci derece yakınlar ciddi sorumluluklar alarak hastalarıyla ilgilenmektedirler. Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında genellikle hasta yakınlarının, hastanın çocukları olduğu görülmüştür (Tuna, 2010; Yıldırım, 2015). Araştırma verilerinden hareketle, Türk kültürü açısından kabul gören anne ve babaya bakım vermenin önemi bir kez daha karşımıza çıkarken; bakım veren diğer (bakım elemanı, 2.dereceden akraba) hasta yakını kimliğindeki farklılaşma, önemsenmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Reese (1994)'in Alzheimer ve inmeli hastaların bakıcılarıyla yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının %54'ünün hastanın eşi olduğu; Goldstein ve diğerlerinin (2004) araştırmasında, hasta yakınlarının %51,5'inin hastanın kızı veya oğlu olduğu, Condesala ve diğerlerinin (2009) çalışmasında ise, %46.2'in hastanın çocukları olduğu ortaya çıkmıştır. Orta sınıf aile içinde, genellikle bir kişi bakıcı görevinin çoğunu üstlenir; hasta birey evliyse, bakıcı çoğunlukla eş olacaktır; uygun bir eş olmadığında, yetişkin kız veya erkek çocuk bu rolü üstlenir. Yakın aile üyelerinin yokluğunda, genellikle bir kardeş veya bir kardeşin yetişkin çocuğu hasta için birincil sorumluluk alacaktır. Arkadaşlar ve komşular bile bazen birincil bakıcı olarak görev yaparlar. Aile bakımının kalıpları diğer sosyo-ekonomik veya kültürel gruplar için farklı olabilmektedir.

Tablo 4: Hastaya Yakınlık Derecesi ve Bakım Süresi İlişkisi

Hastaya Yakınlık Derecesi	Yüzde
Çocuk	54.7
Anne-Baba, Torun	30.4
Diğer	14.9
Hastaya Bakım Süresi	
0-12 Ay	65.2
1-2 Yıl	14.9
3-4 Yıl	5.0
4 Yıldan Fazla	14.9
Total	100.0

Hasta yakınları içinde, 0-12 (% 65,2) ay süresinde bakım verenlerin çoğunlukta olduğu; % 14,9'u 1-2 yıl arasında, % 5'i 3-4 yıl arasında, % 14,9'u 4 yıldan fazla bakım verdiği tespit edilmiştir. Bakım işi zor bir hizmet olup bu hizmeti verenler çabuk yorulmakta ve tükenmişlik sendromu yaşayabilmektedirler. Bakım verme işlemi çoğu zaman bakım yükünün tek kişi de yoğunlaşmaması adına kişiler arasında dönüşümlü olmasıyla sonuçlanabilmektedir (Zaybak, 2012). Bu sürecin hasta yakınları tarafından dönüşümlü yapılması en sağlıklı olan yoldur. Ancak hasta yakınlarının yeterli olmaması ve dönüşümü sağlayacak bireylerin bulunmaması insanlar üzerinde önemli bir iş yükü oluşturmakta ve yeni sorunların oluşmasına sebebiyet vermektedir. Araştırma sonuçlarına göre; hasta yakınının bakım verme süresinin kısa olması, sürecin hem hasta hem de hasta yakını için yeni bir durum olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır.

3.3. Hasta Yakınlarının Palyatif Bakım Sürecinde Maneviyat ve Ölümle İlgili Fikirleri

Araştırmaya katılan hasta yakınları kendilerini manevi açıdan değerlendirirken; yarısı iyi (% 49,7) ve yarıya yakını (% 44,7) orta olarak ifade etmişlerdir. Fakat tartışmaya açık bir kısmı kendini manevi açıdan kötü (% 5,6) olarak ifade etmiştir. İnançlar ve tutumlar; dünya görüşümüzle, maneviyatımızla, dinimizle önemli bir bağlantı içinde; bu yüzden manevi değerlendirme, hastaların aileleri ve ait oldukları topluluklar için önemli hale gelmektedir. Manevi iyi oluş, bireyin manevi gelişimini ve değişimini dikkate alarak, onun benlik, sosyal çevre, dini ve dini olmayan sembollerle ilişkisini bütüncül bir bakış açısıyla incelemektedir (Acar, 2014). Maneviyat kültürden etkilenebilir; Türk kültüründe nazar ve kader inancı, psikolojik ve fiziksel hastalıklarla ilişkili yaygın inançların yanı sıra yaşam ve kişilik sorularında yaşanan başarısızlıklarda yaygın tedavi aracı olarak kullanılabilir (Minas ve diğerleri, 2007). Hasta yakınları kendileriyle ilgili değerlendirme yaparken maneviyat kavramından ne anladıkları oldukça önemlidir.

Tablo 5: Hasta Yakınının Bireysel Manevi Değerlendirmeleri ve Palyatif Bakımda Kalma Süresince Manevi Yönelim Değişimi

Manevi Değerlendirme	Yüzde
Kötü	5.6
Orta	44.7
İyi	49.7
Manevi Yönelim Değişimi	
Manevi Yönelimim Hiç Yoktu	24.8
Az ve Orta Düzeydeydi	30.5
Manevi Yönelimim İyiydi	44.7
Total	100.0

Hasta yakınları palyatif bakımda kalma süreleri içinde manevi yönelim değişimlerini, %44.7'ü manevi yönelimini iyi olarak, % 24.8'i manevi yönelimini hiç olmadı olarak belirtmişlerdir. Hastalar, ciddi fiziksel semptom yaşamakta ve acı çekmektedir. Hasta yakının teknik anlamda hastasının ağrısına çözüm bulamaması; varoluşsal veya manevi alanın, baş etmede ve yaşam kalitesinde belirleyici olmasını sağlamaktadır.

Hastalık, hastanene, yaşam değişiklikleri veya sevdiğiniz kişinin kaybı gibi yeni kişisel ve sosyal deneyimler acıyı sorgulamak ve düşünmek için ortam oluşturabilir. Umut, anlam arayışı, Allah'a sığınma, dini ritüeller manevi kaygıları azaltmaya önemli bir

şekilde destek olmuştur (Emblen& Halstead,1995). Hastalar ya da yakınları, tedavi anında veya yas sürecinde, çoğunlukla psiko-sosyal ve manevi ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir (Higuero, 2011). Dua ve dini törenler yaşam sonuna yakın olan hastalara ve akrabalarına konfor bulma konusunda yardımcı olabilir (Lo ve diğerler, 2003). Bu konuda yabancı kaynaklar ve değişik kültürler kendilerini farklı ifade edebilirler. Maneviyat kavramı tüm dünyada aynı anlamda kullanılmamaktadır. Hastanın ömrünün son dönemini yaşaması hasta yakınına düşündürmekte ve kendisi için özeleştirici ile tahliller yapmasına itmektedir. Yaşamın anlamı ve sağlığın kıymeti bu süreçte daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyin kendisiyle hesaplaşması söz konusudur. Bu süreçten etkilenme ve süreci profesyonelce yönetebilme arasında sağlıklı bir ilişki aramak kolay değildir.

Tablo 6: Hasta Yakınlarının Palyatif Bakımda Kalma Sürelerinde Ölüme Karşı Fikirlerinde Değişim

Ölüme Karşı Fikirlerinde Değişim	Yüzde
Hiç Fikrim değişmedi	40.4
Biraz ve Orta Düzeyde Bir Değişim Oldu	34.8
Fikrim Çok Değişti	24.8
Total	100.0

Hasta yakını palyatif bakımda kaldığı süre içerisinde ölüme karşı fikri hiç değişmedi (%40.4) olarak ifade edenlerin çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür. Ölüm kimi için bir stres kaynağı iken, kimi için stresten kurtulma yolu; kimine göre bir yok oluş iken, kimine göre de ölümsüz bir hayatın başlangıcıdır. Bu bakış açısı sonucunda kimi insan, ölüm karşısında kaygılanırken; kimi sevinç duyabilmektedir (Çınar,2016). Ölüm fikri; eğitim, inanç, demografik özellikler gibi değişkene sahip olduğu için; palyatif bakım tedavi aşamasında hasta yakını ölüme karşı fikrinde, %34.8'inin biraz ve orta düzeyde ve %24.8'inin de fikrinin çok değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Osarchuck ve Tatz (1973)'in çalışmasında araştırmaya katılanların ölüm tehdidinde maruz kaldıklarında ölümden sonra yaşama daha fazla inandığı sonucuna varılmıştır. Hasta yakınlarının, hastaların ölme sürecindeki son aşamalarına yönelik beklentileri ve hazırlıkları; sosyal, fiziksel, duygusal, manevi bileşenlere sahiptir. Bu bileşenlerin hepsi hasta yakınının

deneyimleriyle örtüşmektedir. Hasta yakınlarının ölüm ve ölme sürecine hazır olmalarının bilişsel, duygusal ve davranışsal olduğu ileri sürülmektedir (Hebert, Schulz, Copeland & Arnold, 2009).

3.4. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Güvenirlik Düzeyleri

Maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olan Cronbach alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak üzere kullanılır. Cronbach alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı bir o kadar da aynı özelliği ölçen maddelerden meydana geldiği yorumu yapılır. Cronbach alfa likert tipli ölçeklerde sıklıkla kullanılmaktadır. Cronbach alfa aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

$0 < R^2 < 0.40$ ise güvenilir değil,

$0.40 < R^2 < 0.60$ ise düşük güvenilirlikte,

$0.60 < R^2 < 0.80$ ise oldukça güvenilir,

$0.80 < R^2 < 1.00$ ise yüksek güvenilirliktedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018).

3.4.1. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği

Hasta yakını ölüme karşı tutum ölçeği, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut araştırmasında yer alan 9 maddeye verdikleri cevapların yapılan faktör analizi sonuçlarına göre maddelerin birinci faktör yük değerlerinin 0.640-0.780 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Faktör yük değerlerine göre ölçek birbiriyle ilişkili maddelerden oluşmakta ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma, olarak tanımlanan alt boyutu ölçtüğü belirlenmiştir.

Tablo 7: Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği Güvenilirliği

	1.Faktör Yük Değeri	Madde Katılım Ortalaması	Cronbach Alpha	Açıkladığı Varyans
Ölüm şüphesiz korkunç bir olgudur	,772	1,356	0,755	%70,88
Kendi ölümünü düşünmek, bende kaygı oluşturur	,640	1,681		
Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım	,690	1,392		
Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder	,670	1,418		
Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım	,669	,976		
Yoğun bir ölüm korkum var	,756	,972		
Ölümden sonraki yaşam konusu bana sıkıntı verir	,780	1,263		
Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur	,666	1,342		
Ölümden sonra ne olacağını bilmemek beni endişelendirir	,736	1,418		

Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı. 0.75 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” alt boyut ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir veri aracı olduğu söylenebilir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı; Işık (2008)’ in ölüme karşı tutum ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 0.76, Brudek (2018)’in Polonya’nın ölüm tutum profilini belirlediği araştırmada ölüme karşı tutum ölçeğinin korelasyon değerleri ve maddelerin alt ölçek güvenilirliğine katkısının 0.87 olduğu ortaya çıkmıştır.

