



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet

Yüksek Lisans Tezi

**TERMİNAL DÖNEMDEKİ PALYATİF HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN ÖLÜME HAZIR OLMA DURUMLARI VE BEKLENTİSEL YAS
SÜREÇLERİ**

Fatma BULUT ŞAHİN
0000-0002-1173-2421

Danışman
Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN
0000-0002-6300-4098

Konya – 2025

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca bilgi, görüş ve deneyimiyle her süreçte bana yol gösteren, anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen, her konuda bana yardımcı olan, desteği ve katkılarıyla tezimi tamamlamamı mümkün kılan çok değerli danışmanım Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Değerli vakitlerini ayırarak gönüllü katılım sağlayan, çok zorlu ve duygusal bir konu olsa da samimiyetle deneyimlerini benimle paylaşan terminal dönem hastasına bakım veren aile üyelerine çok teşekkür ederim.

Hayatımdaki en büyük şansım, her zaman ve her anlamda yanımda duran, beni her daim motive eden, bugünlere gelmemde sınırsız emeği olan canım annem Sevim BULUT'a ve babam Nadir BULUT'a bana olan destekleri ve güvenlerinden dolayı yürekten teşekkür ederim.

Son olarak tez sürecinde ve daima bana güvenenen ve destek olan, fedakarlık gösteren, varlığıyla bana güç veren hayat arkadaşım, sevgili eşim Orhan'a ve en büyük motivasyon kaynağım, biricik oğlum Utku'ma hayatımda oldukları için teşekkür ederim.

Fatma BULUT ŞAHİN

Aralık 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Palyatif Bakım	5
2.1.1. Palyatif bakım tanımı ve amacı	5
2.1.2. Palyatif bakım ekip üyeleri	10
2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım	11
2.1.4. Palyatif bakım ve aile üyeleri	17
2.1.5. Palyatif bakım ve sosyal hizmet	18
2.2. Yas	21
2.2.1. Yas modelleri.....	23
2.2.2. Yas çeşitleri	30
2.2.3. Yası belirleyen faktörler.....	33
2.2.4. Beklentisel yas	34
2.2.5. Beklenen ölüme hazır olma durumu	43
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1. Araştırmanın Yöntemi	45
3.2. Araştırmanın Katılımcıları	45
3.3. Nitel Veri Toplama Aracı.....	49
3.4. Veri Oluşturma Süreci	50
3.4.1. Araştırmacının bakış açısı, görüşme süreci, gözlemler ve deneyimler.....	51
3.5. Sınırlılıklar	52
3.6. Verilerin Analizi	52
3.7. Güvenduyulabilirlik	54
3.8. Araştırmanın Etiği	56

4.BULGULAR	57
4.1. Ölüm Beklentisi.....	57
4.1.1. Ölümü kabullenme.....	58
4.1.2. Ölüme hazırlanma.....	64
4.2. Beklentisel Yasın Yansımaları.....	77
4.2.1. Duygusal tepkiler.....	78
4.2.2. Kayıp.....	88
4.2.3. Sosyal bağlam.....	97
4.2.4. Hastanın yanında olma.....	103
4.2.5. Başa çıkma.....	107
4.2.6. Umut.....	116
5. TARTIŞMA	119
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	131
6.1. Sonuç.....	131
6.2. Öneriler.....	132
7. KAYNAKLAR	135
8. EKLER	143
8.1. EK 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	143
8.1.EK 2 Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Görüşme Formu.....	144
8.1.EK 3 Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	146
8.1. EK 4 Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin formu.....	147

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **FATMA BULUT ŞAHİN**'in "**Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Ölümüne Hazır Olma Durumları ve Beklentsel Yas Süreçleri**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 07.01.2025

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmzası
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Serap DAŞBAŞ Selçuk Üniversitesi	İmzası
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Kübra KÜÇÜKŞEN Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 15/01/2025 tarih ve 02/30 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

“Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Ölüme Hazır Olma Durumları ve Beklentisel Yas Süreçleri” başlıklı tez çalışmamın toplam **122** sayfalık kısmına ilişkin, 22.01.2025 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%2** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

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

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

Tarih Yazınız

22.01.2025

İmza

Fatma BULUT ŞAHİN

İmza

Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

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

07.01.2025

İmza

Fatma BULUT ŞAHİN

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

NCPQPC: National Consensus Project for Quality Palliative Care

WHPCA: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

DSM-5: Karmaşık yas Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

ICD-11: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması

IFSW: International Federation of Social Workers

NASW: National Association of Social Workers

ALIGN: Bireysel Hedefleri ve İhtiyaçları Değerlendirme ve Dinleme

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Hospis ve palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri.....	19
Tablo 2.2. Worden'e göre yasa verilen tepkiler.....	31
Tablo 3.1. Katılımcı hakkında bilgiler.....	46
Tablo 3.2. Hasta hakkında bilgiler.....	48
Tablo 3.3. Tema, kategoriler, kodlara ve alıntılara ilişkin örnek.....	53
Tablo 3.4. Birinci tema: Ölüm beklentisi.....	54
Tablo 3.5. İkinci tema: Beklentisel yasın yansımaları.....	54



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Araştırmanın temaları.....	57
Şekil 4.2. “Ölüm beklentisi” temasının kategorileri.....	57
Şekil 4.3. Ölümü kabullenme kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	58
Şekil 4.4. Ölüme hazırlanma kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	65
Şekil 4.5. “Beklentisel yasın yansımaları” temasının kategorileri.....	78
Şekil 4.6. Duygusal tepkiler kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	79
Şekil 4.7. Kayıp kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	89
Şekil 4.8. Sosyal bağlam kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	97
Şekil 4.9. Hastanın yanında olma kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	103
Şekil 4.10. Başa çıkma kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	107
Şekil 4.11. Umut kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.....	116

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet
Yüksek Lisans Tezi

TERMİNAL DÖNEMDEKİ PALYATİF HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN ÖLÜME HAZIR OLMA DURUMLARI VE BEKLENTİSEL YAS SÜREÇLERİ

Fatma BULUT ŞAHİN

Konya-2025

Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım servisinde kalmakta olan terminal dönem hastasına bakım veren aile üyelerinin sevdiği bir kişinin ölümüne hazırlıklı olma durumlarını ve beklentisel yas sürecindeki deneyimlerini belirlemektir. Araştırmada nitel araştırma yöntemi ve fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Araştırmanın katılımcıları verilerin toplandığı süre olan Şubat 2024- Eylül 2024 tarihleri arasında Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde hizmet almış terminal dönemde olan bir hastasına bakım veren 12 birinci derece aile üyesinden oluşmaktadır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmış ve görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış ve deşifre edilmiştir. Araştırma sonucunda oluşturulan verilerin tematik analizi MAXQDA 20 programı kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmanın amaçları doğrultusunda 2 ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar: "Ölüm Beklentisi" ve "Beklentisel Yasın Yansımaları"dır. Araştırma sonucunda, aile üyelerinin hastalarının ölümünü kabullenmesinde birçok etkenin rol oynadığı belirlenmiştir. Sevdikleri kişinin ölümüne bilişsel ve davranışsal olarak hazırlanmalarına rağmen duygusal anlamda tamamen hazır olmadıkları görülmüştür. Sağlık çalışanlarının etkili ve samimi bilgilendirmesinin aile üyelerini ölüme hazırlamada birincil etken olduğu anlaşılmıştır. Aile üyeleri, sevdiklerinin yaklaşan kaybına çeşitli duygusal tepkiler vermekte ve hastalarının son günlerinde yanında bulunmayı ve sorumluluklarını yerine getirmeyi önemli görmektedir. Bu sürecin zorluklarıyla başa çıkmada en sık kullanılan yöntemlerin maneviyat ve sosyal destek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda aile üyelerinin hastalarını kaybetmenin getirdiği psikososyal zorluklarla başa çıkmaları ve ölüme hazırlanmasında doktor, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının uyumlu bir şekilde ailelere rehberlik etmesi ve ihtiyaçlarına yönelik iletişim kurması hayati bir rol oynamaktadır. Ayrıca aile üyelerinin kabullenme ve başa çıkma süreçlerinde maneviyatı yoğun şekilde kullanmaları dikkate alındığında manevi destek uzmanının da ekibe dahil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beklentisel yas, ölüm, ölüme hazırlık, palyatif bakım, terminal dönem.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Social Work
Social Work
Master Thesis

DEATH READINESS AND ANTICIPATORY GRIEF PROCESSES OF FAMILY MEMBERS CAREGIVING FOR PALLIATIVE PATIENTS IN TERMINAL PERIOD

Fatma BULUT ŞAHİN

Konya-2025

The purpose of this study is to determine the preparedness of family members providing care to terminally ill patients staying in the palliative care unit for the death of their loved ones and to identify their experiences during the anticipatory grief process. A qualitative research design was used in the study. The participants of the study consisted of 12 first-degree family members who provided care to a terminally ill patient receiving services at the Palliative Care Unit of Konya Health Sciences University Beyhekim Training and Research Hospital during the data collection period, which took place between February 2024 and September 2024. The qualitative research method and a phenomenological approach were employed in the study. Data were collected using a semi-structured interview form, and the interviews were conducted face-to-face. The interviews with the participants were recorded using an audio recording device and transcribed. The thematic analysis of the data generated in the study was performed using the MAXQDA 20 software. As a result of the analysis, two main themes emerged in line with the objectives of the study: "Expectation of Death" and "Reflections of Anticipatory Grief." The findings revealed that multiple factors played a role in family members' acceptance of their patients' death. Although they prepared themselves cognitively and behaviorally for the death of their loved ones, they were not entirely ready emotionally. It was understood that effective and sincere communication by healthcare professionals was a primary factor in preparing family members for death. Family members exhibited various emotional reactions to the impending loss of their loved ones and considered it important to be with their patients during their final days and fulfill their responsibilities. The most commonly used methods for coping with the challenges of this process were found to be spirituality and social support. Based on the findings of the study, it is concluded that doctors, nurses, psychologists, and social workers play a vital role in guiding families and establishing effective communication to help family members cope with the psychosocial challenges of losing their loved ones and preparing for death. Additionally, considering that family members frequently use spirituality in their acceptance and coping processes, it is recommended to include a spiritual care specialist in the team.

Keywords: Anticipatory grief, death, palliative care, preparation for death, terminal stage.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamı tehdit eden bir hastalık, hasta ve ailesi için fiziksel, ruhsal, psikososyal ve ekonomik boyutlarda çeşitli sorunlara yol açmakta olup ölümlerle sonuçlanma riski taşımaktadır. Bu süreçte ölmekte olan kişilerin yakınları ölümün kaçınılmazlığı ve yakın zamanda gerçekleşecek olan kaybın ağır yüküyle yüzleşmektedir. Palyatif bakım ise bu süreçte devreye girmekte ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hasta ve ailelerinin başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisini gerçekleştirerek acının önlenmesi ve giderilmesi yoluyla yaşam kalitesini arttırmaktadır (World Health Organization [WHO], 2002).

Beklentisel yas süreci hastanın ölümcül bir hastalık tanısı almasıyla ya da doktorların artık hiçbir tıbbi müdahalenin hastayı iyileştiremeyeceğini öngörmesiyle başlamaktadır (Clukey, 2007). Bireyler sevdiklerinin potansiyel ölümleri karşısında henüz ölüm gerçekleşmeden yas tutmakta ve ölüm sonrası yastakine benzer tepkiler gösterebilmektedir (Lindemann, 1944). Beklentisel yas süreci olarak adlandırılan bu dönemde yoğun duygusal stres, yalnızlık, hastaya fazla yoğunlaşma sebebiyle sosyal geri çekilme, günlük işlere ilgisizlik, dikkat dağınıklığı, çalışma kapasitesinde düşüş gibi belirtiler görülebilmektedir (Johansson ve Grimby, 2011). Ölümü kabullenme ve ölüme hazır olma durumunun kayıptan önceki süreç açısından daha olumlu yas sonuçları ile ilişkili olduğu ve ölüme karşı düşük algılanan hazırlığın, kayıp sonrası kötü uyum için bir risk faktörü olabileceği ve ayrıca uzun süreli yas, depresif belirtiler, anksiyete ve kronik ağrı gibi sorunlarla ilişkilendirilebileceği belirtilmektedir (Tremblay, 2021; Nielsen ve ark., 2017; Hauksdóttir ve ark., 2010a). Ayrıca ölümün yakın zamanda gerçekleşeceğinin kabul edilmesi ve ölüme hazır olma durumu yaşam sonu gereksiz tedavilerin gerçekleştirilmesini engelleyerek hem hastaların gereksiz acı çekmesini önleyebilir hem de tedavi masrafları düşünüldüğünde ekonomik açıdan faydalı olabilir (Wen ve ark., 2021). Palyatif bakım servislerinin, yaşamlarının son günlerini geçirmekte olan hasta ve ailelerine yönelik hizmet sunduğu gerçeğinden yola çıkarak palyatif bakım ortamı, bakım veren aile üyelerinin ölüme hazırlık durumlarının öğrenilmesi, beklentisel yas sürecinin doğasının öğrenilmesi ve bu deneyimin aile üzerindeki etkilerini anlamak için idealdir.

Beklentisel yas dönemi hem yakın zamanda gerçekleşecek bir kayıp olması hem de uzun ve ağır geçen bir hastalık sebebiyle bakım vermenin zorluklarının yaşanması açısından oldukça karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Beklentisel yas sürecinde hem hasta hem de aile yaşanılacak kayıptan ve süreçten olumsuz etkilenmektedir. Ev ve hastane arasında geçen uzun

sürekli bir hastalık sürecinden sonra terminal dönem haberini almak ve palyatif bakım ya da hospis gibi bir kuruluşa yatışın gerçekleşmesi hasta ve aile üyeleri için hayal kırıklığı gibi çeşitli duygulara yol açabilmektedir. Hasta ve aile üyeleri psikolojik, ruhsal, fiziksel, ekonomik, manevi vb. birçok açıdan problemle karşı karşıya kalmakta ve bu süreçte bunları anlamlandırmakta ve başa çıkmakta zorlanmaktadır (Rando, 1988b). Palyatif bakım servisine yatışı yapılan terminal dönem hastaları açısından servislerdeki multidisipliner ekiplerin varlığı hastalar ve aile üyeleri açısından oldukça rahatlatıcı olmaktadır. Çeşitli disiplinlerden çalışanların olduğu ekip üyesinde sosyal hizmet uzmanının varlığı beklentisel yas döneminin çok boyutlu yapısı gereği oldukça önemlidir. Sosyal hizmet mesleğinin, mikro, mezo ve makro düzeydeki problemlerle ilgilenen, iç içe geçmiş sistemlerle bağ kuran ve sorun çözen yapısı gereği bu süreçte önemli katkılar sağladığı bilinmektedir. Sosyal hizmet uzmanı palyatif bakım servisindeki terminal hastalarla ve aile üyeleriyle başlangıçta psikososyal bir değerlendirme yaparak hem onların ihtiyaçlarını anlamakta hem de onlarla uzun süren bir mesleki ilişkiyi temellendirmektedir. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının aracılık rolü sayesinde multidisipliner ekip ile hasta arasında köprü kurularak etkili bakım süreçlerinde iletişimin sağlanmasında sosyal hizmet uzmanları aktif bir rol üstlenmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hasta için ölüm korkuları, varoluşsal acının diğer kaynakları veya fiziksel semptomların duygusal deneyimlerini yönetmeyi amaçlayan danışmanlık sağlamak ve aile görüşmeleri sayesinde aile ve hasta arasında arabuluculuk yaparak yaşam sonu ve ölüm sonrası için kilit bir rol üstlenmekte ve çözülmemiş işlerin tamamlanmasında önemli katkılar sunmaktadır. Aile üyeleriyle ise hem ölümden önce hem de ölümden sonra yas sürecinin yönetilmesinde psikososyal destek sağlayarak sürecin daha sağlıklı bir şekilde ilerlemesine katkıda bulunmaktadır (Brackenridge, 2019). Bu açıdan bakıldığında beklentisel yas deneyiminin keşfedilemesi başta sosyal hizmet uzmanlarına daha sonra diğer ekip üyelerine yol göstermesi açısından faydalı olacaktır.