3.4.2. Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği

Hasta yakınlarının ölüme karşı tutum ölçeğinin, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut araştırmasında yer alan 12 maddeye verdikleri yanıtların yapılan faktör analizi sonuçlarına göre maddelerin birinci faktör yük değerlerinin 0.477-0.910 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Faktör yük değerlerine göre ölçek birbiriyle ilişkili maddelerden oluşmakta ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, olarak tanımlanan alt boyutu ölçtüğü belirlenmiştir.

Tablo 8: Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği Güvenilirliği

	1.Faktör Yük Değeri	Madde Katılım Ortalaması	Cronbach Alpha	Açıkladığı Varyans
Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım	,745	3,60	0,859	%81,13
Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmektedir	,886	4,20		
Ölüm, mükemmel bir yere giriştir	,887	3,65		
Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım	,477	4,35		
Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur	,910	4,65		
Ölüm; Allaha kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur	,856	4,55		
Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır	,895	4,10		
Öldükten sonra sevdiğimle yeniden buluşacağımı umut ederim	,764	4,15		
Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm	,789	4,30		
Ölüm ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır	,837	3,50		
Ölümlerle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra hayata inanmamdır	,859	4,35		
Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim	,820	4,15		

Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir veri aracı olduğu söylenebilir. Dezutter ve diğerlerinin (2009) ölüm tutumunda dinin rolünü belirlediği araştırmada, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme iç tutarlık tahminleri 0.91 olduğu ortaya çıkmıştır.

3.4.3. Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği

Hasta yakınlarının ölümüne karşı tutum ölçeğinin, kaçış kabullenme alt boyut araştırmasında yer alan 5 maddeye verdikleri cevapların yapılan faktör analizi sonuçlarına göre maddelerin birinci faktör yük değerlerinin 0.662-0.895 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Faktör yük değerlerine göre ölçek birbiriyle ilişkili maddelerden oluşmakta ve kaçış kabullenme olarak tanımlanan alt boyutu ölçtüğü belirlenmiştir.

Tablo 9: Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği Güvenilirliği

	1. Faktör Yük Değeri	Madde Katılım Ortalaması	Cronbach Alpha	Açıkladığı Varyans
Ölüm bütün sıkıntıları bitmesini sağlayacak	,847	2,80	0,765	%77,62
Ölüm, korkunç bir dünyadan bir kaçıştır	,662	3,25		
Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur	,791	3,30		
Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm	,686	3,05		
Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm	,895	3,20		

Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı. 0.76 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre “Kaçış Kabullenme” alt boyut ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir veri aracı olduğu söylenebilir. Iranmaneseh ve Abbaszadeh (2008)’in çalışmasında iç tutarlılık katsayısını 0.87 olduğu görülmüştür.

3.4.4. Maneviyat Ölçeği

Hasta yakınlarının maneviyat ölçeği araştırmasında yer alan 27 maddeye verdikleri yanıtların yapılan faktör analizi sonuçlarına göre maddelerin birinci faktör yük değerlerinin 0.711-0.957 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Faktör yük değerlerine göre ölçek birbiriyle ilişkili maddelerden oluşmaktadır.

Tablo 10: Maneviyat Ölçeği Güvenilirliği

	1. Faktör Yük Değeri	Madde Katılım Ort.	Cronbach h Alpha	Açıkladığı Varyans
Allah'ın beni sevdiğini hissediyorum	,889	4,35	0,843	%86,31
Bir sorunla karşılaştığımda dua ederim	,957	4,75		
Dini etkinliklere katılırım	,922	4,40		
Dua ettiğimde Allaha kendimi yakın hissedirim	,922	4,95		
Enerjisine inandığım şeyleri üzerimde taşıırım	,851	2,75		
Hayata dair bir hoşnutluk duygusu hissediyorum	,926	3,65		
Hayata gelmenin bir amacı olduğuna inanırım	,896	4,70		
Hayatımda büyük bir boşluk varmış gibi hissediyorum	,824	2,25		
Maneviyatım bana güç verir	,946	4,70		
Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım	,955	4,40		
Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmamı sağlar	,946	4,60		
Yediğim şeylerin enerjisinin beni etkilediğine inanıyorum	,727	2,50		
Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım	,958	4,30		
Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmamı sağlar	,891	4,60		
Hayatımın amacımı halen bulabilmiş değilim	,711	2,45		
Hayatta hiçbir şey sebepsiz olmaz	,712	4,75		
Hayatta iyilikle kötülüğün bir savaşı var	,808	4,35		
Her canlının taşıdığı bir enerji vardır	,832	4,40		
Her insan hayatının anlamını bulmaya çalışmalıdır	,777	4,45		
İlahi bir gücün beni koruduğunu hissedirim	,743	4,70		
Kâinata aşkın(ilahi) bir varlığın olduğuna inanıyorum	,928	4,75		
Maneviyat hayatın anlamıyla ilişkilidir	,910	4,60		
Maneviyata önem veririm	,954	4,65		
Kâinata her şeyin bir bütünün parçası gibi birbirine bağlı olduğuna inanırım	,814	4,65		
Maneviyatım davranışlarım üzerinde etkilidir	,901	4,50		
Maneviyatımı güçlendirmek için bazı manevi egzersizler(zikir, meditasyon, dua vb.) yaparım	,850	4,20		
Maneviyatla ilgili bir eğitim olduğuna görürsem katılmaya çalışırım	,754	3,55		

Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara göre Maneviyat ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir veri aracı olduğu söylenebilir. Şirin (2018)'in maneviyat ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, cronbach alpha değeri 0.90 olarak tespit edilmiştir.

3.5. Ölçekler Üzerinde Etkili Olan Faktörler

Araştırmanın bu aşamasında, ölçekler üzerinde etkili olan bağımsız değişkenlerin istatistiksel etkisinin kontrol edilmesinin ardından bu değişkenlerin ölçeklerle olan yordama düzeylerini belirlemek amacıyla değerlendirilme yapılmıştır.

3.5.1. Cinsiyet ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Hasta yakınlarının, kaçış kabullenme alt ölçek toplam puanı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Erkek hasta yakının ölümü kaçış olarak görmesi, kadın hasta yakınına göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ölüme karşı tutum ölçeğinin kullanıldığı literatür taramalarında genellikle bu alanda çalışan hemşire örneklem grubu konu edinilmiştir (Benli& Yıldırım (2017); Selvi (2009)). Araştırma da erkek hasta yakını bu dünyada yaşadığı sıkıntıların çözüm yolunun yokluğu ve kaybında, ölümü tek çare kabul ettiği ve ölümü bir kaçış olarak gördüğü söylenebilir.

Tablo 11: Cinsiyet ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Farklılaşması

	Cinsiyet	\bar{x}	S	sd	t	p
Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma Alt Ölçeği	Kadın	19.400	5.853	158	,499	,619
	Erkek	20.000	7.936			
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Kadın	51.400	8.065	158	,720	,473
	Erkek	47.700	8.237			
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Kadın	14.400	5.232	158	1,999	,047
	Erkek	16.800	4.715			
Maneviyat Ölçeği	Kadın	112.100	14.319	158	2,603	,010
	Erkek	113.300	4.677			

Literatürde bakım veren kişi hemşire olduğunda da benzer sonuçlar görülmektedir (Rooda ve diğerleri (1999); Abreu-Figueiredo ve diğerleri (2018)). Hasta yakınlarının yaşam deneyimlerinde bulunan psiko-sosyal, dini veya manevi belirsizliklerin, kişilerin ölüme hazır olmaları üzerinde etkisi vardır. Bireylerin çoğu ölüm ve ölme gibi belirsiz durumları tehdit olarak değerlendirebildiği görülmektedir. İnsanlar tehdidi yönetmek veya iyileştirmek için baş etme stratejilerini kullanırlar (Hobert ve diğerleri, 2009). Araştırmaya katılan diğer hasta yakınlarının ÖKTÖ ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ve ÖKTÖ tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamda fark bulunamamıştır

($p>0.05$). Hasta yakınlarının maneviyat ölçeği toplam puanı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çalışma hipotezinde, kadın hasta yakınının hastayla daha çok ilişkide olması stresle baş etmede maneviyattan yaralanmasının erkek hasta yakınlarına göre yüksek olabileceği düşünülmüştür. Ancak araştırma sonuçlarına göre; erkek hasta yakınlarının maneviyat ölçeği toplam puanları, kadın hasta yakınlarına göre daha olumludur ($p< 0,05$). Koenig (1998) yaptığı çalışmada dini ve manevi tutum gibi başa çıkma davranışları, kadın (cinsiyet) hasta yakını ile daha fazla ilişkili olarak bulunmuştur. Çalışmamızın erkek ve kadın puanlamasında, cinsiyet farklılığı yadsınamaz ancak kişilerin maneviyat düzeylerini ölçen farklı çalışmalarda kadınların (cinsiyet) daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Dursun, 2019; Çakır, 2019).

3.5.2. Medeni Durum ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Çalışma hipotezinde; bekar hasta yakınlarının evli hasta yakınlarına göre ölümden daha çok korkacağı düşünülmektedir. Ancak araştırmaya göre; medeni durum ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadığı görülmektedir ($p< 0,05$). Hasta yakınlarının kaçış kabullenme alt boyut ölçek toplam puanı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p< 0,05$). Evli hasta yakınlarının ölümü kaçış olarak kabullenmelerinin bekar hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Tablo 12: Medeni Durum ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Farklılaşması

	Medeni Durum	\bar{x}	S	Sd	t	p
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	Bekar	20.250	9.069	158	,499	,619
	Evli	19.562	6.359			
Taraftız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Bekar	50.50	8.393	158	,720	,473
	Evli	49.313	8.337			
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Bekar	14.000	5.611	158	1,999	,047
	Evli	16.000	4.918			
Maneviyat Ölçeği	Bekar	117.000	2.962	158	2,603	,010
	Evli	111.625	11.560			

Evli hasta yakınlarının bekar hasta yakınlarına göre; ölüm duygu deneyimleri ve ifade edilmesini yöneten kurallarla daha erken yüzleşme ihtimali, duygu düzenleme becerilerinin bu tutumu benimsemesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Önsöz (2013)'ün yoğun bakım hemşireleri ve Çevik (2010)'in hemşireler ile yaptığı ölüm konulu çalışmalarında medeni durumun anlamlı fark olarak bulunduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ÖKTÖ ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt ölçeği; ÖKTÖ tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında medeni durum açısından istatistiksel anlamda fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Hasta yakınlarının manevi yönelim ölçeği toplam puanı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p>0.05$). Hiç evlenmemiş hasta yakınlarının Maneviyat Ölçeği toplam puanları, evli hasta yakınlarına göre daha olumludur. Özbaşaran ve ark. (2011) ve Çelik (2013) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyini ölçen çalışmalarda bekar olan hemşirelerin evli olmayanlara göre maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

3.5.3. Eğitim Durumu ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Ölçeği İlişkisi

Eğitim faktörüne göre, ÖKTÖ ve Maneviyat Ölçeğinden elde edilen puanlar incelenmiş olup yapılar arasındaki ilişkiler ve etkisellik belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 13: Eğitim Durumu ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi

		\bar{x}
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	1.İlköğretim ve Aşağısı	21.000
	2.Lise Terk ve Lise Mezunu	18.400
	3.Üniversite ve Üzeri	19.375
	Toplam	19.700
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	1.İlköğretim ve Aşağısı	56.000
	2.Lise Terk ve Lise Mezunu	45.600
	3.Üniversite ve Üzeri	46.375
	Total	49.550
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	1.İlköğretim ve Aşağısı	17.142
	2.Lise Terk ve Lise Mezunu	15.600
	3.Üniversite ve Üzeri	14.250
	Toplam	15.600
Maneviyat Ölçeği	1.İlköğretim ve Aşağısı	115.714
	2.Lise Terk ve Lise Mezunu	116.400
	3.Üniversite ve Üzeri	107.750
	Toplam	112.700

Hasta yakınlarının, eğitim durumları ile “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve “Maneviyat Ölçeği” varyans analiz sonuçları tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14: Eğitim Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	Gruplararası	169.000	2	84.500	1.762	.175
	Gruplarıçi	7528.600	157	47.953		
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	3599.000	2	1799.500	37.929	.000
	Gruplarıçi	7448.600	157	47.443		
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	249.943	2	124.971	5.030	.008
	Gruplarıçi	3900.457	157	24.844		
Maneviyat Ölçeği	Gruplararası	2624.571	2	1312.286	13.412	.000
	Gruplarıçi	15361.029	157	97.841		

Çalışma hipotezinde; hasta yakının öğrenim seviyesi arttıkça ölümden korktuğu düşünülmektedir. Ancak analiz sonuçlarına göre, hasta yakınlarının eğitim durumları ile ölüm korkusu alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hasta yakınlarının tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme; kaçış kabullenme alt ölçek puanları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır ($p>0.05$). Eğitim durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, eğitim durumu yükseldikçe hasta yakınlarının ölümü kabullenmelerinin azaldığı söylenebilir. Eğitim durumunun artması Çevik (2010)’ in hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimlerini belirlediği çalışmada tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt ölçeği ile eğitim düzeyi arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle, gelişen bilişsel başa çıkma mekanizması problem karşısında kişilere güven sağlamaktadır. Fakat doğrudan karşılaşılan stres karşısında, kişinin öğrenilmiş mekanizmaları çözüm getirmemekte ve yansıtma, yer değiştirme, inkar gibi bilinçli çabalarla yapılmayan savunma mekanizmalarına başvurmasına neden olmaktadır.

Hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Eğitim durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, ilköğretim ve aşağısı ile lise terk ve lise mezunu eğitim durumuna sahip hasta yakınlarının; üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip hasta yakınlarına göre maneviyat düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Hasta yakınının eğitim durumu yükseldikçe maneviyat düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Literatürde eğitim ile maneviyat arasındaki sonuçlar benzerlik göstermektedir. Ellison (1991) çalışmasında, bilişsel becerileri ve kaynakları sınırlı olan eğitim düzeyi düşük bireyleri, günlük yaşam olaylarının ve yaşam krizlerinin karmaşıklıklarını anlamak için dini anlamlardan ve sembollerden yararlanma olasılıklarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

3.5.4. Meslek Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Meslek faktörüne göre, ÖKTÖ ve Maneviyat Ölçeğinden elde edilen puanlar incelenmiş olup yapılar arasındaki ilişkiler ve etkisellik belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 15: Meslek Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi

		\bar{x}
Ölüm Korkusu Alt Ölçeği Toplam Puanları	1.Memur	23.500
	2.İşçi	27.000
	3.Serbest Meslek	16.375
	4.Ev Hanımı	19.166
	Total	19.700
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği Toplam Puanları	1.Memur	46.500
	2.İşçi	52.000
	3.Serbest Meslek	44.750
	4.Ev Hanımı	57.167
	Total	49.550
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği Toplam Puanları	1.Memur	15.7500
	2.İşçi	21.5000
	3.Serbest Meslek	13.5000
	4.Ev Hanımı	16.3333
	Total	15.6000
Maneviyat Ölçeği Toplam Puanları	1.Memur	99.5000
	2.İşçi	114.0000
	3.Serbest Meslek	115.6250
	4.Ev Hanımı	117.1667
	Total	112.7000

Hasta yakınlarının, meslek durumları ile “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve “Maneviyat Ölçeği” varyans analiz sonuçları tablo 16 da verilmiştir.

Tablo 16: Meslek Durumları ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p
Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma Alt Ölçeği	Gruplararası	2035.933	3	678.644	18.699	.000
	Gruplariçi	5661.667	156	36.293		
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	4652.933	3	1550.978	37.837	.000
	Gruplariçi	6394.667	156	40.991		
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	865.733	3	288.578	13.706	.000
	Gruplariçi	3284.667	156	21.056		
Maneviyat Ölçeği	Gruplararası	7107.933	3	2369.311	33.979	.000
	Gruplariçi	10877.667	156	69.729		

Hasta yakınlarının meslekleri ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p>0.05$). Meslek durumları ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma arasındaki farklılık sonuçlarına göre; işçi ve memur meslek grubundaki hasta yakınları ile serbest meslek ve ev hanımı meslek grubu hasta yakınları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Meslek durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre: işçi olan hasta yakının diğer meslek grubundaki hasta yakınlarına göre ölüm korkusu ve ölümden kaçınmalarının daha fazla olduğu; ev hanımı hasta yakının diğer meslek grubundaki hasta yakınlarına göre ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullemelerinin fazla olduğu; serbest meslek sahibi hasta yakınlarının diğer meslek sahibi hasta yakınlarına göre ölümü kaçış olarak kabullemelerinin daha az olduğu söylenebilir.

Ev hanımı olan hasta yakının; hastaya fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi anlamda destek vermesi ve hastasının yaşadığı sıkıntılara yakından şahit olması, diğer meslek gruplarına göre, ölümü kabullemelerinde önemli bir etken olarak yorumlanmaktadır. Stres veren yaşam olaylarını kabullenebilmek, olaylarla baş edebilmeyi kolaylaştırmakta ve depresyon düzeyini azaltmaktadır.

Eke (2013)'in çalışmasında yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışanların, bu durumlarla sık karşılaştıkları ve karşılaşma riskine hazır oldukları için ölüm kaygısı puanlarının; düşük ölüm riski olan mesleklere göre anlamlı derecede düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Hasta yakınlarının manevi yönelimlerinin meslek durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermektedir ($p>0.05$). Meslek durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre: memur hasta yakının; işçi, serbest meslek, ev hanımı meslek grubundaki hasta yakınlarına göre maneviyat düzeyleri daha düşük olarak belirlenmiştir. Dursun (2019)'un evli ve bekar bireylerin maneviyat düzeylerini incelediği çalışmasında; ev hanımı, esnaf ve özel sektör meslek grubunda farklılaşmanın daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3.5.5. Hastaya Yakınlık Derecesi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Hastaya yakınlık faktörüne göre, ÖKTÖ ve Maneviyat Ölçeğinden elde edilen puanlar incelenmiş olup yapılar arasındaki ilişkiler ve etkisellik belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 17: Hastaya Yakınlık Derecesi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi

		\bar{x}
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	1.Çocuk	19.090
	2.Torun- Anne, Baba	18.166
	3.Diğer Akraba	25.000
	Total	19.700
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	1.Çocuk	49.818
	2.Torun- Anne, Baba	49.167
	3.Diğer Akraba	49.333
	Total	49.550
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	1 Çocuk	17.818
	2.Torun- Anne, Baba	12.333
	3.Diğer Akraba	14.000
	Total	15.600
Maneviyat Ölçeği	1.Çocuk	116.363
	2.Torun- Anne, Baba	113.666
	3.Diğer Akraba	97.333
	Total	112.700

Hasta yakınlarının, hastaya yakınlık derecesi ile “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve “Maneviyat Ölçeği” varyans analiz sonuçları tablo 18 de verilmiştir.

Tablo 18: Hastaya Yakınlık Derecesi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma Alt Ölçeği	Gruplararası	819.661	2	409.830	9.355	.000
	Grupiçi	6877.939	157	43.809		
	Toplam	7697.600	159			
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	14.509	2	7.255	.103	.902
	Grupiçi	11033.091	157	70.274		
	Toplam	11047.600	159			
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	1006.642	2	503.321	25.136	.000
	Grupiçi	3143.758	157	20.024		
	Toplam	4150.400	159			
Maneviyat Ölçeği	Gruplararası	6893.236	2	3446.618	48.783	.000
	Grupiçi	11092.364	157	70.652		
	Toplam	17985.600	159			

Analize göre, hasta yakınlarının ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt ölçek puanları ile hastaya yakınlık durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaya yakınlık durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, diğer akraba grubu hasta yakınlarının; çocuk, torun, anne ve babaya göre ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanlarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer akrabaların hastaya yakınlık derecesinin; birinci derece yakına göre, hastaya olan bağının uzaklığı ve ölmekte olan bir hastaya bakım vermesi kişide kırılabilirliği arttırmaktadır. Hasta yakını bu durumda, ölüm fenomeninden rahatsız olmakta ve ölüm korkusu yaşayabilmektedir.

Hasta yakınlarının kaçış kabullenme ile hastaya yakınlık durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Hastaya yakınlık durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre: hastanın çocuğu olan hasta yakının, diğer gruptaki hasta yakınlarına göre ölümü kaçış kabullemelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Buradan yola çıkılarak hastanın çocuğu olan hasta yakını hastasını önemsemekte, hastasının yaşadığı ağrı ve acıya dayanmamaktadır. Hasta yakınının inkar, öfke, umutsuzluk gibi duygular yaşaması hasta yakınında, hastaya bakım vermede yetersiz kalacağı ve bakamayacağı düşüncesine hakim olmaktadır. Kişi bunun sonunda ölümün hasta için en hayırlı son olacağı düşüncesini kabul edebilmekte ve “Hastanın çocuğu olan hasta yakınları hastası için ölümü kaçış olarak görmektedir.” hipotezini doğrulamaktadır.

Hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri ile hastaya yakınlık durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastaya yakınlık durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, diğer akraba grubuna dahil olan hasta yakınlarının, çocuk, torun, anne ve babaya göre maneviyat düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Kişi ölümle yüz yüze geldiğinde hayatın anlamı ve amacını arayabilmektedir. Palyatif servisinde hasta tedavisinin ağır olması; hasta yakını, hem hastası hem de kendisi için dua ve dini ritüellere yönelmektedir. Diğer akraba grubundaki hasta yakınlarının bu süreçte diğer hasta yakınlarına kıyasla hastayla olan duygusal bağının düşük olması maneviyat düzeyini etkilediğini düşündürmektedir.

3.5.6. Hastaya Bakım Süreleri ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Hastaya bakım süresi faktörüne göre, ÖKTÖ ve Maneviyat Ölçeğinden elde edilen puanlar incelenmiş olup yapılar arasındaki ilişkiler ve etkisellik belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 19: Hastaya Bakım Süreleri ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi

		\bar{x}
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	1. 0-12 Ay	19.307
	2. 1-2 Yıl	20.000
	3. 3-4 Yıl	18.000
	4. 4 Yılden Fazla	21.666
	Total	19.700
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	1. 0-12 Ay	50.308
	2. 1-2 Yıl	42.667
	3. 3-4 Yıl	47.000
	4. 4 Yılden Fazla	54.000
	Total	49.550
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	1. 0-12 Ay	17.230
	2. 1-2 Yıl	9.000
	3. 3-4 Yıl	11.000
	4. 4 Yılden Fazla	16.666
	Total	15.600
Maneviyat Ölçeği	1. 0-12 Ay	115.461
	2. 1-2 Yıl	95.666
	3. 3-4 Yıl	105.000
	4. 4 Yılden Fazla	120.333
	Total	112.700

Hasta yakınlarının, hastaya bakım süreleri ile “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve “Maneviyat Ölçeği” varyans analiz sonuçları tablo 20 de verilmiştir.