Beklentisel yas deneyiminin nasıl olduğunu ve kişilerin bu deneyim sırasında neyi yararlı bulduğunu anlamak, kayba en iyi nasıl uyum sağlanacağını ve yakınının ölümü ardından bireylerde görülebilecek depresyon, anksiyete gibi hastalıkları önleyecek müdahalelerin neler olduğunu belirlemek açısından önemli görülmektedir (Clukey, 2007). Nitekim bununla ilgili yapılan bir çalışmada yakını kaybetmek üzere olan iki bakım verenle düzenli olarak görüşme ve anlatı yaklaşımını kullanma müdahalesinin bakım veren aile üyelerinin kendi duygularını tanıma, hastayla ilişkisinde yeni bir boyuta geçme, bakım veren rolünde sıkışıp kalma hissinden kurtarmada etkili olduğu ve ölümün ardından kaybı daha iyi kabul etmelerine ve yas tutmaya başlamalarına yardımcı olduğu belirlenmiştir (Toyama ve Honda, 2016).

Beklentisel yas ile ilgili literatürün çoğu beklentisel yas deneyiminin ölüm sonrası yas üzerindeki etkisine odaklanmaktadır (Costello ve Hargreaves, 1998). Halbuki beklentisel yas sürecinin iç dinamiklerini anlamak, bakım verenlerin sevdiklerinin ölümüne hazırlanırken yaşadıkları zorlukları ve bu süreçle başa çıkmak için kullandıkları yöntemleri öğrenmek, müdahale stratejilerinin belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Müdahalenin ardından bakım verenlerin psikososyal sorunlarının çözülmesi ve son zamanlarında sevdiklerine odaklanma şansının yaratılması mümkün olabilir. Böylesi bir durum yalnızca bireysel değil, toplumsal iyilik haline de katkı sunmaktadır. Yapılan literatür taramasında özellikle ülkemiz açısından bakıldığında araştırmaların çoğunun ölüm sonrasındaki yasa odaklandığı ve terminal dönem hastasına bakım vermekte olan aile üyelerinin beklentisel yas sürecindeki deneyimlerini anlamaya yönelik çalışmanın sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Ünal, 2019). Bazı çalışmalar ise kronik, fiziksel ve bilişsel hastalığı olan bireylerin bakım verenlerindeki yas süreçlerini ve etkileyen faktörleri anlamayı amaçlayarak nicel araştırma yöntemiyle yapılmıştır (Türk, 2023; Önal 2022; Atintaş, 2022). Mevcut çalışma palyatif bakım servisinde kalmakta olan terminal dönem hastasına bakım veren aile üyelerinin beklentisel yas deneyimlerini ve ölüme hazır olma durumlarını görüşmeler aracılığıyla nitel araştırma yoluyla tespit edip Türkiye'deki literatür boşluğunu dolduracaktır.

Yukarıda verilen bilgilerden hareketle bu araştırmanın amacı, palyatif bakım servisinde kalmakta olan terminal dönem hastasına bakım veren aile üyelerinin sevdiği bir kişinin ölümüne hazırlıklı olma durumlarını ve beklentisel yas sürecindeki deneyimlerini keşfetmektir. Bu araştırmanın alt amaçlarını ise şunlar oluşturmaktadır:

1. Bakım veren aile üyeleri sevdiklerinin ölümüne hazırlıklı mıdır?
2. Bakım veren aile üyeleri sevdiklerinin ölümüne nasıl hazırlanmaktadır?
3. Bakım veren aile üyeleri beklentisel yas sürecinde neler yapmakta, düşünmekte ve hissetmektedir?
4. Bakım veren aile üyeleri sevdiklerinin yaklaşan ölümüyle nasıl başa çıkmaktadır?
5. Beklentisel yas sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran etkenler nelerdir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif bakım tanımı ve amacı

Palyatif kelimesi Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük'e göre "geçici, geçiştirici" olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü'ne göre ise "Hastalık belirtilerini hafifletme amacıyla uygulanan ilaç ve yöntemler, rahatlatıcı, azaltıcı" anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, t.y.).

Palyatif bakım, 1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Hastalığı iyileştirici tedaviye yanıt vermeyen hastaların aktif toplam bakımı" şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1990). Bu ifadeden anlaşıldığı üzere DSÖ başlangıçta, palyatif bakımı yaşamının son günlerinde olan hastalar ve onların bakımı ile ilişkilendirmiştir. 2002 yılında ise DSÖ palyatif bakım tanımını yenilemiş ve kapsamını genişletmiştir. Bu tanıma göre palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hasta ve ailelerinin başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisini gerçekleştirerek acının önlenmesi ve giderilmesi yoluyla yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşımdır (WHO, 2002). Palyatif bakımın tarihsel gelişiminde daha çok kanser hastalarına ve yaşamın sonundaki acıların hafifletilmesine odaklanılmıştır (Radbruch ve ark., 2020). Oysa güncellenmiş yeni tanım incelendiğinde palyatif bakımın sadece kanser hastalarına ya da terminal dönemde olan hastalara değil ayrıca kronik ve sonuçta ölümcül bir hastalık sürecinde olan tüm hastalara mümkün olan en erken dönemde ve hastanın hastalığı süresince uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu anlayış değişikliğinin temelinde yaşamın sonundaki sorunların kökeninin hastalığın başlangıcından kaynaklandığı ve başlangıçta tedavi edilmeyen semptomların yaşamın son günlerinde yönetilmesinin daha da zorlaştığı görüşü yatmaktadır. Ayrıca yenilenen palyatif bakım anlayışına göre palyatif bakıma yaklaşım geliştirilmiş ve ağrının hafifletilmesi hala önemli bir bileşen olsa da bir halk sağlığı yaklaşımı olarak palyatif bakımın acıyı önlemesi ve hastanın fiziksel, duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarının tümünün bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Buna ek olarak hastanın ailesi ve bakım verenleri de palyatif bakımın bir parçası olarak kabul edilerek uygulama kapsamı genişletilmiştir (Sepúlveda ve ark., 2002, Foley, 2005).

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden veya zayıflatıcı hastalık tanısı almış günlük işlevleri yerine getirmekte zorlanan ve yaşam beklentisi azalan her yaşta ve her çeşit tanıya sahip hastaya uygulanabilecek bir bakım felsefesi ve oldukça organize ve yapılandırılmış kapsamlı

bir sistemdir. İdeal olarak hastalık tanısı konulduğu an itibariyle palyatif bakıma başlanır ve tedavi boyunca ardından ölüm gerçekleşene kadar hatta ailenin yas dönemini kapsayacak şekilde uygulanmaya devam edilir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sıkıntıları anlamak, önlemek veya hafifletmek için disiplinlerarası bir ekip tarafından çok boyutlu bir değerlendirme yapılır. Uzman ekibin etkili iletişim becerilerine sahip olması ve hastaların, ailelerin ve hastanın bakımına katılan herkesle iletişimin sağlanması ve hasta ve ailesinin istekleri ve tercihleri dikkate alınarak bir bakım planı yapılması oldukça önemlidir (National Consensus Project for Quality Palliative Care [NCPQPC], 2004).

Palyatif bakımın temel amacı mümkün olan en iyi yaşam kalitesini elde etmek, desteklemek, korumak ve geliştirmektir (Radbruch ve Payne, 2009). Yaşam kalitesi, bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili yaşamdaki konularına ilişkin algıdır. Kişilerin fiziksel sağlıkları, psikolojik ve duygusal durumları, bağımsızlık düzeyleri, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresel unsurlar çerçevesinde iyi olma halleri yaşam kalitesi düzeyini belirler (WHO, 1998). Palyatif bakımda hastalığın sebep olduğu belirtilerin önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik ilaç ve psikolojik müdahale gibi diğer yöntemlerin kullanılması hastanın son ana kadar aktif ve kaliteli bir yaşama sahip olmasını sağlamaktadır. Hastanın semptomları kontrol altına alındığında iyileştirici tedaviye yanıt verme ihtimali yükselmekte ve çevresiyle uyumu artmaktadır (Kabalak ve ark., 2013). Ayrıca palyatif bakımda beslenme desteği, fizyoterapi, psikolojik ve sosyal destek verilmekte, hasta ve ailesinin bakım ve diğer konularda eğitimi, hastanın ve ailesinin konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve yakın çevresinin acı çekme süresini iyi bir şekilde yönetmek amaçlanmakta ve hastanın ve ailesinin işlevsellik durumunun artırılmasına odaklanılmaktadır. Tüm bunların gerçekleştirilmesinde multidisipliner bir ekibin varlığı şarttır (Özçelik ve ark., 2010; Kabalak ve ark., 2013).

Palyatif bakım bir insan hakları meselesi (Gwyther ve ark., 2009) ve olası müdahalelerin geniş ölçekli ve nüfusa dayalı doğası nedeniyle bir halk sağlığı sorunudur (Singer ve Bowman, 2002). Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme’de sözleşmeyi imzalayan devletlerin tüm vatandaşlarına mümkün olan en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardından yararlanma hakkını sağlayacağını kabul ettiğinden bahsedilmektedir. Bu sözleşmeyi denetleyen komitenin yayınladığı yorumda ise kronik ve ölümcül hastalara yönelik ilgi ve bakım, onların önlenebilir acılardan korunması ve onurlu bir şekilde ölmelerinin sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Buradan

anlaşılmaktadır ki palyatif bakım hizmeti sağlık hakkı temelinde yerine getirilmelidir. Palyatif bakımın temel bir insan hakkı olduğundan yola çıkarak devletlerin palyatif bakımı sağlık sistemlerine entegre etmesi son derece gereklidir (Gwyther ve ark., 2009).

Ulusal Konsensüs Projesi tarafından yayımlanan Kaliteli Palyatif Bakım için Klinisyen Uygulama Kılavuzu'nda palyatif bakım, hasta ve ailenin ihtiyaçlarına, bakım ortamına ve hastalığın gidişatına dayalı bir bakım sürekliliği olarak tanımlanmıştır. Bu demektir ki palyatif bakım hasta ve ailesine uygulanan kişiye özel bir bakım türüdür. Hastalıkların seyrinde değişiklik oldukça bakım hedefleri değişebilir ve ağrı ve semptom yönetimi gereksinimleri farklılık gösterebilir (Foley, 2005). Bu durumda hasta ve aile merkeze alınarak bir bakım uygulanmalıdır. Uygulanacak olan tedavi hasta ve ailesinin kültür, dil, din, inanç, etnik farklılık, yaş, eğitim düzeyi ve beklentilerine uygun bir şekilde planlanmalı ve bakım sürekli olup adil erişim sağlanmalıdır (Kabalak ve ark., 2013). Doktor muayenehaneleri, hastaneler, bakımevleri, acil servis, evde bakım, palyatif bakım servisi gibi birçok yerde bakım alan hasta ve ailelerinin bu çeşitlilikteki bakım ortamları arasındaki iletişimin düzgün olması ve kesintiye uğramaması ve hastalığın seyrine göre bakım planlaması bakımın sürekliliğini ifade eder. Yaşanacak olan herhangi bir aksaklıkta hasta ve ailesinin gereksiz yere acı çekmesi, psikososyal olarak olumsuz etkilenmesi olası olduğundan hassiyetle hareket edilmelidir (NCPQPC, 2004).

Palyatif bakıma ilişkin uluslararası yaklaşımlar arasındaki farklılıklara rağmen, literatürde tanımlanan bir dizi ortak değer ve ilke bulunmaktadır. Avrupa'daki palyatif bakım uzmanları arasında hasta özerkliği ve onurunun değeri, bireysel planlama ve karar alma gerekliliği ve bütünsel yaklaşım gibi belirli değerler ve ilkeler kabul edilmektedir (Radbruch ve Payne, 2009):

- **Özerklik:** Palyatif bakımda her bireyin eşsiz ve biricik olduğu anlayışı vardır ve bu nedenle yalnızca birey ve/veya ailesi istediğinde bakım sağlanır. Hastalar, bakım yerini, tedavi seçeneklerini ve palyatif bakıma erişimi belirleme hakkına sahiptir.
- **Onur:** Palyatif bakımın saygılı, açık ve duyarlı bir şekilde, kişisel, kültürel ve dini değerlere, inanç ve uygulamalara ve her ülkenin hukukuna duyarlı olarak yapılması gerekmektedir. Her hastanın yaşam kalitesi için onurunun korunması önemlidir.
- **Hasta-sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki:** Palyatif bakım personeli, hastalar ve aileleriyle işbirliğine dayalı bir ilişki sürdürmelidir.

- **Yaşam kalitesi:** Palyatif bakım temel amacı yaşam kalitesini arttırmaktır. Bakım, her bireyin algıladığı yaşam kalitesine göre yönlendirilir.
- **Yaşama ve ölüme karşı duruş:** Palyatif bakım, yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder. Hedefi ne ölümü hızlandırmak ne de ertelemektir. Ölüm, yaşamın bir parçası olarak kabul edilir.
- **İletişim:** İyi iletişim becerileri, kaliteli palyatif bakım için temel önkoşuldur. İletişim, hastalarla sağlık profesyonelleri ve sağlık profesyonellerinin kendi arasındaki etkileşimi kapsar ve samimiyet ve dürüstlük gerektirir.
- **Kamu Eğitimi:** Toplumsal kapasitenin geliştirilmesi ve gelecek nesillere palyatif bakım hakkında bilgi verilmesi önemlidir.
- **Multidisipliner Yaklaşım:** Palyatif bakım, farklı sağlık disiplinlerinden üyelerin bir araya gelerek iş birliği içinde çalışmasıyla sağlanır.
- **Keder ve Yas:** Palyatif bakım, hastaların ve ailelerinin hastalık süreci boyunca ve hastanın ölümünden sonra yas süreçlerinde destek sağlar. Yas hizmetleri, bakımın temel bir parçası olarak kabul edilir ve sürekli olarak sunulur.

2004 yılında hospis ve palyatif bakım kuruluşlarının temsilcileri bir araya gelerek yüksek ölüm riski taşıyan ciddi bir hastalığa sahip hastaların palyatif bakıma erişebilmeleri için Kaliteli Palyatif Bakım için Klinik Uygulama Kılavuzu'nu geliştirmiştir. Bu kılavuzların amacı tutarlı ve yüksek kalitede bakımı teşvik eden ve yeni ve mevcut palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ve yapısına rehberlik etmektir. Güncellenmiş son kılavuzda palyatif bakım uygulamasında sekiz ana çerçeve belirlenmiştir (Ferrell ve ark., 2018; NCPQPC, 2018)

1. **Bakımın Yapısı ve Süreçleri:** Multidisipliner bir ekibin hasta ve ailesi ile işbirliği içinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçları anlamak ve gidermek amacıyla kapsamlı bir değerlendirme ve bakım planı yapmasını ve bu planın her türlü palyatif bakım ortamında uygulanmasını içermektedir. Ayrıca bu başlık altında palyatif bakım ekip üyelerinin eğitimi, ihtiyaç duyabilecekleri duygusal destek sistemleri, kanıta dayalı uygulama ile palyatif bakım kalitesinin iyileştirilmesi, büyüme ve sürdürülebilirlik kaynaklarından da bahsedilmiştir.
2. **Bakımın Fiziksel Yönleri:** Palyatif bakım, ciddi hastalıkla ilişkili fiziksel semptomların ve işlevsel bozuklukların güvenli ve zamanında azaltılması yoluyla hasta ve ailesi tarafından tanınmalanan acının hafifletilmesine odaklanır. Semptomların

yönetimi farmakolojik, farmakolojik olmayan, girişimsel, davranışsal ve tamamlayıcı tedavileri kapsar.

3. **Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönleri:** Palyatif bakım ekibinde ölüm riski yüksek hastalıklara beklenen tepkileri veren hastalar ve ailelerin ruhsal durumlarını değerlendirmek, duygusal sıkıntı ve sorunlarını ele almak, duygusal destek sağlamak, başa çıkma becerilerini arttırmak üzere sosyal hizmet uzmanı görev alır. Psikolojik veya psikiyatrik hizmetler doğrudan, danışılarak veya yönlendirme yoluyla gerçekleştirilir.
4. **Bakımın Sosyal Yönleri:** Hasta ve ailesinin işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen sosyal ve çevresel faktörleri değerlendirmek, onların ihtiyaçlarını ve güçlü yönlerini belirlemek, sosyal destek ve kaynaklarını harekete geçirmek palyatif bakıma dahildir. Bunları gerçekleştirmek, gerektiği zamanlarda kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yapmak üzere palyatif bakım ekibinde profesyonel ve alanında uzman bir sosyal hizmet uzmanının varlığı şarttır.
5. **Bakımın Manevi, Dini ve Varoluşsal Yönleri:** Bu alan hasta ve aile merkezli palyatif bakımın temel bir yönü olarak kabul edilmektedir. Maneviyat bireylerin kendisi, ailesi, toplumu ve kutsal olan ile arasındaki ilişkiyi ifade eden, kişilerin anlam ve amaç aradığı insanlığın dinamik ve içsel bir yönüdür. Maneviyat inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalarla kişilerde karşılık bulur. Palyatif bakım ekibi tam bir manevi tarama ve değerlendirme ile hasta ve ailesinin manevi sıkıntı veya kaynaklarını tespit ederek ihtiyaçlarını karşılar. Hasta ve ailesinin tüm bunları konuşmayı reddediği durumlarda saygılı davranılır.
6. **Bakımın Kültürel Yönleri:** Palyatif bakım ekibi ırk, etnik köken, cinsiyet kimliği ve cinsiyet ifadesi, cinsel yönelim, göçmenlik ve mülteci statüsü, sosyal sınıf, din, maneviyat, fiziksel görünüm ve yetenekler konusunda herhangi bir ayrımcılık yapmadan bakım sunar. Hasta ve ailesinin değerleri, inançları, gelenekleri kapsamlı bir şekilde değerlendirilerek kültürel açıdan hassas bir bakım planı uygulanır. Palyatif bakım ekibinin her üyesi kendi önyargıları hakkındaki farkındalığı artırmak için çalışır.
7. **Yaşamının Sonuna Yaklaşan Hastanın Bakımı:** Bu alan hastanın ölümünden hemen önceki ve hemen sonraki günlere özellikle vurgu yaparak hastaya ve ailesine yaşamının sonuna doğru sağlanan bakımı içerir. Aileyle yapılan görüşmelerde ağrı ve diğer fiziksel semptomların yanı sıra bakımın sosyal, manevi, psikolojik ve kültürel yönlerinin de titiz ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, hastanın isteklerinin yerine getirilmesi ve ailenin yaşamın sonuyla ilgili korku ve endişelerinin dikkate alınması önemlidir. Hastalarla ve aileleriyle yaşamın sonu yaklaştığında dürüst ve ilgili bir etkileşimin

olması gereklidir. Hastanın terminal döneminde hasta ve ailesini ölüme sürecine hazırlamak ve destek olmak, hasta ve ailesiyle keder ve yas hakkında iletişim kurmak palyatif bakım ekibinin görevleri arasındadır. Ölüm sonrasında hastaların ihtiyaçlarına göre özel yas danışmanlığı, manevi destek veya akran desteği de dahil olmak üzere kaynaklar harekete geçirilmelidir. Hastanın ölümünden önce hazırlanan yas bakım planı, hastanın ölümünden sonra devreye girer ve acil ve uzun vadeli ihtiyaçlara hitap eder.

8. **Bakımın Etik ve Yasal Yönleri:** Özerklik, kendi kaderini tayin, hasta yerine karar veren kişinin varlığı, yararlılık, adalet ve zarar vermeme gibi temel etik ilkeler palyatif bakımın temelini oluşturur. Palyatif bakımın sağlanması yerel düzenlemeler ve yasaların yanı sıra mevcut kabul edilen bakım ve mesleki uygulama standartlarına uygun olarak gerçekleştirilir.

2.1.2. Palyatif bakım ekip üyeleri

Palyatif bakım disiplini, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hastaların yakınları da dahil olmak üzere kişilerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ve manevi sıkıntılarını odaklanarak bunları çözmek ve ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Palyatif bakımın organize edildiği alanların yelpazesinin bu kadar geniş olması bu tür hastaların bakımında çeşitli uzmanlıklara sahip profesyonellerden oluşan bir ekibin yer alması gerektiği gerçeğini açıkça ortaya koymaktadır (Fernando ve Hughes, 2019).

Palyatif bakım ekipleri tıp, hemşirelik ve sosyal hizmet alanından çekirdek bir kadronun haricinde ihtiyaç duyulan hizmetlere bağlı olarak çeşitli profesyonelleri içerecek şekilde genişletilebilir. Eczacılar, psikologlar, diyetisyenler, fizyoterapistler, din insanları, yas danışmanları, eğitilmiş gönüllüler, meşguliyet terapistleri, oyun ve sanat terapistleri, vaka yöneticileri gereksinim halinde palyatif bakım ekibine dahil edilebilir (NCPQPC, 2004).

Ülkemizde ise palyatif bakım hizmetleri, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'ye göre yürütülmektedir. Buna göre palyatif bakım merkezindeki hizmetlerin sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda ve doktor, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel ile birlikte yürütüldüğü kabul edilmiştir. Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğunun olmamakla birlikte ihtiyaç duyulan hallerde hastane içinden veya dışından karşılanacağı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Multidisipliner palyatif ekibinin hizmet verilecek hasta popülasyonunun bakımı konusunda beceri sahibi olması gerekir. Ekibin belirli özelliklerinin, bakımın kalitesi, genel ekip performansı ve özellikle kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda kıt kaynakların kullanımı konusunda yararlı etkileri olmaktadır (Fernando ve Hughes, 2019). Palyatif bakım ekibinin başarılı işleyişi genellikle işbirlikçi uygulamalar, karşılıklı destek, ortak karar alma, hesap verilebilirlik, güven, saygı, öz farkındalık, olumlu çalışma ortamı, işlerin iyi yapılması, kaydedilmesi ve iş tatmini ile karakterizedir (Meier ve Beresford, 2008).

2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım

19. yüzyılda bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasıyla ölüm genellikle daha uzun süreli ve kronik hastalıkların sonucunda gerçekleşmeye başlamıştır. O dönemde dini motivasyona sahip hayırseverlerin çalışmasıyla ölmekte olan insanların bakımıyla ilgilenen özel kurumlar ortaya çıkmıştır ancak bu gibi yerler genellikle bilimsel tıbbın dışında kalan uygulamaları kullanmıştır. 20. yüzyıla gelindiğinde ölmekte olan kişilerin bakımıyla ilgili görüş değişikliği yaşanmaya başlamıştır. Bireyin özerkliği ve yaşamın anlamına odaklanılan yeni bir ölüm anlayışı ortaya çıkmıştır. Ayrıca zihinsel ve fiziksel sıkıntıların birbiriyle olan ilişkisine vurgu yapan bir anlayış geliştirilmiştir. 1967 yılında ise hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve doktor olan Cicely Saunders Londra’da St. Christopher's Hospis adında ilk modern hospisi açmıştır. Burası klinik bakım sağlama, eğitimi teşvik etme ve araştırma yapma ilkelerini birleştirerek alanında diğer hospis bakım merkezlerine ilham kaynağı olmuştur (Graham ve Clark, 2008).

Palyatif bakım, hospislerden köken alarak gelişmiştir. Hospis kelimesinin olumsuz çağrışımlara sebep olması sebebiyle palyatif bakım terimi ilk olarak 1974 yılında Kanada'daki Royal Victoria Hastanesi'nde Dr. Balfour Mount tarafından kullanılmıştır. (Gómez-Batiste ve ark., 2019; Loscalzo, 2008). DSÖ de bazı çevirilerde yanlış yorumlanabileceği düşüncesi ile şemsiye terim olarak "hospis bakım" yerine "palyatif bakım" terimini kullanmayı tercih etmiştir (Foley, 2005).

Hospis bakım, palyatif bakımın bir bileşenidir (Foley, 2005). Hospis, yaşamın sonuna yaklaşan ve tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip hastalara sağlanan özel bir palyatif bakım türüdür. Hospis bakımdan faydalanabilmek için hastanın altı ay veya daha az süre yaşam beklentisinin olduğu terminal dönemde olması beklenmektedir. Halbuki palyatif bakım, kişinin hastalığının tespit edildiği anda başlar ve iyileştirici tedavi ile birlikte uygulanabilir (Batchelor, 2010; NCPQPC, 2018).

1990lı yıllarda palyatif bakım alanında birçok ülkede teori, eğitim ve araştırma yaygınlaştırılarak akademik pozisyonlar oluşturulmuştur. Palyatif tıp uzmanlığıyla birlikte hemşirelik eğitimi ve palyatif bakımın diğer ekip üyeleri için eğitimler geliştirilmiştir. (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [WHPCA], 2020). Hastaların terminal dönemde olduğu zaman uygulanan palyatif bakım anlayışının terk edilip yaşamı kısıtlayan tüm hastalıkların en erken dönemde ve iyileştirici tedavi ile birlikte müdahalede bulunduğu palyatif bakım anlayışı yerleştikten sonra palyatif bakımın kapsamı halk sağlığı ve küresel perspektife doğru kökten değişmiştir (Gómez-Batiste ve ark., 2019).

2020 yılında yayımlanan Küresel Palyatif Bakım Atlası'na göre dünyada şuanda yaklaşık 25.000 hospis ve palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Palyatif bakımın dünya çapındaki büyümesi ülke bazında haritalandırılan bir sistemle izlenmektedir. Ülkeler, palyatif bakım hizmetlerinin gelişim düzeyine göre dört bölüme ayrılmaktadır (WHPCA, 2020):

- Grup 1 ülkeleri: Herhangi bir hospis ya da palyatif bakım faaliyetinin bulunmadığı ülkelerdir.
- Grup 2 ülkeleri: Bu kategorideki bir ülkede herhangi bir palyatif bakım hizmeti yürütülmesine de palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına önemli konferanslar veya organizasyonlar, palyatif bakım konusunda harici eğitimler düzenlenmekte ve politikacılar bu konuya vurgu yapmaktadır.
- Grup 3 ülkeleri:
 - 3a) Bu kategori nüfus büyüklüğüne göre sınırlı palyatif bakım hizmetini, bağışçılara bağımlı olan finansman kaynaklarını ve sınırlı ağrı kesici ilacın bulunduğu ülkeleri kapsamaktadır. Türkiye bu kategoride bulunmaktadır.
 - 3b) Bu kategorideki bir ülke çeşitli yerlerde palyatif bakım faaliyetlerinin gelişmesi ve yerel desteğin artmasıyla karakterizedir. Eğitim faaliyetleri de kısıtlı şekilde bulunmaktadır.
- Grup 4 ülkeleri:
 - 4a) Bu kategorideki ülkelerde palyatif bakım hizmetleri genel sağlık hizmeti sunumuna ön entegrasyon aşamasındadır. Çeşitli yerlerde kritik miktarda palyatif bakım faaliyetleri, palyatif bakım konusunda farkındalık, uygulanan ve düzenli olarak değerlendirilen bir palyatif bakım stratejisi, morfin ve diğer bazı güçlü ağrı kesici ilaçların mevcudiyeti, palyatif bakımın politika üzerinde etkisi,

çeşitli kuruluşlar tarafından önemli sayıda eğitim ve öğretim girişimi, ulusal bir palyatif bakım derneğinin varlığı bulunmaktadır.

4b) Bu kategorideki ülkelerde palyatif bakım hizmetleri ana sağlık hizmet sunumuna ileri düzeyde entegre olmuştur. Ülkenin birçok yerinde palyatif bakım hizmeti yürütülmektedir. Sağlık profesyonelleri, yerel topluluklar ve toplum tarafından palyatif bakım konusunda geniş farkındalık, uygulanan ve düzenli olarak güncellenen bir palyatif bakım stratejisi, morfinin ve en güçlü ağrı kesici ilaçların sınırsız bulunabilirliği, palyatif bakım kılavuzları, palyatif bakımın üniversitelerle olan akademik bağlantısı ve önemli bir etki yaratan ulusal bir palyatif bakım derneği mevcuttur.

Palyatif bakım hizmetlerinin Türkiye'deki gelişimi Avrupa ve Amerika'ya göre daha yeni başlamıştır. Ülkemizde hospis bakım veren ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı'nın İstanbul'da 1993 yılında açtığı "Kanser Bakımevi" isimli kuruluşur. Ancak burada yatan hastaların masraflarının sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmaması, bağışların yeterli olması ve hasta yakınlarının hospis mantığını ve kültürünü anlamamış olmaları sebebiyle 1997 yılında kapanmıştır. Ardından ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından Ankara'da tarihi bir ev hospise dönüştürülerek "Hacettepe Umut Evi" adı altında son dönem kanserli hastalara hizmet vermiş ancak bu kuruluş da kısa süre içinde hizmet vermeyi sonlandırmıştır (Akçakaya, 2018; Sur, 2015).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin çok uzun süre gelişmemesinin birçok sebebi vardır. En önemlisi Türk aile yapısının aile büyüklerini özellikle hastayken bu şekilde bir kuruluşa yerleştirmek istememesi ve tüm bakımıyla kendilerinin ilgilenmek istemesidir. Ayrıca bu alanda uzman doktorların sayısının yetersizliği, palyatif bakım uzmanlığının ülkemizde olmaması, palyatif bakımda kullanılan başlıca ilaç olan morfinin yetersizliği, pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin morfin reçete etmesine izin verilmemesi, palyatif bakım farkındalığının toplumumuzda oluşmaması gibi nedenlerle palyatif bakımın ülkemizde başlaması ve ilerlemesi geç ve yavaş olmuştur (Gültekin ve ark., 2010; Özgül ve ark., 2011).