Tablo 20: Hastaya Bakım Süreleri ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	Gruplararası	134.113	3	44.704	.922	.432	
	Grupiçi	7563.487	156	48.484			
	Toplam	7697.600	159				
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	1724.113	3	574.704	9.616	.000	1-2; 1-4 2-4 3-4
	Grupiçi	9323.487	156	59.766			
	Toplam	11047.600	159				
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	1518.605	3	506.202	30.005	.000	1-2; 1-3 2-4 3-4
	Grupiçi	2631.795	156	16.870			
	Toplam	4150.400	159				
Maneviyat Ölçeği	Gruplararası	9629.087	3	3209.696	59.919	.000	1-2; 1-3; 1-4 2-3; 2-4 3-4
	Grupiçi	8356.513	156	53.567			
	Toplam	17985.600	159				

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, hastaya bakım verme süreleri ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaya bakım süresi durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, 4 yıldan fazla hastaya bakım veren hasta yakınlarının; diğer sürelerde bakım veren hasta yakınlarına göre ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenmelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Çalışma hipotezinde; hasta yakınlarının bakım süreci ilerledikçe ölüm gibi olumsuz öğelere karşı tutum geliştirebileceği ve korkabilecekleri düşünülmüştür. Ancak araştırma sonuçlarına göre bakım süresi ilerledikçe kişilerin ölümü kabul ettiği belirlenmiştir. Glaser ve Strauss (1965) ve Lange (2008)'in hemşirelerle yaptığı çalışmalarda; deneyimin, ölüm kaygısına katkıda bulunduğunu ve ölüme karşı olumlu tutum geliştirdiği görülmüştür.

Hasta yakınlarının hastaya bakım süresi durumları ile kaçış kabullenme puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Hastaya bakım süresi durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, 0-12 ay arasında hastaya bakım veren hasta yakınlarının; diğer sürelerde bakım veren hasta yakınlarına göre ölümü kaçış kabullenmelerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Bakım aşamasının başında olan hasta ve hasta yakını, yeni ve zorlu süreçlerden geçmektedir. Farklı deneyimlerle yüzleşen hasta yakını bu aşamalarda bazen zorlanmakta bazen sürece hızlı bir şekilde uyum sağlamaktadır. Rabins ve diğerleri (1990) kronik hastalığa sahip hastanın bakıcısının bakım aşamasını, suçluluk ve depresyon ile karakterize etmiş ve bakım aşamasının başından, iki yılın sonuna doğru öfke ve kaygıların azaldığını ifade etmişlerdir. Bu durum, bakım deneyiminin başında olan hasta yakının ölümü hastası için kurtuluş olarak görebileceği şeklinde yorumlanabilmektedir. Yaşam sonu tıbbi bakımda ölüm, daha fazla endişeye yol açabiliyor. Ölümden kaçış görüşüne sahip olan kişilerin, ölmeye yakın hastasının hayatının çok kolay sona erdirileceğinden endişe etmesi de mümkündür. Kaçınılmaz kontrol eksikliği hasta yakınında temel bir endişeye sebep olabilir (Lockhart, 2001).

Hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri ile hastaya bakım süresi durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaya bakım süresi durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre, 4 yıldan fazla hastaya bakım veren hasta yakınlarının maneviyat düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaya bakım süresi ilerledikçe bakım veren kişide oluşan duygusal, fiziksel, sosyal yüklerin karmaşıklığından uzaklaşmak için kişilerin dini anlamlardan ve sembollerden yararlanma olasılığının daha yüksek olacağı görülmüştür (Elliseon, 1991).

3.5.7. Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Ölüme İlişkin Görüşlerinin Değişim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Hasta yakınlarının PB kaldıkları süre içinde ölüme ilişkin görüşlerindeki değişime göre, ÖKTÖ ve Maneviyat Ölçeğinden elde edilen puanlar incelenmiş olup yapılar arasındaki ilişkiler ve etkisellik belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 21: Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Ölüme İlişkin Görüşlerinin Değişim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi

		\bar{x}
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	1.Hiç Fikrim değişmedi	18.375
	2.Biraz ve Orta Düzeyde Bir Değişim Oldu	21.000
	3.Fikrim Çok Değişti	20.000
	Total	19.700
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	1.Hiç Fikrim değişmedi	51.750
	2.Biraz ve Orta Düzeyde Bir Değişim Oldu	48.286
	3.Fikrim Çok Değişti	47.800
	Total	49.550
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	1.Hiç Fikrim değişmedi	15.500
	2.Biraz ve Orta Düzeyde Bir Değişim Oldu	15.142
	3.Fikrim Çok Değişti	16.400
	Total	15.600
Maneviyat Ölçeği	1.Hiç Fikrim değişmedi	115.875
	2.Biraz ve Orta Düzeyde Bir Değişim Oldu	109.142
	3.Fikrim Çok Değişti	112.600
	Total	112.700

Hasta yakınlarının, palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme ilişkin görüşlerinin değişim düzeyi ile ölüme karşı tutum ölçeği ve maneviyat ölçeği varyans analiz sonuçları tablo 22 de verilmiştir.

Hasta yakınlarının, palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme ilişkin görüşlerinin değişim düzeyi ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Araştırma hipotezi; hasta yakınlarının palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme karşı fikrinde değişim olanların ölümden korktuğu düşünülmektedir. Ancak araştırmaya göre; ölüme karşı fikrinin değişmediğini ifade eden hasta yakınlarının ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım olarak kabullenmelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Çoğu insan ölüm kavramıyla karşı karşıya kaldığında bir dereceye kadar rahatsız olabilir, zihinsel sağlığı iyi olan kişilerin daha etkili başa çıkma becerilerine sahip olduğu ifade edilmektedir. Ölümlü yaşam gerçeklerinden biri olarak kabul edenlerin; ölüm ve sonrası düşünceleri konusunda düşüncelerini kontrol altında tutmada kültür, inanç, çevre, eğitim mekanizmalarından destek almasıyla açıklanabilir (Rodin ve diğerleri, 1985).

Tablo 22: Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Ölüme İlişkin Görüşlerinin Değişim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma Alt Ölçeği	Gruplararası	210.600	2	105.300	2.208	.113
	Grupiçi	7487.000	157	47.688		
	Toplam	7697.600	159			
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	521.771	2	260.886	3.891	.022
	Grupiçi	10525.829	157	67.043		
	Toplam	11047.600	159			
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	37.943	2	18.971	.724	.486
	Grupiçi	4112.457	157	26.194		
	Toplam	4150.400	159			
Maneviyat Ölçeği	Gruplararası	1354.143	2	677.071	6.392	.002
	Grupiçi	16631.457	157	105.933		
	Toplam	17985.600	159			

Hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri ile palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme ilişkin görüşlerinin değişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu görülmektedir ($p>0.05$). Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme ilişkin görüşlerinin değişim düzeyi sonuçlarına göre, ölüme karşı fikrinin değişmediğini ifade eden hasta yakınlarını maneviyat düzeylerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar, insanların yas ve ciddi sağlık engeli ile karşı karşıya geldiklerinde, din ve maneviyattan destek alma olasılıklarının yüksek olduğu görülmüştür. İlahi ilişkiler hem günlük durumların hem de büyük krizlerin daha güçlü bir güçle kişisel ortaklık yoluyla yönetilebileceği algısını arttırabilir (Bulman ve Wortman (1977); Pargamnet ve Hahn (1986)).

3.5.8. Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Manevi Yönelim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat İlişkisi

Hasta yakınlarının PB kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeylerine göre, ÖKTÖ ve Maneviyat Ölçeğinden elde edilen puanlar incelenmiş olup yapılar arasındaki ilişkiler ve etkisellik belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 23: Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Manevi Yönelim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analizi

		\bar{x}
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	1.Manevi Yönelimim Hiç Yoktu	14.2000
	2.Az ve Orta Düzeydeydi	21.3333
	3.Manevi yönelimim iyiydi	21.6667
	Total	19.7000
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	1.Manevi Yönelimim Hiç Yoktu	50.000
	2.Az ve Orta Düzeydeydi	52.000
	3.Manevi yönelimim iyiydi	47.667
	Total	49.550
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	1.Manevi Yönelimim Hiç Yoktu	12.2000
	2.Az ve Orta Düzeydeydi	16.3333
	3.Manevi yönelimim iyiydi	17.0000
	Total	15.6000
Maneviyat Ölçeği	1.Manevi Yönelimim Hiç Yoktu	111.8000
	2.Az ve Orta Düzeydeydi	114.8333
	3.Manevi yönelimim iyiydi	111.7778
	Total	112.7000

Hasta yakınlarının, palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim değişim düzeyi ile ölüme karşı tutum ölçeği ve maneviyat ölçeği varyans analiz sonuçları tablo 24 de verilmiştir.

Tablo 24: Palyatif Bakımda Kaldıkları Süre İçinde Manevi Yönelim Düzeyi ile Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Analiz Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Ölçeği	Gruplararası	1616.533	2	808.267	20.868	.000
	Grupiçi	6081.067	157	38.733		
	Toplam	7697.600	159			
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	551.600	2	275.800	4.125	.018
	Grupiçi	10496.000	157	66.854		
	Toplam	11047.600	159			
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Gruplararası	629.333	2	314.667	14.031	.000
	Grupiçi	3521.067	157	22.427		
	Toplam	4150.400	159			
Maneviyat Ölçeği	Gruplararası	312.089	2	156.044	1.386	.253
	Grupiçi	17673.511	157	112.570		

Analize göre hasta yakınlarının, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma toplam puanları ile palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu görülmektedir ($p>0.05$). Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri arasında ki farklılık sonuçlarına göre, manevi yönelimim iyiydi olarak ifade eden hasta yakınlarının; ölüm korkusu ve ölümden kaçınmalarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Dine ve maneviyata gerçek anlamda yaklaşan kişilerin, ölüm ve ölmenin belirsizliğiyle başa çıkmak için daha fazla zorluk yaşayabilecekleri görülmüştür (Dezuter, 2009).

Hasta yakınlarının tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenmeleri toplam puanları ile palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu görülmektedir ($p>0.05$). Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri arasında ki farklılık sonuçlarına göre, manevi yönelimim az ve orta düzeydeydi olarak ifade eden hasta yakınlarının; manevi yönelimim iyiydi olarak ifade eden hasta yakınlarına göre ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenmelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Buradan yola çıkılarak “ Hasta yakınlarının palyatif bakımda kaldıkları süre içinde maneviyat düzeylerinde değişim olanlar ölümü kabul etmektedir.” hipotezi desteklenmektedir.