Yukarıda bahsi geçen sebeplerle T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Ulusal Kanser Programı (2009-2015) çerçevesinde Palyatif Bakım Programı yapılmıştır. Bu programın hedefleri sağlık çalışanları ve halk arasında palyatif bakım bilincini geliştirmek, palyatif bakım hizmet birimlerini ülkemizde yaygınlaştırmak, palyatif bakım ihtiyacı duyan tüm hastalarının bu hizmeti almasını sağlamaktır. Bu amaçlar

doğrultusunda Palyatif Bakım Eylem Planı belirlenmiştir. Ülkemizin koşulları ve önceliklerine göre ise üç hedef oluşturulmuştur: (a) En az üç pilot palyatif bakım merkezi kurmak (b) Palyatif bakım alanında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekipler kurmak (c) Opioid bulunabilirliği ve kullanılabilirliğini kolaylaştırmak (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Planlar ve programlar doğrultusunda 2011 yılında Pallia-Türk adında bir proje başlatılmıştır. Bu proje kapsamında yeni bir yasa çıkarılarak Sağlık Bakanlığı'na morfin tabletlerini ithal etme olanağı sağlanmıştır. İlaçların hastalara dağıtımını ise Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) aracılığıyla ücretsiz olarak yapılmaya başlanmıştır. Daha öncesinde sadece birkaç uzmanın yazmaya müsaade edildiği opioid ilaçların aile hekimlerinin de reçete edebilmesine imkan sağlayan yasa yürürlüğe konulmuştur. Ek olarak ise aile hekimleri ağrı yönetimi algoritmaları, morfin kullanımı ve morfine bağlı yan etkilerin yönetimi konusunda eğitime tabi tutulmuştur (Özgül ve ark., 2011).

Pallia-Türk Projesi aile hekimleri ve hemşirelere dayalı toplum temelli bir sistem olup her vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel palyatif bakım hizmetlerine ulaşmasını mümkün kılmayı hedeflemiştir. KETEM'ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen bu sistem ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına oldukça uymaktadır (Gültekin ve ark., 2010). Pallia-Türk Projesi'nin 3 düzeyde organizasyonu vardır (Özgül ve ark., 2011):

1. Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Bu düzey organizasyon aile hekimlerini, evde bakım ekiplerini, KETEM'leri, sivil toplum örgütlerini ve yerel yöneticileri kapsamaktadır. Bu düzeyde tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamak merkezlere yönlendirilmektedir.
2. İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Orta şiddette semptomları olan ve aile hekimleri tarafından yönetilemeyen akut ve kronik palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların bakımının gerçekleştirildiği merkezlerdir. Fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, manevi destek uzmanı ve hastanenin diğer tıp uzmanları gerekli durumlarda müdahalede bulunmaktadır.
3. Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Birincil veya ikincil düzeyde yönetilemeyen karmaşık hastalarla ilgilenen kapsamlı palyatif bakım merkezleridir. Bu merkezler multidisipliner bir ekiple çalışmaktadır. Ekiplerde hekimler (dahiliye, tıbbi onkoloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, anestezi ve pratisyen hekimler), deneyimli onkoloji hemşireleri, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve manevi destek uzmanı yer almaktadır.

Pallia-Türk projesi kapsamında palyatif bakımın ilk adımı ev temelli palyatif bakım modeli olarak T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen “Evde Bakım Hizmeti” olmuştur. Hastane temelli ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi ise yetişkin hastalara yönelik olarak 2012 yılında S.B. Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır (Kabalak ve ark., 2012).

2015 yılında ise “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe konularak palyatif bakım hizmetlerine yasal bir dayanak sağlanmıştır. Bu yönerge ile palyatif bakım merkezlerinin kurulması, işleyişi, fiziki şartları, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standartlar, personelin görev yetki ve sorumlulukları ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). 2023 yılına gelindiğinde ülkemizde 437 palyatif bakım merkezi 6397 toplam yatak sayısı ile hizmet vermeye devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Türkiye’de gerçekleştirilen bir nitel çalışma palyatif bakım profesyonellerinin ve politika yapıcılarının bakış açılarını incelemiş ve 8 ana temada palyatif bakıma dair eksiklikleri ve önerilerini sunmuştur (Ahmed ve ark., 2024). Buna göre;

- Entegre Bakım: Evde bakım, palyatif bakımın temel unsuru olarak görülmekte; ancak iş yükü, eğitim eksikliği ve koordinasyon sorunları hizmeti sınırlamaktadır.
- Sosyal Bakım İhtiyaçlarının Karşılanması: Evde bakım sonrası temel sosyal destek hizmetlerine erişim eksikliği (hijyen, yemek, ulaşım gibi) önemli bir sorun olarak görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanı ve psikolog gibi profesyonellere erişimin sınırlı olması, hastaların hastanede kalış sürelerini uzatmaktadır. Yerel yönetimlerin ve sivil toplum kuruluşlarının sosyal destek yapısında daha fazla rol alması gerektiği vurgulanmaktadır.
- Palyatif Bakım Eğitimi: Palyatif bakım eğitiminin yetersizliği, hizmetlerin gelişimini engellemektedir. Eğitimlerin sürekliliği ve manevi bakımın dahil edilmesi gerekliliği de vurgulanmaktadır.
- Yeniden Canlandırma Emirlerinin Yasallaştırılması: Türkiye’de yeniden canlandırma emirlerinin yasak olması, terminal dönemdeki hastalara gereksiz ve zararlı müdahalelere yol açmaktadır. Katılımcılar, etik, klinik ve yasal çerçeve oluşturulduğunda bu tür emirlerin kötüye kullanılmasının önlenebileceğini ifade etmektedir.

- Toplumları Güçlendirme: Palyatif bakıma yönelik düşük farkındalık, hem hizmet talebini hem de hastaların bu bakımı kabul etme oranını düşürmektedir. Katılımcılar, toplumsal farkındalığın artırılması için kültürel değerlere uygun kampanyalar yapılmasını ve hastaların tedavi sürecinin başında bilgilendirilmesini önermektedir.
- Karar Verme: Hastaların, tedavi süreçlerinde daha fazla söz sahibi olması gerektiği vurgulanmaktadır. Karar alma sürecinin hasta odaklı olduğu, ancak bu sürecin etik, yasal ve klinik açıdan desteklenmesi gerektiği ifade edilmektedir.
- Kültürel Faktörler: Palyatif bakım uygulamalarında uluslararası rehberlerin kullanılması, Türkiye'nin kültürel ve toplumsal gerçekliklerine uygun olmadığı gerekçesiyle eleştirilmektedir. Katılımcılar, Türkiye'ye özgü rehberler oluşturulması için kültürel odaklı araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Din palyatif bakımda önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların dini inançlarının dikkate alınması ve teoloji ve maneviyat konusunda uzman kişilerin ekiplere dahil edilmesi önerilmektedir.
- Süregelen Zorluklar: Sağlık çalışanlarının bakış açıları sebebiyle hasta ve ailelerin direnç göstermesi, sağlık çalışanlarının baskı altında kalması ve sürekli değişen yöneticiler sebebiyle bürokratik istikrarsızlık palyatif bakımın yaygınlaşmasını engellemektedir.

Türkiye'deki palyatif bakım merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkarak psikososyal destek hizmetlerinin etkinliğini ve karşılaşılan zorlukları ele alan başka bir çalışmada ise çalışanların çoğunun palyatif bakımı terminal dönem hasta bakımı olarak tanımladığı, psikososyal desteği ise bireylerin psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi olarak gördükleri belirtilmiştir. Katılımcılar, eğitim eksikliğinin mesleki uygulamalarda karışıklık ve güvensizlik yarattığını ifade etmiş, konsültasyon yoluyla çalışmanın hasta ve yakınlarına dair bilgi eksikliğine yol açtığını vurgulamıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının hizmetleri ihtiyaçlarla ilişkilendirilmedi, psikologların ise psikolojik destek sunmada daha aktif olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların yöntemsel, mesleki ve merkezlerin işleyişine dair çeşitli güçlüklerle karşılaştığı, bu sorunların hizmetlerin etkinliğini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin etkinliğini artırmak için sosyal hizmet uzmanları ve psikologların aktif katılımı, uzmanlaşma ve sürekli eğitim olanaklarının geliştirilmesi, multidisipliner ekip yaklaşımının güçlendirilmesi, uygun çalışma ortamlarının sağlanması, görev tanımlarının netleştirilmesi, bilgilendirme ve iş birliği

faaliyetlerinin artırılması, hasta ve ailelere yönelik hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve bu alandaki bilimsel araştırmaların teşvik edilmesi önerilmektedir (Kangalgil Balta, 2021).

2.1.4. Palyatif bakım ve aile üyeleri

Modern palyatif bakımı başlatan Cicely Saunders toplam ağrı kavramını da ortaya çıkarmıştır. Hastaların ve ailelerinin çok boyutlu ihtiyaçlarını belirlemek için kavramsal bir çerçeve oluşturan Cicely Saunders, “toplam ağrı” kavramını, hastanın ve ailesinin fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ve hayatlarında var olan mücadelelerinin tümünü kapsayan acı olarak tanımlamıştır. Bu çok katmanlı gereksinimlere yanıt vermek amacıyla ise ana unsurları semptom kontrolü, duygusal destek ve iletişim olan yeni bir bakım modeli önermiştir. Bu bakım modelinde hasta ve ailesi bakımın merkezindedir ve bakımın temel amacı yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu yaklaşımı gerçekleştirmek için tüm disiplinlerden gelen katkılarla multidisipliner palyatif bakım uygulaması geliştirilmiştir (Gómez-Batiste ve ark., 2017). Toplam ağrı kavramından yola çıkarak hasta ve ailesinin ayrılmaz parçalar olarak palyatif bakım uygulamasının gerçekleştirilmesi ve hasta ve ailesinin tüm sorun ve ihtiyaçlarının bir bütün olarak değerlendirilmesi önemlidir.

Palyatif bakım hastalarına bakım veren kişiler genellikle aile üyeleri olmaktadır ve hasta bakımıyla beraber bu kişilerin hayatlarında birçok değişiklik meydana gelmektedir. Günlük işleri ve rutinleri farklılaşmakta, sorumlulukları artmakta ve aile içindeki rolleri değişmektedir (Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017). Bakım verme süreci; genellikle uzun olan, hastayı bakım verene bağımlı hale getiren ve bu açıdan da bakım veren açısından mecburiyete dönüşen bir süreç dönüşmektedir (Karakaya ve Işıkhana, 2020). Bu gibi durumlardan dolayı bakım verenler fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal açıdan bir yük altına girmekte ve bu durum birçok açıdan çeşitli olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

Bakım verenler fiziksel açıdan uyku bozuklukları, yorgunluk ve ağrı gibi durumlar deneyimleyebilmektedir. Bakım verme sebebiyle işe gitmemek ya da maddi yükü ağır tıbbi tedavilerin olması ekonomik açıdan bakım verene yük oluşturabilmektedir (Rha ve ark., 2015). Uzun süreli hastane ortamında ya da evde bulunma zorunluluğu; tükenmişlik, kayıp, keder ve çaresizlik gibi duygularla baş etmede güçlükler, bakım veren rolünde olma nedeniyle aile, iş, okul ve sosyal ortamlardan uzaklaşma ve izolasyon gibi durumlar hastaları psikolojik olarak etkileyebilmektedir (Turgut ve Soylu, 2020). Ayrıca hastanede ya da evde hastasına bakma yükümlülüğü ve sürekli yanında olma zorunluluğu hasta yakını sosyal ilişkiler boyutunda kısıtlayabilmekte ve sosyal açıdan olumsuz etkileyebilmektedir.

Elizabeth Kübler-Ross, ölmekte olan hastalar ile ilgili beş aşamalı bir model önermiştir ve terminal hastalığa sahip bir hastanın aile üyelerinin de hastalar gibi evrelerden geçtiğini belirtmektedir. Ancak bu aşamaların genel olarak hastaya göre daha geriden seyrettiğini belirtmektedir. Aile üyeleri, başlangıçta hastalığın gerçek olduğuna inanmakta zorlanmakta ve bunu reddetmekte ya da farklı doktorlara giderek yanlış bir teşhis umuduyla arayışa devam etmektedir. Ayrıca, bu evrelerde öfke, pazarlık ve suçluluk hisleri de yaşanmaktadır. Kübler-Ross, aile üyelerinin bu duygularını ifade etmeleri ve hasta ile gerçekleri paylaşmaları gerektiğini, böylece hem hastanın hem de ailenin ölüm gerçeğine birlikte hazırlanabileceğini vurgulamaktadır (Kübler-Ross, 2008).

Kronik hastalığa sahip bireylere bakım veren kişilerin yaşadığı sorunlarla ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Demans, kanser ve diğer kronik hastalıklarla palyatif bakımda bulunan yakınlarına destek sağlayan 395 kişinin depresyon ve anksiyete belirtilerini inceleyen bir araştırmanın sonuçlarına göre, her iki durum açısından da risk faktörleri arasında bakım verenlerin daha genç yaşta olmaları ve sağlık durumlarını daha olumsuz algılamaları yer almaktadır (Parker-Oliver ve ark., 2017). Literatürde yapılan incelemeler, bakım verenlerin yaşadığı yük ile depresif belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. (Stajduhar ve ark., 2010; Schulz ve Beach, 1999).

2.1.5. Palyatif bakım ve sosyal hizmet

Sosyal hizmet toplumsal uyumu, bireylerin güç kazanmasını ve bağımsızlığını destekleyen, odağında toplumsal adalet, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkelerini içeren uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik alandır (International Federation of Social Workers [IFSW], 2014). Sosyal hizmet uzmanı ise bu hedefleri gerçekleştirmek üzere sosyal hizmetin bilgi, yetkinlik ve etik temelleri doğrultusunda dezavantajlı birey, topluluk ve toplum için mikro, mezo ve makro düzeyde çalışmalar yürüten bir meslek profesyoneli (Kangalgil Balta, 2021).

Sağlık alanı sosyal hizmet mesleğinin ortaya çıktığı andan itibaren geniş bir uygulama alanı olarak kendine yer edinmiştir. Tıbbi sosyal hizmet, fiziksel hastalıkların getirdiği sosyal ve duygusal sorunlarla ilgilenen bir alandır (Işıkhani, 2016). Palyatif bakımın tanımından ve bakım mantığından hareketle hem hastanın hem de ailesinin yaşadığı fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların değerlendirilmesi ve tedavisinin gerçekleştirilmesi için hasta ve ailesine bütüncül bir yaklaşım uygulanması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları da bu noktada devreye girmekte ve hasta ve ailesinin tıbbi ihtiyaçlarının yanında bakımın duygusal, sosyal ve

pratik yönlerini de ele alarak palyatif bakım ekibinin önemli bir üyesi olarak hizmet vermektedir (Bendowska ve Baum, 2023).

Hospislerde ve palyatif bakımda hizmet veren sosyal hizmet uzmanına dair rol, görev ve sorumluluklar Tablo 2.1’de açıklanmıştır (Middleton ve ark., 2020).

Tablo 2.1. Hospis ve palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri.

Doğrudan Hasta Bakım Hizmetleri	Dolaylı Hasta Bakım Hizmetleri
Hasta ve ailesinin biyopsikososyal değerlendirmesine dayalı bakım planlamasının yapılması	Aile toplantılarının düzenlenmesini ve kolaylaştırılmasını sağlamak
Hasta/aile ile multidisipliner ekip arasında etkili iletişimin kolaylaştırılması	Çatışma yönetimi, sağlık ve kişisel bakım süreçleri dahil olmak üzere ekip dinamiklerinin etkinleştirilmesi
Hastalara ileri bakım direktifleri hakkında rehberlik sağlanması	Multidisipliner ekip içerisinde vaka ya da ölüm süreçleriyle ilgili bilgilendirme yapılması
Hasta/aile psikoeğitimi, hastalıkla başa çıkma süreçlerinin desteklenmesi, stres yönetimi ve hospis hizmetleri gibi palyatif bakım seçenekleri hakkında bilgilendirme yapılması	Yasaların gerektirdiği şekilde ihmal ve istismar durumlarının tespiti ve raporlanması
Kaynakların tanımlanması ve yönlendirilmesi (örneğin; pratik yardım, sigorta kapsamı, sistem navigasyonu, cenaze planlaması)	Kurumsal ve profesyonel standartlar doğrultusunda değerlendirme, ilerleme ve tedaviye yanıt süreçlerinin belgelenmesi
Bakım maliyetleri hakkında danışmanlık hizmeti sağlanması	Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması
Hastalık sürecine özgü bireysel ve aile danışmanlığı verilmesi	Multidisipliner ekiplerin ruh sağlığı sorunları, aile dinamikleri ve bakım sürecini etkileyen psikososyal faktörler hakkında bilgilendirilmesi
Bakım kaynaklarının ve hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve temin edilmesi	Multidisipliner ekip üyelerine, uygun terapötik sınırların korunması konusunda rehberlik sağlanması
İntihar önleme ve kriz müdahalesi hizmetleri sunulması	Araştırma ve kalite iyileştirme süreçlerine katılım ve bu faaliyetlerin kolaylaştırılması
Taburculuk planlamasında multidisipliner iş birliğinin sağlanması	Toplum ilişkilerinin güçlendirilmesi ve topluluk kaynaklarının geliştirilmesi
Onur terapisi, kabul ve karar verme süreçlerine yönelik destek sunulması, ayrıca miras çalışmaları yapılması	Hospis ve palyatif bakım süreçlerine ilişkin sosyal politika ve etik uygulamaların iyileştirilmesi
Yas bakımı ve keder yönetimi çerçevesinde bireylerin tepkilerinin işlenmesine yönelik destek sunulması	Yaşam sonu bakımıyla ilgili eyalet yasaları ve yönetmelikler hakkında farkındalık yaratılması

Kaynak: (Middleton ve ark., 2020)

2002 yılında Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (National Association of Social Workers [NASW]) sosyal hizmet uzmanları için bir rehber niteliği taşıyan Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanları için Uygulama Standartları geliştirmiştir. Palyatif ve yaşam sonu bakımına yönelik standartlar, sosyal hizmetin temel

işlevlerini ve profesyonel uygulamalarını yansıtarak bu alanda farklı ortamlarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına rehberlik etmektedir (NASW, 2004). Bu standartlar;

1. Etik ve Değerler: Hem mesleki ilkeler hem de çağdaş biyoetik anlayışları, palyatif ve yaşam sonu bakımında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına rehberlik etmelidir.
2. Bilgi: Palyatif ve yaşam sonu bakımında çalışan sosyal hizmet uzmanları, teorik ve biyopsikososyal faktörlere dair etkili bir şekilde çalışmayı sağlayacak bilgi birikimini sergilemelidir.
3. Değerlendirme: Sosyal hizmet uzmanları, danışanların kapsamlı bir şekilde analiz edilmesini sağlamalı ve bu bilgileri müdahale ve bakım planlamasında kullanmalıdır.
4. Müdahale/Bakım Planlaması: Sosyal hizmet uzmanları, yapılan analizleri temel olarak danışanların karar alma süreçlerini destekleyen ve yetkinliklerini artıran müdahale planları geliştirmeli ve uygulamalıdır.
5. Tutum/Farkındalık: Palyatif ve yaşam sonu bakımında görev yapan sosyal hizmet uzmanları, danışanlara duyarlılık ve şefkatle yaklaşmalı, danışanların özerklik ve onur haklarına saygı göstermelidir. Kendi inançlarının, değerlerinin ve duygularının uygulamalarına olan etkisini farkında olmalıdır.
6. Güçlendirme ve Savunuculuk: Sosyal hizmet uzmanları, palyatif ve yaşam sonu bakımındaki danışanların ihtiyaçlarını, kararlarını ve haklarını savunmalıdır. Toplumdaki bireylerin biyopsikososyal gereksinimlerini karşılamaları için eşit kaynaklara erişimini sağlayacak sosyal ve politik eylemler içinde yer almalıdır.
7. Kayıt Tutma: Sosyal hizmet uzmanları, danışanlarla yapılan tüm uygulamaları yazılı veya elektronik olarak belgeler hâline getirmelidir.
8. Disiplinlerarası Ekip Çalışması: Palyatif ve yaşam sonu hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sunulması için sosyal hizmet uzmanları disiplinlerarası bir çabanın parçası olmalıdır. Ekip üyeleriyle iş birliği yapmaya çalışmalı ve danışanların ihtiyaçlarını nesnel ve saygılı bir şekilde savunarak diğer profesyonellerle olan ilişkileri desteklemelidir.
9. Kültürel Uyum: Sosyal hizmet uzmanları, farklı grupların tarihine, geleneklerine, değerlerine ve aile yapısına dair uzmanlaşmış bilgiye sahip olmalı ve bunu geliştirmeye devam etmelidir.

10. Sürekli Eğitim: Sosyal hizmet uzmanları, profesyonel gelişimlerini sürdürme sorumluluğunu üstlenmelidir.
11. Rehberlik, Liderlik ve Eğitim: Palyatif ve yaşam sonu bakımı alanında uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanları, bireyler, gruplar ve kurumlarla yapılan eğitim, rehberlik, yönetim ve araştırma çalışmalarında liderlik yapmalıdır.

Sheldon'un (2000) çalışmasına göre, palyatif bakımda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri altı temel kategoride toplanmaktadır. a) Aile odağı ile aile içi iletişimi güçlendirme ve geleceğe yönelik planlama; b) çevreyi etkileme ile tavsiye ve bilgi sağlama, finansmanı organize etme ve meslektaşlarla iş birliği yapma; c) ekip üyesi olarak ekip içi anlaşmazlıkları yönetme ve roller oluşturma; d) anksiyeteyi yönetme kapsamında ailelerin ve profesyonellerin kaygılarıyla başa çıkma ve stres yönetimi; e) danışanların değerlerini ve haklarını onaylama, empati ve ayrımcılık karşıtı yaklaşımlar sergileyerek değer verme; f) bilme ve sınırlar çerçevesinde ise güvenliği sağlama, sınırları belirleme ve açık tartışmayı teşvik etme.

Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerini sosyal hizmet ve maneviyat açısından nitel bir araştırma ile değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada palyatif bakım hizmetlerinde tıbbi tedaviye öncelik verildiği ancak psikososyal ve manevi desteğin yetersiz kaldığı ve bu durumun bütüncül bir bakım anlayışının tam olarak sağlanamamasına yol açtığı belirtilmiştir. Hasta ve yakınlarının manevi ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı, hastanenin fiziki koşullarının manevi değerlere uygun olmadığı ve uzun süreli kalışlar için elverişli olmadığı belirtilmiştir. Araştırma, hasta yakınlarının sosyal hizmet uzmanlarından daha fazla manevi ve psikososyal destek beklediğini ortaya koymaktadır (Bilgin Kılıç, 2024).

Bireysel Hedefleri ve İhtiyaçları Değerlendirme ve Dinleme (ALIGN) müdahalesinin sosyal hizmet uzmanları tarafından palyatif bakımda uygulanarak hedef uyumlu bakımın nasıl iyileştirileceğini belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının, katılımcılara prognoz anlayışı, karar alma süreçleri ve iletişimde önemli bir destek sunduğu, ALIGN müdahalesinin, aile ve sistem teorisi alanındaki özel eğitimlerinden yararlanan sosyal hizmet uzmanları tarafından uygulanmasının hastaların ve bakım verenlerin, bakım süreçlerine daha uyumlu ve daha bilinçli kararlar almasını sağladığı tespit edilmiştir (Singh ve ark., 2024).

2.2. Yas

Yas kavramının anlaşılması için öncelikle kayıp kelimesinin ne anlama geldiği ele alınmalıdır. Kayıp, bir kişi ya da şeye sahip olup sonra onu yitirmeyi ifade eder ve bu durum

genellikle bir boşluk hissiyle eş değerdir. İnsanlar birine veya bir şeye bağlandığında yani duygusal bir yatırımda bulunduğunda ve onu kaybettiğinde acı verici bir tepki verir. Bu yüzden bağlanılan kişinin anlamı yas tutan kişi için oldukça önemlidir. Yas kayıp karşısında verilen biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal tüm yönleri içeren bütünsel bir tepkidir (Thompson, 2011).

Literatürde birbirinin yerine kullanılan üç terim olan “grief”, “mourning” ve “bereavement” kavramlarını da incelemek gereklidir. Yas tutma (Bereavement), önemli bir kişinin ölümünden dolayı kayıp yaşama durumudur. (Silverman, 2000). Matem (Mourning), sevilen kişinin ölümüne uyum sağlama sürecini ifade etmek için kullanılır (Worden, 2009). Ayrıca bu terim kayıpla başa çıkmak için kullanılan psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları da içerir. Yas (Grief), kaybın ardından kişinin düşüncelerini, duygularını ve günlük yaşamının olası şekilde bozulmasını içeren içsel deneyimi ifade eder (Silverman, 2000). Yas (Grief), herhangi bir eşyanın kaybı, iş kaybı, boşanma/ayrılık, taşınmadan dolayı gerçekleşen kayıplar gibi diğer kayıplara da uygulanabilen bir terimdir (Worden, 2009).

Engel (1961) yası, sevilen bir kişinin, kıymet verilen bir eşyanın, mesleğin, toplumdaki konumun, idealin, vücuda ait herhangi bir uzvun ya da parçanın kaybına verilen karakteristik tepki olarak tanımlamıştır. Kişinin herhangi bir hastalık sonrası fizyolojik olarak toparlanması için nasıl zaman gerekiyorsa sevilen bir kişinin kaybının ardından da psikolojik dengeyi sağlamak adına bir süreç geçmesi gerektiğine inanmakta ve bu süreyi iyileşme süreci olarak görmektedir. Silverman ve Rubin (2015) ise yasin, yaşam döngüsünün vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Yas, iyileşmesi gereken bir hastalık değil, uyum sağlanan ve değişim yaşanan bir süreç olarak görülmektedir.

Yas bireyin kayıp algısına yönelik olarak ortaya çıkan psikolojik (duygular, düşünceler ve tutumlar yoluyla), sosyal (diğer bireylerle olan etkileşimler yoluyla) ve fiziksel (bedensel belirtiler ve sağlık durumu yoluyla) tepkileri içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Yalnızca ölümle sınırlı olmayan yas tepkilerinin ortaya çıkması doğal ve beklenen bir durumdur. Yas çeşitli değişimleri barındıran dinamik bir süreçtir. Bu süreçte dönemsel olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Yas, bireyin kaybı nasıl algıladığına bağlı olarak kişiye özel ve bireysel bir nitelik taşımaktadır (Rando, 1988a).

Yas dönemi, sevilen kişinin kaybının ardından öfke, kaygı, derin üzüntü, çaresizlik veya bazen rahatlama gibi yoğun duygusal tepkilerin yaşandığı bir süreçtir. Ancak bu duyguların

ortaya çıkması veya çıkmaması, kişinin psikolojik sağlığına dair bir ölçüt olarak değerlendirilmemelidir (Silverman ve Rubin, 2015)

Yas semptomları, zamanla azalma eğiliminde olmakla birlikte, başlangıçtan itibaren tam olarak ortaya çıkıp kaybolmamaktadır; yas süreci belirli bir düzen izlemektedir. Bu süreç, iç içe geçen ve birbiriyle yer değiştiren klinik görünümünün ardışık bir sırasını kapsamaktadır ve kişiden kişiye, aileden aileye hatta kültürden kültüre önemli ölçüde farklılık göstermektedir (Parkes ve Prigerson, 2010).

Başlangıçta yasın sonlanması için sevilen kişi ile olan bağın kopması gerektiğine inanılmaktaydı (Freud, 1917; Lindemann, 1944). Ancak bu fikir yapılan araştırmalar sonucunda sorgulanmaya başlanmıştır. Ölen sevdiklerimizle olan bağın ölümle birlikte şekil değiştirdiği ancak tamamen yok olmadığı görüşü önem kazanmıştır. Yas sürecindeki bireyler kaybettiği kişiyle duygusal bağlarını korumakta ve ona dair düşünce, anı ve deneyimlerle ilişki kurmaya devam etmektedirler. Bu sürdürülen bağlar, hayatımızın bir parçası olmaya devam etmekte ve yaşanan kayıplara, acıya ve yasa rağmen bu bağ kolayca kopmamaktadır (Archer, 1999).

2.2.1. Yas modelleri

Freud'a göre yas

Yas alanındaki ilk büyük teorik katkı, Freud'un "Yas ve Melankoli" (1917) adlı makalesiyle ortaya konmuş ve bu çalışma, yaklaşık elli yıl boyunca profesyonel müdahalelerin biçimlenmesinde önemli bir rol oynamıştır (Hall, 2014).

Freud'a (1917) göre yas, sevilen bir yakının ya da soyut bir değer (ülke, özgürlük, bir ideal gibi) kaybına verilen normal bir duygusal tepkidir. Yas sürecinin yaşanması gereken bir durum olduğu ve yapılacak herhangi bir müdahalenin gereksiz hatta zararlı olabileceğini düşünmektedir. Yas sürecinde, kaybedilen kişinin artık bu dünyada olmadığı gerçeği kabul edilmekte ve ego, bu kişiye yönelik duygusal bağlarını geri çekmektedir. Yas süreci zaman almakta ve aşamalı olarak ilerlemektedir ve çoğu zaman acı verici deneyimler içermektedir çünkü kişinin kayıpla ilgili tüm anı ve beklentilerini yeniden gözden geçirmesini gerektirmektedir. Sonuç olarak, yas süreci tamamlandığında kişi tekrar özgürlüğüne kavuşmakta ve normal işlevlerine geri dönmektedir (Freud, 1917).

Yas süreci sonunda yas tutan kişinin sevdiği ölen kişiden duygusal yatırımlarını geri çekmesi beklenmektedir. Yani Freud'un modeline göre kişinin ölen kişiden duygusal olarak ayrılmak zorunda olduğu ve yeni ilişkilere ve görevlere hazır olması gerektiği varsayılmaktadır

(Silverman ve Rubin, 2015). Yas çalışması ile hayatta kalan kişinin ölen kişiyle olan bağlarını koparması sağlanmaktadır (Hall, 2014).

Lindemann'a göre yas

Yas üzerine bilinen en erken ampirik araştırma Lindemann (1944) tarafından yürütülmüştür. Bu öncü çalışma, yas sürecini yaşayan bireylerin deneyimlerini inceleyen ilk araştırma olarak önemli bir etki yaratmıştır (Archer, 1999).

Lindemann yasin tanımını Freud'un görüşlerini temel alarak yapmıştır. Yas sürecinde kişi kaybedilen kişiye olan bağlılığı sonlandırma, onun yokluğuna adapte olma ve yeni ilişkiler geliştirme aşamalarından geçer. Yas tepkisinin süresi bu aşamalarda başarılı olup olmama durumuna göre belirlenir (Archer, 1999).