Hasta yakınlarının kaçış kabullenmeleri toplam puanları palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu belirlenmiştir ($p>0.05$). Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri arasında ki farklılık sonuçlarına göre, manevi yönelimim hiç yoktu olarak ifade eden hasta yakınlarının ölümü kaçış kabullenmelerinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Kişinin daha önce yaşadığı sorunlar karşısında talepleri olduğunda, taleplerinin karşılanmadığını düşüncesi, din ve maneviyata bakışında umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratabilmektedir. Hayal kırıklığı, birçok psikolojik hastalıkta (örneğin depresyon, kaygı, vb.) önemli bir role sahiptir. Hayal kırıklığının kaçış kabulü ile pozitif ilişkisinin olduğunu görülmektedir. Hayal kırıklığı manevi büyümede bozukluk yaratmakta, öbür dünyadaki ödül ve ceza eksikliğine olan inancın hayal kırıklığının endişe yaratması ölüm korkusuna doğal kabulü azaltmaktadır (Masoueh ve diğerleri,2014).

3.5.9. Ölüme Karşı Tutum ve Maneviyat Düzeyi ile Demografik Özellikler Arasındaki Korelatif Durum

Hasta yakınının gelir durumu ile yaşı arasında, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 01$). Buna göre yaş arttıkça gelir durumunun azaldığı söylenebilir. Ölümcül hastalığı olan ailelerin önemli ekonomik kayıplar yaşadığı ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda, yüksek bakım ihtiyacı olan bireyin olduğu ailelerde; bakım sürecinde, aile üyelerinden bir kısmının çalışmayı bırakması gerektiği, bazılarının ise bakım sürecinde birikimlerini kaybettiği ortaya çıkmıştır. Bakım sürecinin; ileri yaş ve düşük gelirle ilişkili olduğu görülmektedir (Emanuel ve diğerleri, 2000; Siegel, 1991).

Çalışma hipotezinde; yaşlanmayla birlikte hayatta kalma isteğinin büyük önem taşıması, hasta yakınlarının yaş ile birlikte ölüm korkusunun artacağı düşünülmektedir. Ancak analiz sonuçlarına göre, hasta yakınlarının yaşı ile ölüm korkusu alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Hasta yakınının; tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt ölçek, kaçış kabullenme alt ölçek puanları ile yaşı arasında, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre yaş arttıkça; tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt ölçeği toplam puanları, kaçış kabullenmesi arttığı söylenebilir. Wong ve diğerleri (1994)' nin çalışmasında ileriki yaşlardaki bireylerin ölüme yaklaştıkça, ölümü tüm sıkıntılardan kurtuluş olarak gördüğü ifade edilmiştir. Hasta yakınının ölüm korkusu ile gelir durumu arasında, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < .01$). Buna göre “Hasta yakınlarının gelir durumları artıkça ölüm korkusu artmaktadır.” hipotezi gerçekleşmiştir. Hasta yakınının; yaş, gelir, eğitim durumunun ölüm tutum ölçeği puanlarını etkilediği bilinmektedir (Acehan ve Eker, 2013; Rooda ve diğerleri, 1997). Ayhan (2013) çalışmasında; ekonomik durum artıkça, ölüm korkusu ve ölümden kaçınmanın arttığını tespit etmiştir. Ekonomik gücün, ölüm dışında çoğu probleme çözüm olmasının, ölüm karşısında kişilerin olumsuz duygu yüklü ve kontrol edilemeyen düşünceler yaşamasına neden olmaktadır.

Tablo 25: Hasta Yakını Korelasyon Analiz Tablosu

		Yaş	Gelir	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma	Tarafsız Kabul. ve Yaklaşım Kabul. Alt Ölçeği	Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Maneviyat Ölçeği
Yaş	Pearson Correlation	1	-.259**	-.146	.416**	.433**	.536**
	Sig. (2-tailed)		.001	.066	.000	.000	.000
Gelir	Pearson Correlation	-.259**	1	.395**	-.147	-.078	-.580**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000	.064	.324	.000
Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma Alt Ölçeği	Pearson Correlation	-.146	.395**	1	.108	.281**	-.234**
	Sig. (2-tailed)	.066	.000		.175	.000	.003
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Ölçeği	Pearson Correlation	.416**	-.147	.108	1	.642**	.479**
	Sig. (2-tailed)	.000	.064	.175		.000	.000
Kaçış Kabullenme Alt Ölçeği	Pearson Correlation	.433**	-.078	.281**	.642**	1	.362**
	Sig. (2-tailed)	.000	.324	.000	.000		.000
Maneviyat Ölçeği	Pearson Correlation	.536**	-.580**	-.234**	.479**	.362**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003	.000	.000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hasta yakınının; maneviyat düzeyleri ile yaşı arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Hasta yakınının yaşı arttıkça maneviyat düzeylerinin arttığı söylenebilir. Yaş ve psikolojik iyi oluş arasında güçlü bir ilişkinin olduğu, yaşlanmanın dinamik bir süreç olmasının psikolojik olgunlaşmada etkili olabileceği söylenmektedir. Varoluşsal kesinliğin olumlu etkisi özellikle yaşın ilerlemesiyle daha da belirginleşmektedir (Ellison,1991). Yaşlanma ile kişilerin dünya görüşünün, maneviyat ve dini ritüeller meselesi olmasının önemli olduğunu anlamak önemlidir.

Hasta yakınının maneviyat düzeyleri ile gelir durumu arasında, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<.01$). Buna göre gelir arttıkça maneviyat düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Yüksek gelirli kişilerin, sıkıntıların üstesinden gelmek ve sorunların çözümünü kolaylaştırmada maddi olanakların gücünden yararlanmasının beklenebilir olduğu olarak yorumlanabilir.

Hasta yakının kaçış kabullenme ile ölüm korkusu pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < .01$). Buna göre ölüm korkusu arttıkça; kaçış kabullenme durumunun arttığı söylenebilir. Braun ve diğerleri (2009)' nin çalışmasında; kaçış, korku gibi olumsuz tutumlar arasında pozitif korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur. endişenin işlevi itici imgelerden kaçınmaktır (Stöber, 1998). Hastasının ölme endişesine sahip hasta yakını, olumsuz öğelerden kaçınma sağlayarak; sorunun nedeni ile bağlantılı olan bedensel ve fizyolojik huzursuzluğu sınırlandırmaktadır. Sahip olunan endişe bireylerin dikkatini gerçek problemden uzaklaştırmakta ve ölümden kaçınmalarına neden olmaktadır.

Hasta yakının maneviyat düzeyleri ile ölüm korkusu arasında, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < .01$). Buna göre ölüm korkusu arttıkça maneviyat düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Smington (1996) 'un araştırmasında, ruhsal esenlik ve ölüm depresyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Eğer insanlar düşük bir maneviyat düzeyine sahipse, yaşanan gerçek hem de beklenen kayıplarla ilgili üzüntüde baş etme davranışlarının düşük olduğu görülmüştür.

Hasta yakının; tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenmeleri ile maneviyat düzeyleri ($p < .01$) arasında, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme arttıkça; maneviyat düzeyinin de arttığı söylenebilir. Ölümün kendisi ve ölmenin kabulü yoluyla, ölüm yönetilebilir ve kontrol edilebilir. Ölme sürecini ve kabulünü temsil eden ölüm yolu, ailelerin ölümü kabul etmesinde kişisel manevi arayış söylemini destekler (Zimmerman, 2012). Hayatı tehdit eden olaylara başarılı şekilde adaptasyonun, hastanın tehdide karşı anlam katmaya çalıştığı varoluşçu ve dini inanç süreciyle gerçekleştiği ifade edilmektedir (Holland ve diğerleri, 1999).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırma ile Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan hastaların yakınlarından 160 kişiye anket uygulanarak SPSS programı ile çözümlene yapılmış ve maneviyat düzeylerinin ölüme karşı tutumlarına etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Hasta yakınının: sosyo- demografik bilgisi, ölüme ilişkin görüşü, maneviyata yönelimi incelenerek; ölüme karşı tutumuna ve maneviyat düzeyine etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bulgularına dayalı olarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet dağılımında kadın ve erkek oranlarının birbirine yakın olduğu, hasta yakınlarının çoğunluğunun evli, üniversite mezunu ve serbest meslek çalışanı olduğu görülmüştür. Hasta yakınlarının genellikle hastanın çocuğu olduğu ve bir sene yakın hastaya bakım verdikleri tespit edilmiştir. Araştırmanın bulguları, bakım verenlerin konu olduğu Türk kültürüne ait çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür.
- Hasta yakınlarının yarıya yakınının (% 49.7) kendilerini manevi olarak değerlendirdiklerinde, maneviyatlarının iyi denecek düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Palyatif bakımda kalma süreleri içinde, hasta yakını buldukları ortamda maneviyatlarının iyi anlamda (% 44.7) değiştiğini söylemişlerdir. Palyatif bakım ortamının hasta yakınının ölüm fikrini değiştirmede (% 40.4) saptanmıştır. Hasta yakınlarının önemli bir kısmı maneviyata dikkat etmekte, hastalar ve ailelerin umutlarında önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.
- Hasta yakınlarının, ölümü kaçış kabullenmeleri ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Erkek hasta yakınının, kadın hasta yakınına göre ölümü kaçış olarak gördüğü ortaya çıkmıştır. Erkeklerin, duygularını ve deneyimlerini ifade edişinin kadınlara göre daha pasif olması, travmatik olaylar karşısında kaçış tutumu yaşamasına neden olduğu sonucu çıkarılabilir.
- Erkek hasta yakınının maneviyat düzeyinin, kadın hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Kadın hasta yakınlarının, bakım yükünün yanında

aynı zamanda eş ve anne sorumluluğunu yerine getirmekte ve bu sorumlulukları dengelemek zorunda kalmaktadır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarından ödün vermek zorunda kalan kadın hasta yakınları, bakım yükünü erkek hasta yakınlarına göre daha fazla hissetmekte ve iyilik hallerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden pozitif duygu düzenleme stratejilerinden uzaklaşmak, maneviyat düzeyini de etkilemektedir.