Erich Lindemann'ın akut yasa odaklanması, krize müdahale teorilerinin temel taşı haline gelmiştir (Silverman ve Rubin, 2015). Lindemann'a (1944) göre akut yas yaşayan kişilerde gözlenen tepkiler şaşkıncı bir şekilde benzerlik göstermektedir. Bu tepkileri somatik sıkıntı, merhumun imgesine takıntı, suçluluk duygusu, düşmanca tepkiler ve günlük davranış biçimlerinin kaybı şeklinde listelemiş ve ölen kişinin özelliklerinin yas tutanın davranışında ortaya çıkması durumunu da altıncı ortak tepki olarak eklemiştir (Lindemann, 1944).

Lindemann'a (1944) göre patolojik yas tepkileri, normal yasin bozulmuş halleri olarak ortaya çıkmaktadır. Yasin, yoğun bir sorumluluk veya başkalarına destek verme gibi hallerde gecikebileceğinden bahsetmektedir. Yani, kişi yasin şiddetini hissetmemek veya çevresindekilere güçlü görünmek için tepkilerini bastırabilmektedir. Bu durum, yası hemen yaşamak yerine aylarca veya daha uzun süre geciktirmesine yol açabilmektedir. Bunun dışında yas sürecinde bozulmuş tepkilere değinmektedir. Bozulmuş tepkileri de kayıp hissi olmaksızın aşırı faaliyet, merhumun son hastalığına ait semptomların benimsenmesi, psikosomatik hastalıkların ortaya çıkması, sosyal ilişkilerde bozulma, belirli kişilere karşı şiddetli düşmanlık, donuk ve resmi davranış, karar ve girişim eksikliği, zarar verici faaliyetler, huzursuz depresyon olarak sıralamaktadır (Lindemann, 1944).

Lindemann (1944) makalesinde yas tepkilerinin, yalnızca ölümle değil, ölüm tehdidi içeren diğer ayrılık durumlarında da ortaya çıkabileceğinden bahsetmiş ve bu durumu da beklentisel yas (anticipatory grief) olarak tanımlamıştır.

Ancak Lindemann'ın çalışması psikiyatrik bir yaklaşıma dayanması, yetersiz örneklem seçimi, belirsiz veri toplama ve analiz yöntemleri, sınırlı istatistiksel analiz ve sonuçların yazar yorumlarıyla iç içe geçmesi gibi metodolojik eksiklikler içermektedir. Ayrıca bu vakalarda ani ölüm, bedenlerin tahribi ve kamuoyu ilgisi gibi travmatik yasin daha şiddetli tepkileri mevcuttur. Ek olarak katılımcıların hastanede tedavi gören kişiler olmasından kaynaklı bu kişilerin sosyal koşulları, toplumda yas tutan diğer insanlardan farklı olmaktadır (Archer, 1999). Travma sonrası stres bozukluğu ile yas tepkilerinin ayrımının net olmaması ve Lindemann'ın gecikmeli tepkileri her zaman patolojik olarak görüp görmediği belirsizdir (Middleton ve ark., 1993).

Kübler-Ross'a göre yas

Ölüm konusunda çalışmalar yapan önemli bir diğer isim Elizabeth Kübler-Ross'dur. Elizabeth Kübler-Ross, 1960'larda ölümcül hastalık tanısı almış hastalarla dürüst iletişim kurma ve gerçekleri paylaşma konusunu "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli kitabında ele almıştır. Elizabeth Kübler-Ross terminal dönemde olan ve ölümcül hastalığa sahip hasta ve hasta yakınlarıyla yaptığı görüşmeler sonucunda ölümcül bir hastalık tanısına verilen tepki olarak tanımlanan "hazırlık yası" hakkında bir model oluşturmuştur. Ancak zamanla yas ve diğer değişim süreçlerine de uygulanmıştır. Bu modele göre yasin beş aşaması bulunmaktadır: (1) şok ve inkar; (2) öfke, kızgınlık ve suçluluk; (3) pazarlık; (4) depresyon; ve (5) kabul (Silverman ve Rubin, 2015). Elizabeth Kübler-Ross'a göre bu beş aşama ölmekte olan hastaların terminal hastalık sırasında kullanmış olduğu başa çıkma mekanizmalarıdır (Kübler-Ross, 2008)

1. İnkâr ve izolasyon aşaması: Ölümcül bir hastalık ya da yakın zamanda gerçekleşmiş bir kayıp ile karşı karşıya kalan bireylerin genellikle ilk verdikleri tepkidir. Ani ve beklenmedik bir haber karşısında kişi inkar tepkisini koruyucu işlevde kullanmaktadır. Ölüm ya da kayıp gerçeğini kabullenmekte zorlandığı için bireyler inkar ederek kendilerine baş etmek için zaman tanımaktadırlar. İnkârın işlevi, bireyin yaşamın sonuna dair kaygı ve korkularıyla başa çıkmasına yardımcı olmaktır. Aynı şekilde, bireyin ölüme karşı olan bu savunma mekanizması, kayıp yaşayan yakınlar için de benzer bir şekilde işleyebilmektedir.
2. Öfke: İnkârın artık sürdürülemediği noktada, hastalar bu kez "Neden ben?" sorusunu sormaktadır. Öfkenin kaynağı, hastanın geçmişteki planlarının artık

gerçekleşemeyeceğini fark etmesinden ve bu kaybın getirdiği hayal kırıklığından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, hastanın tedavi sürecinde başkalarına bağımlı hale gelmesi de öfkeye sebep olmaktadır. Hastalar ve yakınları, doktorlara, hemşirelere ve aile üyelerine öfkelerini yansıtmaktadırlar.

3. Pazarlık: Bu aşama hastaların ve hasta yakınlarının durumu değiştirme ve farklı bir çözüm üretme amacıyla düşünceler geliştirdikleri bir dönemdir. Bu evrede birey Tanrı ile pazarlık içine girmekte ve ölümün gecikmesi ya da kaybın ardından kaybın geri alınması için vaatlerde bulunmaktadır. Bu aşama genellikle umutsuzluk ve çaresizlik hissiyle paralel ilerlemektedir. Kayıp yaşayan kişiler ise kaybettikleri kişiyle geçirdikleri son anları zihninde tekrar canlandırarak farklı olasılıkları gözden geçirmektedir. Hasta yakınlarında ortaya çıkan suçluluk ve pişmanlık duygular ile bu aşamada durumu tersine çevirme amacıyla umut besleyebilmektedir.
4. Depresyon: Hasta ya da kayıp yaşayan kişinin durumu kabullenmeye başlamasıyla ortaya çıkmaktadır. Yakınını kaybeden kişi yoğun bir üzüntü, pişmanlık ve suçluluk duygusuyla kaybın geri döndürülemez olduğunu fark etmektedir. Kübler-Ross'a göre iki tür depresyon vardır. İlki tepkisel depresyondur ve ölümcül hasta olan kişinin işini kaybetmesi ya da fiziksel aktivitelerinin kısıtlanması gibi somut kayıpları kapsamaktadır. Hazırlayıcı depresyon ise yaklaşan ölümle veya geri getirilemez kayıpla doğrudan ilişkilidir. Gelecekteki kaybın bilincine varılması ve ölümün kaçınılmazlığına karşı bir uyum sürecini ifade etmektedir. Hasta ya da sevdiğini kaybeden kişi kaybı ya da hastalığının yasını tutmakta hazırlayıcı depresyondan destek almaktadır.
5. Kabullenme: Hastaların veya sevdiklerini kaybeden insanların artık kaybın kaçınılmaz olduğunu ve bununla yaşamaya devam etmeleri gerektiğini anladıkları bir evre olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada kişiler durumla barışçıl bir ilişki içine girerler. Hastalar bu süreçte sevdikleriyle vedalaşma ve eksik kalan işleri tamamlamaya odaklanmaktadır. Sevdiklerini kaybeden bireyler ise kaybettikleri kişinin yokluğunu kabul ederek günlük hayata uyum sağlama çabası içine girmekte ve yaşamlarında bir anlam bulmaya çalışmaktadırlar.

Kitabın 40. Yıl versiyonunda Allan Kellehear giriş kısmını yazmıştır ve Kellehear aşamaların katı ve sıralı olması sebebiyle eleştirildiğini, kitabın yalnızca yas ve kayıp üzerine

olduğu yanılığına düşüldüğünü, bir araştırma çalışmasıymış gibi ve Kübler-Ross'un mistizme olan ilgisi sebebiyle fikirlerinin akademik olarak kabulünü etkilediğini ifade etmektedir. Ancak Kellehear, aşamaların birbirinin ardında gerçekleşmeyebileceğini ve her birey için farklı şekillerde ortaya çıkabileceğini Kübler-Ross'un belirttiğinden bahsetmektedir. Ayrıca kitabın asıl amacının ölme sürecinde ortaya çıkan duygusal tepkileri açıklamak olduğunu dile getirmektedir. Kitabın bir araştırma projesi olmadığını, gözlem ve diyaloglara dayalı bir betimleme çalışması olduğunu belirtmektedir. Mistizme olan ilgisinin de ölüm deneyiminin daha geniş bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunma amacını taşıdığını söylemektedir (Kübler-Ross, 2008)

Bowlby'e göre yas

John Bowlby kişilerin bebeklik dönemlerinde bakım veren kişiyle arasındaki kurdukları bağlar ile ilgili çalışmalar yapmış ve bağlanma teorisini geliştirmiştir (Archer, 1999). Bowlby'nin bağlanma teorisine göre insanlar doğal olarak bağlandıkları nesnelere ya da kişilere karşı güçlü bir duygusal bağ geliştirmekte ve bu bağlanma nesnesinden ayrıldıklarında evrensel bir sıkıntı ve huzursuzluk yaşamaktadırlar (Middleton ve ark., 1993). Bowlby, ebeveynlerinden ayrılan bebekler ile kayıp yaşayan yetişkinler arasında benzerlikler olduğunu düşünmüş (Middleton ve ark., 1993) ve herhangi bir önemli bağlanma figürünü kaybetmenin kederle sonuçlandığını belirtmiştir (Archer, 1999).

Bowlby kişinin yas tepkisinin, ölen kişiyle olan bağlanma ilişkisinin niteliğine göre şekillendiğini öne sürmektedir. Yani, yas süreci, kaybedilen bağlanma figürüyle olan ilişkiye bağlı olarak farklı aşamalardan geçmekte ve birey, bu aşamalar aracılığıyla kayıpla başa çıkmaya çalışmaktadır (Silverman ve Rubin, 2015).

Bowlby (1980), bu aşamaların kesin sınırları olmadığını kabul etmekte ve her bireyin aşamalar arasında geçiş yapabileceğini belirtmektedir. Yine de genel olarak bir sıralama yapılabileceğini ifade etmektedir. Dört aşama şu şekildedir:

1. Uyuşma/hissizlik aşaması: Bu aşama genellikle birkaç saat ile bir hafta arasında sürebilmekte ve bu süre zarfında birey, yoğun bir hissizlik hali içerisinde olmaktadır. Ancak bu dönem, ani ve şiddetli sıkıntı ya da öfke patlamalarıyla kesintiye uğrayabilmektedir.
2. Kaybedilen kişiyi aramak ve özlem aşaması: Bu aşamada kişiler kaybın gerçekliğini kabul etmeye başlamaktadır. Yoğun özlem ve sıkıntı nöbetleri,

gözyaşı dökme krizleri, huzursuzluk ve uykusuzluk, kaybedilen kişiyle ilgili yoğun düşünceler, kaybedilen kişinin hala yaşadığını hissetme, ses veya sinyalleri kaybedilen kişinin geri döndüğüne yorma, kaybedilen kişinin hayatta olduğu yönünde canlı rüyalar, uyanıldığında çöküntü hissi ile karakterizedir. Ayrıca bu aşamada öfke tepkisi de belirgin bir şekilde mevcuttur.

3. Dağılma ve umutsuzluk aşaması: Yas sürecinin başarı ile tamamlanabilmesi için yas tutan kişinin duygusal çalkantıyı yaşaması ve kaybın kalıcı olduğunu kabul etmesi gerekmektedir. Ancak eski düşünce, duygu ve eylem kalıplarını terk edildiğinde hayatını yeniden şekillendirmeye başlayabilir. Tabii ki yas tutan kişi tüm bunları düşünürken umutsuzluğa kapılması ve depresyon yaşaması kaçınılmazdır.
4. Yeniden düzenlenme aşaması: Kişi bu aşamada yeni roller üstlenmek durumunda kalabilmektedir. Ayrıca kaybedilen kişinin kim olduğuna bağlı olarak yeni beceriler edinmek durumunda kalabilmektedir. Sosyal hayata yeniden katılma isteği birkaç sebepten ötürü zorlayıcı olabilmekle beraber buna çaba gösterilmektedir. Hayatını yeniden şekillendirme ve yeni bir yaşam düzeni kurma isteği gelişebilmektedir.

Worden'a göre yas

William Worden, "Grief Counseling and Grief Therapy" (Yas Danışmanlığı ve Yas Terapisi) kitabıyla danışmanlara yas sürecinin teşhis ve tedavisinde yardımcı olmayı amaçlamıştır (Bonanno ve Kaltman, 2001). Yas danışmanlığının arkasındaki ana fikir yas tutma sırasında başarılı olunması gereken belirli görevler olduğudur. Görevler çözüme giden yolda hangi adımların atılması gerektiğini tanımlamaktadır. Görevlerin birçoğunun yerine getirilmemesi sonucunda yasin tamamlanamaması mümkün olmaktadır. (Archer, 1999).

Worden (2009) evreler modelini geçilmesi gereken süreçler olarak görmekte ve kişiyi pasifleştirdiğini belirtmektedir. Aksine görevler yaklaşımının ise yas tutan kişiye kontrol ve umut hissi verirken kayba uyum sağlamak adına kişinin daha aktif hissetmesini sağlayabilmektedir. Görevler mutlaka sıralı bir şekilde ilerlemek zorunda değildir. Yas süreci sırasında tekrar gözden geçirilebilir ve üzerinde tekrar tekrar çalışılabilir ve farklı görevler aynı anda ele alınabilir. Yas sürecinin katı olmadığı ve yas sürecini etkileyen birçok unsur bulunduğu unutulmamalıdır. Gerçekleştirilmesi gereken görevler şunlardır:

1. Görev: Kaybın gerçekliğini kabul etmek: Yas sürecinin ilk görevi, kaybın kesin ve geri döndürülemez bir gerçeklik olduğunu ve kaybedilen kişiyle yeniden bir araya gelmenin mümkün olmadığını bilişsel ve duygusal düzeyde kabul etmekten oluşmaktadır.
2. Görev: Yasın acısıyla başa çıkma: Kayıpla ilişkili duygusal ve davranışsal acının kabul edilmesi ve işlenmesi gerekmektedir, aksi halde fiziksel semptomlar veya anormal davranışlar şeklinde belirtiler ortaya çıkabilir. Yas danışman Yas danışmanlığının temel amaçlarından biri, bireylerin ikinci görevi gerçekleştirmelerine destek olmak ve acının yaşam boyu süren bir yük haline gelmesini önlemektir
3. Görev: Ölen kişi olmadan bir dünyaya uyum sağlamak: Sevilen bir kişinin kaybindan sonra uyum sağlanması gereken üç temel alan bulunmaktadır: (a)Dışsal uyum, yani kaybın bireyin günlük yaşantısını nasıl etkilediği ve kişinin bu yeni durumların farkına vararak yeni ayarlamalar yapması gerektiğidir. (b)İçsel uyum, yani kaybın bireyin benlik algısı üzerindeki etkileri üzerinde düşünmesi ve "Şimdi kimim?" sorusunu ele alması gerektiğidir. (c)Ruhsal uyum, yani kaybın bireyin inanç sistemi, değerleri ve dünya görüşü üzerindeki etkileridir. Yas tutan kişinin, kaybın ve buna eşlik eden yaşam değişikliklerinin anlamını araması ve kaybı anlamlandırarak hayatına bir yön kazandırması gerekmektedir.
4. Görev: Yeni bir hayata başlarken ölen kişiyle sürekli bir bağ kurmak: Ölen sevdiğimiz kişileri anmak, onları hatırlamak ve hayatımıza devam ederken yanımızda tutmanın yollarını bulmamız gerekmektedir (Worden, 2009).