- Evli hasta yakınlarının ölümü kaçış olarak kabullenmeleri, bekar hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bekar hasta yakınlarının ise maneviyat düzeyinin, evli hasta yakınına göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Bekar hasta yakınlarının, acı veren uyaranlar karşısında, yaşadıkları duygusal deneyimle başa çıkmada maneviyatın gücünden yararlanmaları, ölümü kaçış olarak görmemelerinin sebebi olduğu düşünülmektedir.
- Eğitim durumu arasındaki farklılık sonuçlarına göre, eğitim durumu yükseldikçe hasta yakınlarının ölümü kabullenmelerinin ve maneviyat düzeyinin azaldığı söylenebilir. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle, manevi bakıma ilişkin geniş bir bakış, ikinci plana atılmakta veya unutulmaktadır. Sıkıntıya neden olan ölüm, statü kaybı, maddi zorluklar veya önemli bir hastalık gibi olaylar kişilerde manevi strese yol açmakta ve kabul aşamasını zorlaştırmaktadır.
- İşçi meslek sahibi hasta yakının ölüm korkusu olduğu ve ölümden kaçındığı, ev hanımı hasta yakının ölümü tarafsız ve yaklaşım olarak kabullendiği, serbest meslek sahibi hasta yakının ölümü kaçış olarak kabullenmediği saptanmıştır. Hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri ile meslek durumları arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermektedir. Memur hasta yakının maneviyat düzeyinin daha düşük olarak belirlenmiştir.
- Analize göre, diğer akraba grubu hasta yakının; ölüm korkusu ve ölümden kaçınmasının yüksek olduğu, hastanın çocuğu olan hasta yakının; ölümü kaçış kabullenmesinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Diğer akraba grubunda olan hasta yakınının, maneviyat düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan yakınlarının bakım süresinin 4 yıldan fazla hastaya bakım veren ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenmelerinin daha olumlu olduğu, 0-12 ay arasında hastaya bakım veren hasta yakınlarının ölümü kaçış kabullenmelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının hastaya bakım süresi, 4 yıldan fazla olanların maneviyat düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta yakının, bakım sürecinin başında kaygı ve korkuları daha belirginken, ilerleyen süreçte maneviyat kelimesi bu ihtiyaca cevap verir bir konuma gelmiştir.
- Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme karşı fikrinin değişmediğini ifade eden hasta yakınlarının ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım olarak kabullenmelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme karşı fikrinin değişmediğini ifade eden hasta yakınlarının, maneviyat düzeylerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarında kabul deneyimi ile birlikte, olumsuz olaylara karşı iyimserlik ve özsaygı ile bakmakta, hastası ile birlikte daha fazla zaman harcadığı veya sevdiği biriyle zor bir zamanda fark yarattığını bilmesi gibi, bakımın ödülleri düşündüğü manevi bakış içerisinde olduğu sonucu çıkarılabilir.
- Analize göre, palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelimim iyiydi olarak ifade eden hasta yakınlarının, ölüm korkusu ve ölümden kaçınmalarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakımda kaldıkları süre içinde manevi yönelim düzeyleri manevi yönelimim az ve orta düzeydeydi olarak ifade eden hasta yakınlarının, ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenmelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Manevi yönelimim hiç yoktu olarak ifade eden hasta yakınlarının, ölümü kaçış kabullenmelerinin daha olumsuz olduğu sonucuna varılmıştır.
- Hasta yakının yaşı arttıkça, gelir durumunun azaldığı; ölümü tarafsız kabullenme, kaçış kabullenmelerinin ve maneviyat düzeylerinin arttığı görülmüştür. Türkiye standartlarında, yaşlanma ile birlikte kişilerin ekonomik gücünü yitirdiği bilinmektedir. Yaşlanmayla gelen ölüm gerçeğiyle yüzleşen kişilerin, din ve

maneviyata olan inancının da güçlenmesiyle ölümü istemekte bazen de ölümü tek çözüm yolu görebilmektedir.

- Katılımcıların geliri arttıkça; ölüm korkusunun arttığı ve maneviyat düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Ekonomik güç dünya hayatını cazibeli hale getirmekte ve fitratındaki ölümsüzlük duygusunu unutturup kişinin tabiatındaki seyri durdurabilir.
- Araştırmanın temel sorusu olan maneviyat düzeyinin ölüme karşı tutum üzerinde etkisine bakacak olursak; maneviyat düzeyinin artmasıyla, hasta yakının ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabulünü arttırmakta, ölüm korkusu ve kaçış kabullenme durumunu azalttığı görülmektedir.

Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda hasta yakınlarının maneviyat ve ölüm algısının gelişebilmesi, palyatif bakımda tedavi aşamasında ve sonrasında bu becerileri kullanabilmesine ilişkin şu önerileri bulunmak mümkündür:

- Türkiye’de palyatif bakım desteği alan hasta ve hasta yakınları için manevi bakım süreçlerinin yeniden gözden geçirilmesi, manevi bakım uygulamalarının çeşitliliğini ve yeterliliklerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetinde maneviyat ve manevi bakımın görünürlüğünün artırılması önemlidir.
- Yaşamın sonunda dinin, dünya görüşünün ve maneviyatın öneminin sadece manevi bakım ve ya sadece dini ritüeller meselesi olmadığını anlamak önemlidir. Sosyal hizmet uzmanı, hem hastanın hem de hasta yakınının maddi ihtiyaçlarının yanında ruhsal ihtiyaçlarını belirlemelidir. Kişilerin hizmet alabilecekleri kaynakları bulmalarına yardımcı olmalıdır.
- Profesyonel ekibin (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen), varoluşçu ve ruhsal ihtiyaçları da dahil olmak üzere hasta ve hasta yakınının isteklerine tüm yönleriyle duyarlı olmalıdır. Kişilerin palyatif bakımda kaldıkları süre içerisinde din ve maneviyat desteği alması önemlidir. Bu durum palyatif bakım ekibi tarafından eleştirilmemeli aksine desteklenmelidir.

- Türkiye’de kişilerin maneviyat algısının din üstüne olması; ölümlle başa çıkmada maneviyatın güçlü bir kaynak olduğu fakat buna rağmen kişilerin ölüm korkusu yaşayabildiği görölmektedir. Ölüm ve yas süreciyle ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitimler verilmeli, kendini tanıma ve yansıtırma yoluyla hasta ve hasta yakınları manevi yeterliklerini geliştirmelidir.
- Bu araştırma Erzurum iliyle sınırlı tutulmuştur. Konuya daha geniş bir açıdan bakılabilmesi için diğer şehir ve ölkelerde benzer çalışmaların yapılması, maneviyatın etkilerini daha ayrıntılı olarak araştırılması ve çeşitli manevi bakım uygulamalarının etkilerini uygun şekilde yakalayan sonuç ölçümlerinin geliştirmesi gelecekteki çalışmalar için önerilebilir.

KAYNAKÇA

- ACAR, H. (2014). Manevi İyi Oluş ile Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18 (2): 391-412.
- ACEHAN, G., & EKER, F. (2013). Levels Of Death Anxiety, Death Related Depression Of Health Personnel Providing Emergency Medical Services And Their Coping Methods. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4: 27-35.
- AKPINAR, N. (1988). Dokuz Yaş İlkokul Çocuklarında Ölüm Kavramının İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- AKSAKAL, H. (2014). Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma). *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ALBERS, G. ve diğerleri (2010). Content and Spiritual Items of Quality-of- Life Instruments Appropriate for Use in Palliative Care: a Review. *Journal of Pain Symptom Manage*, 40 (2): 290-300.
- ALTAŞ, N. (1999). Hastanelerde Dini Danışmanlık Hizmetleri: Türkiye Uygulaması Üzerine Deneysel Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 39: 599-659.
- ALTAY, B., ERKURAN, H., AVCI, A., İ. (2018) Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2): 1-8.
- ARDELT, M. (2003) . Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death. *Journal of Religious Gerontology*, 14: 55–77.
- ARIK, İ., A. (1992). *Psikolojide Bilimsel Yöntem*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- ARMSTRONG, D. T. (1995). *Exploring Spirituality: The Development of the Armstrong Measure of Spirituality*. New York: Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association.
- ARNDT, J. & M. Vess (2008). Tales from Existential Oceans: Terror Management Theory and How The Awareness of Our Mortality Affects Us all. *Social and Personality Psychology Compass*, 2 (2): 909–928.
- ASTROW, B. A. ve diğerleri (2001). Religion, Spirituality, and Health Care: Social, Ethical, and Practical Considerations. *The American Journal of Medicine*, 110:283 – 287.

- AYHAN, D.,& PEKYARDIMCI, C. (2013). Hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- AYTEN, A. (2009). *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik 'Farklı Alanlarda Araştırma ve Değerlendirmeler*. İstanbul: DEM Yayınları.
- BAGGİNİ, J. (2008). The Lost Rewards of The Spiritual Life. *Free Inquiry*, 28(4):41–43.
- BAUM, K., S. (1938). Older People's Anxiety About Afterlife. *Psychological Reports*, 52 (3):895-898.
- BAYMUR, B., F. (1978). *Genel Psikoloji*. İstanbul: İnkilap ve Aka Yayınları.
- BECKER, E. (1973). *The Denial of Death*. London: The Free Press.
- BEDARD, M., PEDLAR, D., MARTİN, N., J., MALOTT, O., & STONES, M., J. (2000). Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Older Adults Living in the Community: Methodological Issues and Determinants. *International Psychogeriatrics*, 12 (3), 307–332.
- BENLİ, S. & YILDIRIM, A. (2017). Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4):167-179.
- BİLLINGS, J. A. (1998). What is Palliative Care?. *Journal of Palliative Medicine*, 1:73-81.
- BOLMSJO, I., HERMEREN, G., & INGVAR, C. (2002). Meeting Existential Needs in Palliative Care-Who, When, and Why?. *Journal Palliative Care*, 18(3): 185-191.
- BOND, B., R. (1994). Doctor-Patient Relationships. *New Zealand Medical Journal*, 107.
- BOYRAZ, G., SHARON, G., & BRANDON, J. (2014). Accepting Death As Part Of Life: Meaning İn Life As A Means For Dealing With Loss Among Bereaved Individuals. *Death Studies*, 39: 1-11.
- BRAUN, M., GORDON, D.,& UZİELY, B. (2009). Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 37 (1): 43-49.
- BRUDEK, P., SEKOWSKİ, M., & STEUDEN, S. (2018). Polish Adaptation Of The Death Attitude Profil Revised. *Journal of Death and Dying*, 1-19.
- BULMAN, R., J., & WORTMAN, C., B. (1977). Attributions Of Blame And Coping İn The 'Real World': Severe Accident Victims React To Their Lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35: 351-61.

- ÇEKİN, A. (2014). *Maneviyat, Manevi Bakım ve Sosyal Hizmet*. İstanbul: Etüt Yayınları, 201.
- ÇELİK, A., S., ÖZDEMİR, F., DURMAZ, H., PASİNLİOĞLU, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1-12.
- ÇETİNKAYA, B. ve diğerleri (2007) Manevi Bakım ve Hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1): 47-50.
- ÇEVİK, BANU (2010) Hemşirelerin Ölümüne Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları Ve Deneyimleri. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- ÇINAR, M. (2016). Tanrı'ya Bağlanma Tarzı ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, 45:313-338.
- ÇİCİRELLİ, G.,V. (2011). Religious and Nonreligious Spirituality in Relation to Death Acceptance or Rejection. *Death Studies*, 35(2): 124–146.
- ÇİLELİ, M. (1995). Ölüm. O. Bekir (Ed). *Gelişim Psikolojisi* içinde. Ankara: İmge Kitapevi.
- COHEN, R., R. ve diğerleri (1996). Existential Well-Being is an Important Determinant of Quality of Life: Evidence From the McGill Quality of Life Questionnaire, *Cancer*. 77(3):576–86.
- COHEN, S., R. ve diğerleri (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: A Measure of Quality of Life Appropriate For People With Advanced Disease. A Preliminary Study of Validity and Acceptability. *Palliative Medicine*, 9 (3):207-219.
- COLLİS, K. (2003). The Psychological Aspects of Palliative Care, *Surgery* (Oxford), 21(11): 265–268.
- CONDE-SALA, L., S., ve diğerleri. (2008). Factors Related to Perceived Quality of Life in Patients with Alzheimer's Disease: The Patient's Perception Compared with That of Caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24:585-594.
- CONRAD, L. N. (1985). Spiritual Support For The Dying. *Nursing Clinics of North America*, 20.
- COOK, J. & D. Wimberly (1983). If I Should Die Before I Wake: Religious Commitment and Adjustment to Death of a Child. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 22: 222-238.
- Définition Des Soins Palliatifs (t. y.). Aralık 12, 2019 tarihinde <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/la-fin-de-vie-en-pratique/les-soins-palliatifs>. adresinden alındı.

- DEZUTTER, J., ve diğeri (2009). The Role Of Religion İn Death Attitudes: Distinguishing Between Religious Belief And Style Of Processing Religious Contents. *Death Studies*, 33: 73-92.
- DOĞAN, S.(t. y.). Sağlık Bakımında Konforun Başka Bir Boyutu ‘Palyatif Bakım’, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. Ocak 1, 2020 tarihinde <http://www.sdplatform.com/Dergi/1024/Saglik-bakiminda-konforun-baska-bir-boyutu-Palyatif-bakim.aspx>. Adresinden alındı.
- DOYLE, D. ve diğeri (2004). Oxford Textbook of Palliative Medicine, *Journal of the Royal Society Of Medicine*. 97(7):357.
- DURŞUN, N. (2019). Evli Ve Bekâr Bireylerin Yaşamın Anlamı Ve Maneviyat Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- EGİCİ, M. T. ve diğeri. (2019). Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları. *Jaren*, 5(2):123-131.
- EKE, S. (2003). Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- EKŞİ, H., KAYA, Ç. & ÇİFTÇİ, M. (2016). Maneviyat ve Psikolojik Danışma. H. Ekşi ve Ç. Kaya (Ed.) *Manevi Yönelimli Psikoterapi ve Psikolojik Danışma* içinde. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- EMBLEM J. D. & L. HALSTEAD (1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical Nurse Specialist*, 7:175–82.
- ELLİS, L. & WAHAB, E., A. (2012). Religiosity and Fear of Death: A Theory Oriented Review of the Empirical Literature. *Review of Religious Research*, 149-189.
- ELLİSON, C., G. (1991). Religious İnvolvement And Subjective Well-Being. *Journal of Health Social Behavior*, 32: 80–90.
- EMANUEL, E., J., FAIRCLOUGH, D., L., SLUTSMAN, J., & EMANUEL, L., L. (2000). Understanding Economic And Other Burdens Of Terminal Illness: The Experience Of Patients And Their Caregivers. *Annals of Internal Medicine*, 132(6): 451.
- FAİNSİNGER, L. R. (2000). A Century Of Progress İn Palliative Care. *The Lancet*, 356:24.
- FORTNER, V., B., & NEİMEYER, R., A. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. *Death Studies*, 23: 387-407.
- FREUD, S. (1995). *Uygurluk, Din ve Toplum*. (S. Budak, Çev.), Ankara: Öteki Yayınevi.

- GESSER, G. , WONG, P., T., P., & REKER, G., T. (1988). Death Attitudes Across the Life-Span: The Development and Validation of The Death Attitude Profile (DAP). *Omega: Journal of Death & Dying*, 18: 113–128.
- GLASER, G., G., & STROUS, A., L. (1965). *Awareness Of Dying*. Chicogo: Aldine Publishing Company.
- GOLDSTEİN, N., E., ve diğerleri (2004). Factors Associated With Caregiver Burden Among Caregivers of Tenninally TII Patients With Cancer. *Journal of Palliative Care*, 20 (1): 38-43
- GÖCEN, G. (2018). *Psikoloji Mitoloji ve Din*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- GÜLTEKİN, M., ve diğerleri (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1:1-6.
- HACALOĞLU, H. (1995). *Hayat, Ölüm ve Ötesi*. İstanbul: Ruh ve Madde yayınları.
- HARİS, K., D., & COLE, W., E. (1980). *Sociology of Aging*. Boston: Houghton Mifflin.
- HART, T. (1994). *The Hidden Spring: The Spiritual Dimension of Therapy*. New York: Paulist Press.
- HARWOOD, D., G., ve diğerleri (2000). Predictors Of Positive And Negative Appraisal Among Cuban American Caregivers Of Alzheimer’s Disease Patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 481–487.
- HEBERT, R.S. , SCHULZ, R. , COPELAND, V.C. & ARNOLD, R.M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (91), 3 -12.
- HİGUERA, B., C., J., ve diğerleri (2011). Atencion Espiritual en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, 93-102.
- HOBERT, R.S. ve diğerleri(2009). Preparing Family Caregivers for Death and Bereavement. Insights from Caregivers of Terminally Ill Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37:3-12.
- HOLLAND J., C., ve diğerleri (1999). The Role Of Religious And Spiritual Beliefs İn Coping With Malignant Melanoma. *Psychooncology* , 8:14–26.
- HÖKELEKLİ, H. (1993). *Din Psikolojisi*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
- HÖKELEKLİ, H. (2008). *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikoloji ve Din*. İstanbul: Dem Yayınları.
- İRANMANESH, S., SAVENSTEDT, S., & ABBASZADEH, A. (2015). Student Nurses’ Attitudes Towards Death And Dying İn South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 214-219.

- IŞIK, A. E. (2008). Ölüm Karşı Tutum Ölçeği' nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliği. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- İLKILIÇ, İ., ÖZKAYA, H. & UÇAR, A. (2019). *Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutuyla Palyatif Tıp*. İstanbul: İsar Yayınları.
- KARABUĞA, H. (2009). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KARACA, F. (2000). *Ölüm Psikolojisi*. İstanbul: Beyan Yayınları.
- KARAGÜL, A. (2012). Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi 'Hollanda Örneği'. *Dini Araştırmalar*, 15(40): 5-27.
- KARAKARTAL, D. (2007). Tedavi Sürecindeki Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 96 – 109.
- KARAKAYA, C. (2020). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Ankara: Yüksek Lisans Tezi
- KARASAR, N. (1998). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- KESKİNKILIÇ, B. (2015). Neden Ölüyoruz? Ölüm Bilgi Sistemi Verileri, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*. Ocak 1, 2019 tarihinde <http://www.sdplatform.com/Dergi/898/Neden-oluyoruz-Olum-bilgi-sistemi-verileri.aspx>. adresinden alındı.
- KING, E., D., & BUSHWICK, B. (1994). Beliefs And Attitudes Of Hospital İnpatients About Faith Healing And Prayer. *Journal of Family Practice*, 39:349 –352.
- KOCAKAYA, E. G. (2019). Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KOENİG, G., H. , MCCULLOUGH, M., & LARSON, D., B. (2000). *Handbook Of Religion And Health*. New York: Oxford University Press.
- KOENİG, G. H. (1998). Religious Beliefs And Practices Of Hospitalized Medically İll Older Adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,13:213–224.
- KUEBLER, K., K., LYNN, J., & VON ROHEN, J. (2005). Perspectives İn Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(1): 2–10.
- KÜÇÜKCAN, T. & KÖSE, A. (2000). *Doğal Afetler ve Din*. İstanbul: İsam Yayınları.

- LANGE, M., THOM, B., & KLİNE, N., E. (2008). Assessing Nurses Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients İn A Comprehensive Cancer Center. *Ongology Nursing Forum*, 955-959.
- LEDFORD, C., J., W., ve diğerleri (2015). Negotiating The Equivocality Of Palliative Care: A Grounded Theory Of Team Communicative Processes İn İnpatient Medicine. *Health Communication*, 1-8.
- LEHMAN, R., D., ve diğerleri (1993). Positive And Negative Life Changes Following Bereavement And Their Relations To Adjustment. *Journal of Social and Clinical Psycholog.*, 12: 90–112.
- LEVİN J. & SCHİLLER P. (1987). Is There a Religions Factor in Health. *Journal of Religion and Health*, 26:9 – 36.
- LO, B., QUİLL, T., & TULSKY, J. (1999). Discussing Palliative Care With Patients. *Annals of Internal Medicine*, 130:744 –749.
- LOCKHART, K., L., ve diğerleri (2001). Older Adults' Attitudes Toward Death: Links To Perceptions Of Health And Concerns About End-Of-Life Issues. *Omega: Journal of Death & Dying*, 331–347.
- LUTZ, S. (2011). The History of Hospice and Palliative Care. *Current Problems in Cancer*, 35(6): 304–309.
- MASLOW, A., H. (1964). *Relligions Values and Peak Experiences*. Penguin Books.
- MCCARTHY, A., S., ve diğerleri (2016). What Are The Experiences And Needs Of Patients And Carers Receiving Community Palliative Care İn Malaysia?. *Progress in Palliative Care*, 24(2):73-83.
- MCNEİLL, J., A., ve diğerleri. (1998). Assessing Clinical Outcomes: Patient Satisfaction With Pain Management, *Journal of Pain and Symptom Management*. 16:29 – 40.
- MEADOW, M., J., & KAHOE, R., D. (1984). *Psychology of Religion: Religion İndiviual Lives*. New York : Harper& Row.
- MEİER, M., D. (2006). Palliative Care in Hospitals. *Journal of Hospital Medicine*. 1: 21-28.
- MEVLANA. (2000). *Divan-ı Kebir 'Seçmeler'*. (Ş. Can, Der.), İstanbul: Ötüken Yayınları.
- MEYDAN, H. (2005). *Din Eğitiminde Manevi Boyut*. İstanbul: Dem Yayınları.
- MİNAS, H., KLİMİDİS, S., & TUNCER, C. (2007). Illness Causal Beliefs İn Turkish İmmigrants. *BMC Psychiatry*, 34.

- MYK (2019). Ocak 17, 2020 tarihinde <https://www.myk.gov.tr/index.php/tr/haberler/53-hukuk-mueavirlilii/3736-9-yeni-ulusal-meslek-standard-yaymland>. adresinden alındı.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKER. (2020). Standarts fo Palliative &End of Life Care, tarihinde <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=xBMd58VwEhk%3d&portalid=0>. adresinden alındı.
- NOBLE, S. (2015). Palliative Care: İntroduction. *Medicine*, 43(12): 695.
- NOZARİ, M., KHALİLİAN, A., & DOUSTİ, Y. (2014). Spiritual Development and Death Attitude in Female Patients With Type II Diabetes. *Iranian Journal Psychiatry and Behavioral Sciences*, 58-64.
- O'CONNOR, P. (1988). The Role of Spiritual Care in Hospice. *The American Journal of Hospice Care*, 5:31 –37.
- OSARCHUCK, M., & TATZ, S. (1973). Effect of Induced Fear of Death on Belief in Afterlife, *Journal of Personality and Social Psychology*, 256-260.
- Oxford Learner's Dictionarie. Palliate. (t.y.). Aralık 12, 2019 tarihinde <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/palliate>. adresinden alındı.
- ÖNGEL, K., ve diğerleri (2018). Palyatif Hasta Yakınlarının Gündüzlü Hasta Bakımına Bakış Açısı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10: 31-34.
- ÖNSÖZ, S. B. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi.
- ÖZBAŞARAN, F., ERGÜL, Ş., BAYIK TEMEL, A., GÜROL ASLAN, G., & ÇOBAN, A. (2011). Turkish Nurses' Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care. *Journal of Clinical Nursing*, 3102-3110.
- ÖZDOĞAN, Ö. (2009). *Aşkın Yanımız 'Maneviyat'*. Ankara: Özdenöze Yayınları.
- ÖZEN, Y., & GÜL, A. (2007). Sosyal Ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-Örneklem Sorunu. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 394 – 422.
- ÖZGUL, N., ve diğerleri. (2012). Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design,. *Annals of Oncology*, 23: 76-78.
- ÖZKAN, İ., A., TESKERİCİ, G., & KULAKAÇ, Ö. (2013).Varoluşçu Felsefe Bakış Açısına Göre Jinekolojik Kanser Yaşantıları: Bir Niteliksel Meta-Sentez Çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 323-324