Stroebe ve Schut'a göre yas (ikili süreç modeli)

Margaret Stroebe ve Henk Schut yasın anlaşılması adına önemli bir katkı sağlamış (Parkes ve Prigerson, 2010) ve ikili süreç modelini öne sürmüşlerdir (Stroebe ve Schut, 1999).

İkili Süreç Modeli, sevdiği bir kişinin kaybıyla başa çıkma yollarını tanımlayan bir yaklaşımdır (Stroebe ve Schut, 1999). Bu modele göre yas sürecinde iki yönelim vardır: kayıp yönelimi ve değişim (yeniden yapılanma) yönelimi (Parkes ve Prigerson, 2010).

Kayıp yönelimi, yas sürecinde ölen kişiye ve kayba odaklanmayı içermektedir. Bu süreç kaybedilen kişiyle ilgili düşünceleri, özlemi ve eski anıları barındırmakta, aynı zamanda ölümlle

ilgili acı verici duygularla başa çıkmayı kapsamaktadır. Tepkiler, hoş anılardan yalnızlık ve çaresizlik gibi yoğun duygulara kadar çeşitlenmektedir (Stroebe ve Schut, 1999).

Yeniden yapılanma yönelimi ise yas ile başa çıkma süreçlerini içermektedir. Sevilen biri kaybedildiğinde yalnızca ölen kişi için yas tutulmamakta aynı zamanda kaybın getirdiği ikincil değişikliklere uyum sağlanması gerekmektedir. Bu değişiklikler yeni sorumluluklar üstlenmek, yaşamı yeniden düzenlemek ve kimlik değişimlerine uyum sağlamak gibi çeşitlendirilebilir ve farklı duygusal tepkilere yol açabilir. Kişi kendiyle gururlanabileceği gibi yalnızlık duygusuna da kapılabilir (Stroebe ve Schut, 1999).

Modelin ayırt edici özelliği, dinamik bir süreç olarak tanımlanan “sarkaç hareketi”dir (oscillation). Bu süreç kayıp ve yeniden yapılanma yönelimli başa çıkma arasında geçiş yapılmasını ifade etmekte ve yas sürecindeki zorluklar karşısında hem yüzleşme hem de kaçınma yapmanın faydalı olabileceğini öne sürmektedir (Stroebe ve Schut, 1999).

Stroebe ve Schut'un İkili Süreç Modeli, yasin çözümünün yalnızca kayıpla yüzleşmekten ibaret olmadığını aynı zamanda kayıp dışındaki alanlara odaklanmanın ve dikkat dağıtmanın da sürecin önemli bir parçası olduğunu vurgulamaktadır. Bu yaklaşım yas sürecinin karmaşıklığını anlamada önemli bir ilerleme olarak kabul edilmektedir (Archer, 1999).

2.2.2. Yas çeşitleri

Yas tepkilerindeki bireysel farklılıklar ve yas sürecini etkileyen çeşitli faktörler nedeniyle, yas kavramsal olarak üç farklı kategoriye ayrılmaktadır: normal yas, karmaşık yas ve travmatik yas (Gizir, 2006).

Normal yas: Bir kayıptan sonra çoğu kişide gözlemlenen ve yaygın olan çok çeşitli duygu ve davranışları kapsamaktadır (Worden, 2009). Normal yas ve yasin zaman çizelgesi konusunda bir fikir birliği yoktur. Yasin ilk araştırıldığı zamanlarda kişinin haftalar veya aylar gibi kısa bir zamanda günlük hayata yeniden uyum sağladığı düşünülse de yıllar geçtikçe ve araştırmalar arttıkça bu sürecin ne kadar sürdüğü belirsizliğini korumaktadır. Hatta bazıları için yasin asla sona ermeyeceği düşünülmektedir (Shuchter ve Zisook, 1993).

Yas tutan insanlar arasında yeterince benzerlik bulunmaktadır. Bu nedenle yası bir bütün olarak ele almak ve sonraki olayların seyrini haritalandırmak anlamlı olmaktadır (Parkes ve Prigerson, 2010). Worden'e göre yasa verilen tepkiler genel olarak benzerdir ve bunlar çok

kapsamlı ve çeşitli olduğundan dört genel kategoriye ayırmıştır: duygular, fiziksel belirtiler, bilişsel belirtiler ve davranışlar (Tablo 2.1.).

Tablo 2.2. Worden'e göre yasa verilen tepkiler.

DUYGULAR	FİZİKSEL BELİRTİLER	BİLİŞSEL BELİRTİLER	DAVRANIŞLAR
Üzüntü	Midede boşluk	İnanmama	Uyku bozuklukları
Öfke	Göğüste sıkışma	Kafa karışıklığı	Yeme bozuklukları
Suçluluk ve kendini suçlama	Boğazda sıkışma	Takıntılı düşünceler	Dalgın davranışlar
Anksiyete/kaygı	Gürültüye karşı aşırı duyarlılık	Ölen kişinin hala yaşadığına dair düşünce	Sosyal geri çekilme
Yalnızlık	Kişisizleşme hissi	Halüsinasyonlar	Ölen kişiyi rüyada görme
Yorgunluk/tükenmişlik	Nefes darlığı		Ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçınma
Çaresizlik	Kaslarda zayıflık		Ölen kişiyi arama ve çağırma
Şok	Enerji eksikliği		İç çekme
Özlem	Ağız kuruluğu		Huzursuz Hiperaktivite
Özgürleşme			Ağlama
Rahatlama			Ölen kişiyi hatırlatan yerleri ziyaret etme veya eşyaları taşıma
Hissizlik/uyuşukluk			Ölen kişiye ait eşyaları saklama

Kaynak: (Worden, 2009)

Yukarıdaki tüm tepkiler normal yas süresince verilebilecek tepkilerdir. Akut yastan sonra refah hissinin geri dönmesiyle bireyler, işlevselliklerini geri kazanmakta ve yaşamlarına devam etmektedirler. Bu dönemde yas tutanlar, kayıplarının anlamını kavramakta ve dikkatlerini yeniden çevrelerindeki dünyaya yöneltmektedirler. Anılar ve yalnızlık hâlâ varlığını korumaktadır ancak kaybettikleri kişi ve sorunları artık yoktur. Normal yastan sonra yas tutanlar hayatlarına dönmeye, yaşamdan zevk almaya ve sosyal ilişkiler kurmaya yeniden hazır olduklarını fark etmektedirler (Shuchter ve Zisook, 1993).

Karmaşık yas: Yas tepkilerinin zamanla geçmemesi ve bireyde uzun vadede belirgin işlevsel bozukluklara yol açması durumunda ortaya çıkan bir yas türüdür. Karmaşık yas durumunda yas tutan kişiler kayıptan önceki durumlarına ve duygusal iyilik hallerine geri dönememektedirler. Ölümü kabul etmekte zorluk çekme, sürekli ölen kişiyi düşünme ve ölen kişinin anılarıyla meşgul olma veya ölüm karşısında sersemleme gibi tepkiler kayıptan sonraki ilk birkaç ayın ötesinde mevcutsa karmaşık yastan söz edilmektedir (Prigerson ve ark., 1995).

Karmaşık yas literatürde komplike yas ya da patolojik yas isimleriyle de anılmaktadır ve belirgin yas belirtilerinin varlığı veya yokluğu, yas tepkisinin süresi ve yoğunluğu tarafından belirlenen bir dizi farklı patolojik yas türü olduğu düşünülmektedir. Kronik yas, engellenmiş yas, gecikmiş yas, çarpık yas, abartılı yas, maskelenmiş yas, çözümlenmemiş yas, anormal yas, yokluk yası, çatışmalı yas, beklenmeyen yas gibi yas türleri de çeşitli araştırmacılar tarafından literatüre kazandırılmıştır (Bonanno ve Kaltman, 2001).

Karmaşık yas Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-11) sistemine "uzamış yas bozukluğu" olarak dahil edilmiştir. ICD-11'e göre yas tepkisi, en az 6 aydan uzun sürerek beklenenin ötesine geçmekte ve kişinin bağlı olduğu sosyal, kültürel ve dini normları belirgin bir şekilde aşmaktadır. Kaybedilen kişiye derin bir özlem ve yoğun duygusal acıyla birlikte ölen kişiye yönelik sürekli bir takıntıyla karakterize edilmektedir (WHO, 2019). DSM-5'te ise Uzamış Yas Bozukluğu teşhisinin konulabilmesi için bir kişinin kaybının ardından 12 ay (çocuklar için 6 ay) boyunca yoğun yas belirtilerinin devam etmesi ve kişinin işlevselliğini ciddi biçimde etkilemesi gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Uzamış yas bozukluğunun DSM-5'e dahil edilmesiyle birlikte psikiyatrinin bir kişinin ne kadar süre ve nasıl yas tutması gerektiğine karar verdiği öne sürülmüştür. Ancak "normal" yas tepkileri uzamış yas bozukluğu kriterlerini karşılamamaktadır. Uzamış yas bozukluğu kriterlerine uyan bireylerin, yaşamlarında aksaklıklar ve işlev bozuklukları olmasına rağmen "normal" olarak kabul edilmelerini iddia etmek faydasız olabilir ve hatta olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kriterleri karşılayan yas tutan kişilerin çeşitli olumsuz sağlık koşulları (örneğin intihar düşünceleri ve girişimleri, kalp krizi vb.) açısından risk altında olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca ICD-11 ve DSM-5 tanı kriterleri uzamış yas bozukluğu açısından "kültürel uyarıyı" içermektedir, yani yas semptomlarının bireyin sosyo-kültürel bağlamında beklenenden daha şiddetli, yoğun veya daha uzun süreli olmasına bakılmaktadır (Prigerson ve ark., 2024).

Travmatik Yas: Sevilen bir kişinin beklenmedik ve ani bir şekilde, şiddet içeren ya da korkunç bir ölüm sonucunda kaybedilmesi durumunda ortaya çıkan tepkilerdir (Parkes, 2001). Sevilen bir kişinin kaybı zaten sıkıntılı bir süreç yaratmaktayken ölümün travmatik olması kişinin baş etme mekanizmalarını alt üst ederek yas tepkilerinin sona erme sürecini uzatmaktadır (Gizir, 2006).

Türkiye’de 2023 Kahramanmaraş depreminden 9 ay sonra çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların %19,7’sinde Uzamış Yas Bozukluğu olduğu, bu durumun şiddeti ile majör depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkların şiddeti arasında ilişki olduğu, düşük bedensel ve ruhsal iyilik halinin uzamış yas bozukluğunu arttırabileceği, ayrıca uzamış yas bozukluğu ile sosyal faktörler arasında bir bağlantı olduğu özellikle ebeveynle ilişkinin bozulmasının yas sürecini olumsuz etkileyebileceği tespit edilmiştir. Her iki ebeveynin kaybı, uzamış yas bozukluğu için hem tanıyı öngören hem de şiddetini artıran en önemli yordayıcı olarak bulunmuştur. Deprem gibi travmatik bir ölüm uzamış yas bozukluğu gibi karmaşık yas ihtimalini arttırmaktadır (Özdemir, 2024).

2.2.3. Yası belirleyen faktörler

Yas ve kayıp, insan hayatının evrensel bir gerçeği olarak varlık göstermektedir. Ancak yasin deneyimlenme şekilleri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bazı bireyler hızlıca toparlanırken diğerleri daha uzun süre acı çekmekte ve iyileşmeleri zor olabilmektedir. Yasla başa çıkma, kaybın niteliği, bireysel özellikler ve sosyal desteğin varlığına bağlı olarak değişmektedir (Bonanno ve Kaltman, 2001).

Yas tutan kişiler kendileri için son derece değerli olan birinin kaybıyla karşı karşıya kalmakta ve çeşitli şekillerde tepki vermektedirler (Silverman ve Rubin, 2015). Ölümün algılanışı dinler, kültürler, toplumsal değer yargıları, inançlar, âdetler ve gelenekler tarafından etkilendiğinden ölüme verilen tepkiler de buna bağlı olarak kişiden kişiye ve toplumdan topluma göre değişmektedir (Işıl ve Karaca, 2009).

Yasın şiddeti, başlangıç zamanı ve süresi kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bazıları için yas yoğun ve hemen başlarken bazılarında daha hafif ve gecikmiş olmaktadır. Worden’a (2009) göre bu farklılıklar 7 temel faktörden etkilenmektedir:

- a) Ölen kişinin yakınlığı: Ölen kişinin kim olduğu (eş, çocuk, ebeveyn) yas sürecini derinden etkilemektedir. Uzak bir kuzenin kaybı ile bir evladın kaybında farklı şekilde yas tutulmaktadır. Hatta babalarını kaybeden iki kardeşte bile babalarıyla olan ilişkilerine bağlı olarak farklı şekilde yas süreçleri görülmektedir.
- b) Ölen kişiyle olan bağ: Ölen kişi ile yas tutan arasındaki sevginin yoğunluğu yasin şiddetini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca yas tutanın ölen kişiye olan bağımlılığı da yas sürecine etki etmektedir. İlişkide sevgi ve olumsuz duygular

bir arada bulunuyorsa yas süreci daha karmaşık hale gelmektedir. Özellikle ölüm öncesi çözülmemiş çatışmalar yas sürecini zorlaştırmakta ve kişiyi pişmanlık duygularıyla baş başa bırakmaktadır.

- c) Ölüm şekli: Ölümün şiddetli ya da travmatik olması, ani veya bekleniyor olması, yas tutan tarafından önlenme ihtimalini düşündürmesi, aynı anda birden fazla yakını kaybetmiş olması, yas tutanların sevdiklerinin hayatta mı yoksa ölü mü olduğundan emin olmadığı bir durumun olması, ölümün toplum tarafından yargılanabileceği bir şekilde gerçekleşmesi ve kişiye olan coğrafi yakınlık yas tutanların yas sürecinde farklı etkiler göstermektedir.
- d) Geçmiş kayıplar: Yas tutan kişinin hayatında gerçekleşmiş olan önceki kayıplar ve çözülmemiş yas kişinin yeni kayıpla başa çıkma şeklini etkilemektedir.
- e) Kişilik özellikleri: Yas tutan kişinin yaşı ve cinsiyeti, başa çıkma becerileri, kaybettiği kişiyle olan bağlanma stili, kişinin sahip olduğu bilişsel yetenekler, özsaygı ve özyeterlilik seviyeleri, benimsediği inançlar, değer yargıları ve maneviyat boyutu kişilerin yas tutma süreçlerinde etkili olmaktadır.
- f) Sosyal faktörler: Sosyal destek ve rol katılımları yas sürecini kolaylaştırmakta veya zorlaştırmaktadır.
- g) Eş zamanlı stresler: Ölüm sonrası yaşanan diğer stresler (ekonomik zorluklar gibi) yas sürecini daha karmaşık hale getirebilmektedir.