- ÖZKAN, M. (1979). 15-17 Yaş Ergenlerinde Görülen Korku ve Kaygılar. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi.
- ÖZTÜTK, V. (2019). Bakım Verenlerin Bakım İhtiyacı Riski: Bakım Alan Kişinin Mıknatıs Etkisi. *Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*,3:4-18.
- PARGAMENT, K., I., & HAHN, J. (1986). God and the Just World: Causal and Coping Attributions to God in Health Situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 193-207.
- PİNDER, M. & HAYSLİP, B. (1981). Cognitive, Attitudinal, and Affective Aspects of Death and Dying in Adulthood: Implications For Care Providers, *Educational Gerontology*. 6:107-123.
- PİNQUART, M., & SORENSEN, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 126-137.
- PUCHALSKİ, C. M. (1999). Spirituality, Cultural, Issues and End of Life Care, *Association of American Medical Colleges report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine, Medical School Objectives Project (MSOP III)*. Washington, s.25 – 26.
- PUCHALSKİ, C. M. (2002). Spirituality. (A. Berger, J. Shuster, J. Roenn, Ed.) *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology* içinde. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, s.799 – 812.
- PUCHALSKİ, C. M., DORFF, R., E., & HENDİ, I.,Y. (2004). Spirituality Religion and Healing in Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4): 689-714.
- PUCHALSKİ, C. M. (2015). Spirituality in Geriatric Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2): 245–252.
- RABINS, P., V., ve diğerleri (1990). Emotional Adaptation Over Time İn Care-Givers For Chronically Elderly People. *Age and Ageing*, 19(3): 185–190.
- RİTTER,J. (1954). *Varoluş Felsefesi Üzerine*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.
- REESE, L., A. (1994). The Role of Counties in Local Economic Development. *The Gerontological Society of America*, 28-42.
- RODİN, J., TİMKO, C., & HARRİS, S. (1985). The construct of control: Biological and psychological correlates. (C. Eisdorfer, Ed.), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics* içinde. New York.
- ROODA, L., A., CLEMENTS, R., JORDAN, M., L. (1999). Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 26.

- RUSNACK, B., SCHAEFER, S. M., & MOXLEY, D. (1988). Safe Passage. *Social Work in Health Care*, 13(3), 3–19.
- SARUÇ, S. (2013). Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini Ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 193-208.
- SEVEN, A. (2015). Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları. *Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- SHELDON, F., M. (2000). Dimensions Of The Role Of The Social Worker İn Palliative Care. *Palliative Medicine*, 491–498.
- SİEGEL, K., ve diğerleri (1991). Caregiver Burden And Unmet Patient Needs. *Cancer*, 1131-1140.
- SİMİNGTON, J. A. (1996). Attitudes Towards The Old And Death, And Spiritual Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 35(1), 21–32.
- SOLOMON, S., GREENBERG, J., & PYSZCZYNSKI, T. (2004). The Cultural Animal: Twenty Years of Terror Management Theory and Research. (J. Greenberg, S. L. Koole & T. Pyszczynski, Ed.) *Handbook of Experimental Existential Psychology* içinde. The Guilford Press.
- STRANG, S., P., & TERNESTEDT, B., M. (2002). Spiritual Needs As Defined By Swedish Nursing Staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1):48-57.
- STOREY, P., KNİGHT, F.,C., SCHONWETTER,S., F. (2003). *Pocket Guide To Hospice/Palliative Medicine*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine.
- ŞİRİN, T. (2018). Maneviyat Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish Studies*, 13(18):1283-1309.
- T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı Ve T.C. Sağlık Bakanlığı Arasında Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü (7.01.2015). Ankara
- T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı (2017). *Sağlık Kuruluşlarında Manevi Destek Hizmetlerinin Yürütülmesine Dair Yönerge*. 04.05.2017 Tarih ve E. 12947 Sayılı Yazısı. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri (t.y.) Kasım 20, 2019 tarihinde <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. adresinden alındı.
- THOMAS, L.-V. (1991). *Ölüm*. (I. Gürbüz, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları, s.24-25.
- TOPUZ, İ. (2014). *Din Görevlilerinin Manevi Danışmanlık Yeterlilikleri*. Isparta: Manas Yayınları

- TORUN, N. (2019). Hasta Ailesinin Palyatif Bakım Deneyimleri, *Cukurova Medical Journal*,44.
- TUNA, M. (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Sosyal Desteğin Rolü. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TUNCAY, O., F. (2011). Psychological Well-Being of Cancer Patients: Depression, Anxiety and Quality of Life Among Turkish Cancer Patients. *Yüksek Lisans Tezi*. North Brabant: Tilburg University.
- Uniform Determination of Death Act (1981). Aralık 15, 2019 tarihinde http://lhc.ucsd.edu/cogn_150/Readings/death_act.pdf. adresinden alındı.
- Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Bildiri Kitabı (2018). Temmuz 2, 2019 tarihinde <http://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>. adresinden alındı.
- VAUGHAN, F. (1991). Spritual İssues in Psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psycholog.*, 23:195-119.
- WHO. (1986). Aralık 12, 2019 <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>. adresinden alındı.
- WHO. (2018). Aralık 12, 2019 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. adresinden alındı.
- WONG, P., REKER, G., & GESSER, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure Of Attitudes Toward Death. (R. A. Neimeyer, Ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, And Application* içinde. Washington: Taylor & Francis.
- YAPAREL, R. (1994). Depresyon ve Dini inançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Fakültesi Dergisi*.
- YILDIRIM, S. (2015). Kanser Tanısı İle İzlenen Hastaların Yakınlarının Kanser İle İlgili Başvurdukları Bilgi Kaynaklarının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- YILDIZ, D. & UZUNSAKAL, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 1.
- YÖRÜKOĞLU, A. (1986). *Çocuk Ruh Sağlığı Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- ZAYBAK, A., GÜNEŞ, Ü., İSMAİLOĞLU, E., G., ÜLKER, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15.

ZIMMERMANN, C. (2012). Acceptance of Dying: A Discourse Analysis of Palliative Care Literature. *Social Science & Medicine*, 75(1): 217–224.

EKLER

Ek 1: Sosyo-Demografik Anket

1. Cinsiyetiniz:

a () Kadın b () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

a () Hiç Evlenmedim b () Evliyim c () Boşandım/Eşim Vefat Etti

4. Eğitim durumunuz

a () Okuryazar-değilim b () Hiç Okula Gitmedim Ama Okuryazarım

c () İlkokul Terk d () İlkokul Mezunuyum

d () Ortaokul Mezunuyum e () Lise Mezunuyum

f () Üniversite ve Üzeri

5. Mesleğiniz

a () Memur b () İşçi c () Serbest Meslek d () Ev Hanımı

e () Diğer (Lütfen Yazınız):

6. Ailenizin aylık ortalama geliri (lütfen yazınız): TL

7. Hastaya yakınlık dereceniz?

a () Anne-Baba b () Eş c () Çocuk d () Torun

e () Ücretli Bakıcı f () Diğer Akrabalar (Lütfen Yakınlığınızı yazınız).....

8. Hastaya ne zamandan beri bakım sağlıyorsunuz?

a () 0-12 ay b () 1-2 yıl c () 3-4 yıl d () 4 yıldan fazla

9. Palyatif bakımda kaldığınız süre içerisinde ölüme karşı fikrinizde değişiklik oldu mu?

a () Hiç b () Biraz c () Orta d () Çok

10. Palyatif bakımda kaldığımız süre içerisinde manevi yönelimleriniz nasıldı?

a () Hiç b () Biraz c () Orta d () İyi

11. Kendinizi manevi açıdan nasıl değerlendirirsiniz?

a () Kötü b () Orta c () İyi

Ek 2: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir. Fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir	Kesinlikle	Katılmıyorum	Orta Derece	Katılmıyorum	Kararsızım	Orta Derece	Katılıyorum	Kesinlikle	Katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	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, korkunç bir 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.									

Ek 2: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (Devamı)

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir. Fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta Derece Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
17.Ölümden sonraki yaşam konusu bana bir sıkıntı verir.							
18.Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
19.Öldükten sonra sevdiğilerimle 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.Ölümlerle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra 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: Maneviyat Ölçeği

<p>Elinizdeki ölçek bireyin maneviyatının farklı boyutlarını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ölçekte 27 Adet soru bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.</p>		Bana Hiç Uygun Değil	(2) Bana Uygun Değil	(3) Bana Biraz Uygun	(4) Bana Oldukça Uygun	(5) Bana Tamamen Uygun
1	Allah'ın beni sevdiğini hissediyorum					
2	Bir sorunla karşılaştığımda dua ederim					
3	Dini etkinliklere katılırım					
4	Dua ettiğimde Allah'a kendimi yakın hissederim					
5	Enerjisine inandığım şeyleri üzerimde taşıırım					
6	Hayata dair bir hoşnutluk duygusu hissediyorum					
7	Hayata gelmemin bir amacı olduğuna inanırım					
8	Hayatımda büyük bir boşluk varmış gibi hissediyorum *					
9	Maneviyatım bana güç verir.					
10	Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım.					
11	Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmamı sağlar.					
12	Yediğim şeylerin enerjisinin beni etkilediğine inanıyorum					
13	Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım					
14	Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmamı sağlar.					
15	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim *					
16	Hayatta hiçbir şey sebepsiz olmaz					
17	Hayatta iyilikle kötülüğün bir savaşı var					
18	Her canlımın taşıdığı bir enerji vardır					
19	Her insan hayatının anlamını bulmaya çalışmalıdır					
20	İlâhî bir gücün beni koruduğunu hissederim.					

21	Kâinatta, aşkın (ilâhî) bir varlığın olduğuna inanıyorum.					
22	Maneviyat hayatın anlamıyla ilişkilidir.					
23	Maneviyata önem veririm.					
24	Kâinatta her şeyin bir bütünün parçası gibi birbirine bağlı olduğuna inanırım.					
25	Maneviyatım davranışlarım üzerinde etkilidir.					
26	Maneviyatımı güçlendirmek için bazı manevi egzersizler (zikir, meditasyon, dua vb.) yaparım.					
27	Maneviyatla ilgili bir eğitim olduğunu görürsem katılmaya çalışırım.					

ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Ankara'da doğan Halime ALTAŞ; ilkökul ve ortaokul öğrenimini Ankara'da, lise öğrenimini ise Erzurum'da tamamladıktan sonra 2011 yılında Ankara Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümünü kazandı ve 2015 yılı Haziran'ında bu bölümden mezun oldu. Aynı yılın Ağustos ayında ise Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi sosyal çalışmacı kadrosuna atandı. Erzurum'da sağlık alanında farklı hasta ve hasta yakını profilleriyle çalışma fırsatı buldu. Üç sene Palyatif Bakım servisinde görev yaptıktan sonra, 2019 yılının Ağustos ayında İstanbul Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde çalışmaya başladı. Ağırlıklı madde bağımlılığı, tüberküloz ve ruh sağlığı alanında müracaatçı grubuyla çalışmakta olup Aydınnevler Sağlıklı Hayat Merkezi'nde sosyal çalışmacı olarak görev yapmaktadır.