Tayland'da palyatif hastaların ölümünden sonra yakınlarının yas ve keder durumlarını keşfetmeyi amaçlayan bir araştırmada ölen kişinin karakteri, güçlü bağ ve bağımlılık, çözülmemiş sorunlar, yetersiz sosyal destek ve sosyal izolasyon, COVID-19 pandemisinin etkisiyle yaşanan fiziksel mesafe ve sınırlı etkileşim ve veda etme fırsatının olmaması yas duygusunu arttıran özellikler olarak bulunmuştur. Yanlış iletişim, algılanan yetersiz tıbbi bakım ve kritik kararlar almaya zorlanma ise hasta yakınlarının palyatif bakım esnasında yaşadıkları endişeler olarak tespit edilmiştir. Daha önceki kayıp deneyimleri, aile ve arkadaşlardan gelen destek, manevi uygulamalara veya ritüellere katılmak ise kayıpla başa çıkmada kullanılan yöntemler olarak belirtilmiştir (Tantrarungroj, 2022).

2.2.4. Beklentisel yas

Yakın bir kişinin ölümünden önce yaşanan yas, beklentisel yas (anticipatory grief) olarak kavramsallaştırılmıştır ve bu terim ilk kez Erich Lindemann tarafından tanımlanmıştır (Holm ve ark., 2019). Erich Lindemann (1944) akut yas üzerine olan makalesinde İkinci Dünya

Savaşı'ndan dönen bir askerin eşinin artık onu sevmediğinden ve boşanmak istediğinden bahsetmektedir. Bu durumda ayrılık ölüm sebebiyle değil, ölüm tehdidi karşısında gerçekleşmiştir. Lindemann yas tepkilerinin sadece ölümle değil ayrıca savaş, hastalık gibi ölüm tehdidi olan durumlarda da ortaya çıkabileceğini ifade etmektedir. Bu gibi durumlarda kişiler sevdiklerinin potansiyel ölümlerine kendilerini hazırlayıp yas sürecinin tüm aşamalarından geçerek etkin bir yas tutmaktadır. Böyle bir durum kişileri, yakınlarının ölümünden kendilerini koruyabileceği gibi savaş sonrası eve sağ bir şekilde dönme örneğinde olduğu gibi dezavantaja da dönüşebilmektedir.

Literatürde beklentisel yas yerine birçok kavram kullanılmaktadır. Kayıp uyarısı (warning of loss), ölüm öncesi matem (pre-death mourning), ölüm öncesi yas tutma (pre-bereavement) ve beklentisel matem süreci (anticipatory mourning process) bunlardan bazılarıdır (Allard ve ark. 2020).

Therese Rando beklentisel yas alanında çalışmalar yapmış klinik psikolog ve tanatologdur. Rando'ya (1986) göre beklentisel yas sevilen bir kişinin yaklaşan kaybının farkına varılması ile başlayan ve yas tutma, başa çıkma, etkileşim, planlama ve psikososyal yeniden yapılanma süreçlerini içeren çok boyutlu ve karmaşık bir olgudur. Bu süreçte bireyler geçmiş, mevcut ve gelecek ile ilgili kayıplarını tanımakta ve üzerine düşünmektedirler. İyileştirici bir beklentisel yas deneyimi ise aynı anda hem bağlı kalma hem de vazgeçme eylemlerini içermekte ve ölmekte olan kişiye yakın olma ile ondan uzaklaşma gibi birbirine zıt talepler arasında hassas bir denge kurulmasını zorunlu kılmaktadır (Rando, 1986).

Beklentisel yas sürecindeki tepkiler, ölümden sonra yaşanan fiziksel, duygusal, zihinsel ve ruhsal tepkiler ile benzerlik göstermektedir. Fiziksel belirtiler; uyku düzeninde değişiklikler, baş ağrıları, mide bulantısı, yorgunluk ve iştahta bozulmalar gibi tepkiler içermektedir. Duygusal olarak; gerçeği reddetme, endişe, korku, üzüntü, öfke, çaresizlik, suçluluk ya da yoğun bir baskı hissi gibi duygular yaşanabilmektedir. Zihinsel (bilişsel) belirtiler arasında düzensizlik, unutkanlık, kafa karışıklığı, konsantrasyon güçlüğü ve karar almada zorluk yer almaktadır. Ruhsal boyutta ise inançlarda değişiklikler yaşanabilmektedir. Kişiler inancından güç alabileceği gibi Tanrı'ya karşı öfke de duyabilir. Aile içi ilişkiler, iş hayatı gibi sosyal sistemler de bu durumdan etkilenebilmektedir (Simon, 2008).

Beklentisel yas tepkileri ile ölümden sonraki yas tepkileri benzerlik gösterse de beklentisel yas ile normal yas tepkileri arasında birtakım farklılıklar mevcuttur. Beklentisel yas,

teşhisle başlamakta ve ölümle sona ermekteyken, ölüm sonrası yas ölümle başlamakta ve belirsiz bir süre boyunca devam edebilmektedir. Beklentsel yas, hem ölmekte olan kişiyi hem de aileyi etkilemekteyken, ölüm sonrası yas yalnızca aile üyelerini etkilemektedir. Duygusal yoğunluk açısından, beklentsel yas ölüm yaklaştıkça artmaktayken, ölüm sonrası yas zamanla azalmaktadır (Costello ve Hargreaves, 1998).

Beklentsel yas kişiden, yerden, zamandan ve deneyimden etkilenen karmaşık ve çok boyutlu bir deneyimdir. Bu süreç iki temel bakış açısı (hasta ve aileninki), üç zaman dilimi (geçmiş, şimdi ve gelecek) ve üç önemli faktör (psikolojik, sosyal ve fizyolojik) dikkate alınarak tanımlanmaktadır (Rando, 1988b).

Beklentsel yasin hem aile üyeleri hem de ölmekte olan kişi tarafından deneyimlenebileceği öne sürülmekteyken (Allard ve ark., 2020) bazı yönleriyle ayrım mevcuttur. Kübler-Ross, “On Death and Dying” kitabında hazırlayıcı yastan (preparatory grief) bahsetmektedir. Bu kavram ölmekte olan hasta tarafından deneyimlenen beklentsel yas olarak kabul edilmektedir. Kapsam olarak iki taraf da benzer durumları deneyimleseler de ölmekte olan kişinin birçok kişiyi, aile üyelerinin bir kişiyi kaybetmesi, ayrıca hasta kişinin vücut fonksiyonlarının kaybı, gelecekte yapamayacak ve göremeyecek olduğu şeyler gibi somut kayıpların yasını tutması açısından da farklılık göstermektedir (Moon, 2015).

Beklentsel yasin zaman boyutuna baktığımızda terminal hastalığın seyri sırasında bile “geçmiş”te yaşanmış ve yas tutulması gereken kayıplar olabilmektedir. Örneğin, bir eş kanser hastalığı sırasında kocasına bakarken onun artık eskisi gibi sağlıklı, canlı ve kuvvetli bir adam olmadığını fark ettiği için yas tutabilir. Kanser sebebiyle aralarındaki ilişkinin değişmiş olmasına, yaşam tarzlarının farklılaşmasına, eskiden birlikte yaptıkları etkinliklerin artık yapılamayacak olması gibi daha önceki olmuş bitmiş olaylar ve durumların kaybına yönelik yas tepkileri tetiklenebilmektedir. Ayrıca bu eş “mevcut” koşullardan kaynaklanan yas belirtileri de yaşayabilir. Sürekli artan fiziksel yeti kaybı, bağımlılığın giderek artması, belirsizliklerin devam etmesi ve kontrol hissinin azalması gibi mevcut kayıpları gözlemlemektedir. Sevilen birinin elinden alınmakta olduğuna ve kocasının yaklaşan ölümünün artan farkındalığının şu anda ne ifade ettiğine yönelik bir yas tutmaktadır. Buna ek olarak bu kadın henüz gerçekleşmemiş olan kayıplar için yani “gelecek” için de yas tutmaktadır. Ölüm öncesinde gerçekleşebilecek kayıplar için olabileceği gibi ölüm sonrasında eşini kaybetmenin dışında ortaya çıkabilecek yalnızlık, güvensizlik, sosyal geri çekilme, zarar gören kimlik, ekonomik zorluk, yaşam tarzı değişiklikleri, kocasının kızlarının düğününde ona eşlik

edemeyecek olması gibi durumlar için de yaşanabilmektedir. Bir kişinin gelecekteki yokluğuna yönelik yas tutulması beklentisel yasin en önemli bileşenlerinden biridir (Rando, 1988b).

Geleneksel ölüm sonrası yas gibi bir bireyin beklentisel yas deneyimi psikolojik, sosyal ve fizyolojik faktörlerden karışık olarak etkilenen bireysel bir özellik taşımaktadır. Rando'ya (2000) göre beklentisel yas üzerinde etkili olan faktörler aşağıdaki gibidir:

1. Psikolojik Faktörler

- a) İlk kategori, kaybedilecek kişi ve ilişkiyle ilgili özelliklere aittir. Bunlar:
 - (a) Yaşanacak olan özel kayıpların kendine özgü doğası ve anlamı,
 - (b) Kaybedilecek ilişkinin nitelikleri,
 - (c) Ölmekte olan kişinin ve yas tutanın aile veya sosyal sistemindeki roller,
 - (d) Hastanın psikolojik özellikleri,
 - (e) Yas tutan ile hasta arasındaki tamamlanmamış işlerin miktarı,
 - (f) Yas tutanın ve hastanın hayattaki tatminini algılayışı,
 - (g) Hastalığın sonucunda ve ölümden sonra ortaya çıkacak ikincil kayıpların sayısı, türü ve kalitesi.
- b) İkinci kategoride yas tutanın kişisel özellikleri bulunmaktadır. Bunlar:
 - (a) Yas tutanın olgunluk ve zekâ seviyesi,
 - (b) Yas tutanın geçmişteki kayıp, hastalık, sakatlık, ölüm süreci ve ölüm deneyimleri,
 - (c) Yas tutanın sosyal, kültürel, etnik ve dini-felsefi geçmişi,
 - (d) Yas tutanın cinsiyet rolü koşullandırması,
 - (e) Yas tutanın yaşı,
 - (f) Yas tutanın hayatında eş zamanlı stres veya krizlerin varlığı,
 - (g) Yas tutanın yaşam tarzı,
 - (h) Yas tutanın yaşamdan aldığı tatmin duygusu,
 - (i) Yas tutanın varsayımsal dünyasındaki unsurlar (hayattaki inanışları ve beklentileri) ve bu unsurların ortaya çıkardığı ihtiyaçlar, duygular, bilişler, istemler ve davranışlar,
 - (j) Yas tutanın uygun bir ölüm için kişisel kriterleri.
- c) Üçüncü kategori yas tutanın başa çıkmak zorunda olduğu hastalık ve ölüm türüyle ilgili özelliklerdir. Bunlar:

- (a) Yas tutanın kayıp, hastalık, sakatlık, ölüm süreci ve ölümle ilgili özel korkuları,
- (b) Yas tutanın geçmişteki kayıp, hastalık, sakatlık, ölüm süreci ve ölüm deneyimleri ve kişisel beklentileri,
- (c) Yas tutanın hastalık hakkında bilgisi,
- (d) Yas tutan için bu özel hastalığın kişisel anlamı,
- (e) Yas tutanın hasta kişinin bakım ve tedavisine katılım türü, sıklığı ve yoğunluğu,
- (f) Yas tutanın yaklaşan ölüm algısı,
- (g) Hastalığın süresi,
- (h) Hastalığın doğası (örneğin; ölüm süreci, hastalığın kendine ait sorunları, vücuttaki yeri, yan etkileri, ağrı miktarı, ilerleme hızı),
- (i) Hastanın teşhis sonrası yaşam kalitesi,
- (j) Hastanın bulunduğu yer (örneğin, ev, hastane, uzun süreli bakım tesisi, huzurevi, hospis, akrabasının evi),

2. Sosyal Faktörler

- a) İlk kategoride hastanın hastalık ve ölüm hakkındaki bilgisi ve tepkisinin özellikleri bulunmaktadır. Bunlar, yas tutanı etkiler çünkü tepki vermesi gereken deneyimi belirlerler. Bunlar:
 - (a) Hastanın hastalığına dair öznel deneyimi,
 - (b) Hastanın hastalığa ve sonuçlarına yönelik tutumu, bu durumla başa çıkma tepkileri (psikolojik, davranışsal, sosyal ve fiziksel olarak),
 - (c) Hasta için hastalığın ve vücutta bulunduğu yerin kişisel anlamı,
 - (d) Hastanın kayıp, hastalık, sakatlık, ölüm süreci ve ölüm hakkındaki duyguları, korkuları ve beklentileri,
 - (e) Hasta kişinin hastalık ve sonuçları hakkındaki bilgisi ve bu bilginin doğruluğu,
 - (f) Hastanın düşüncelerini, duygularını, ihtiyaçlarını, dürtülerini, isteklerini ve davranışlarını ifade etme rahatlığı ve bu iletişimin tarzı ile kapsamı,
 - (g) Hastanın başkaları tarafından desteklenme, anlaşılma ve yardım edilme duygusu,
 - (h) Hastanın tedaviden memnuniyeti,
 - (i) Hastanın yaklaşan ölümü kabul etme veya ona boyun eğme derecesi,
 - (j) Hastanın yaşama arzusu,

- (k) Hastanın uygun bir ölüm için kişisel kriterleri.
- b) İkinci kategori, aile ve üyelerinin hastalığa ve yaklaşan ölüme verdiği tepkilerin özellikleridir. Bu faktörler şunları içerir:
- (a) Aile yapısı (örneğin, ailenin yaşam döngüsü içindeki gelişim aşamaları, aile alt sistemleri, aile üyelerinin belirli rollere nasıl atanmış oldukları),
 - (b) Aile sisteminin özellikleri (örneğin, esneklik ve uyum sağlama derecesi, bağlılık, sınırlar, farklılaşma, iletişim tarzı ve kalıpları, kurallar, normlar, beklentiler, değerler, inançlar, varsayımlar, ilişkilerin türü ve kalitesi, davranış ve sosyalleşme kalıpları, aile güçleri ve kırılabilirlikleri, aile kaynakları, etkileşim kalıpları, ailedeki gruplaşmalar, sorun çözme becerileri ve başa çıkma stratejileri, ailenin beklenen kısa ve uzun vadeli ihtiyaçları, bakım sağlayıcılarla iletişim kalitesi),
 - (c) Aile geçmişinin ölüm açısından geçmişi, soyağacı ve etnik yapısı ile bu boyutlara dair aile farkındalığı ve anlayışı,
 - (d) Hastanın ailede doldurduğu rolü ile bu rolün yerine getirilmesini sağlamak amacıyla gerekli olan yeniden düzenleme düzeyi,
 - (e) Hastanın hastalığı ve yaklaşan ölümü karşısında yas tutanın yaşadığı rol değişiklikleri,
 - (f) Hastalık ve yaklaşan ölümün aile sistemine yüklediği gerilim derecesi,
 - (g) Ailenin hastanın bakımına katılımı,
 - (h) Hastalık ve sonuçları hakkında ailenin iletişim kapsamı ve kalitesi,
 - (i) Her aile üyesinin teşhisten bu yana hasta ile ilişkisi,
 - (j) Aile kurallarının, değerlerinin, tarzlarının ve geçmişteki deneyimlerinin yas tutmayı engelleyebilecek veya ölmekte olan kişi ile terapötik bir ilişkiye müdahale edebilecek varlığı,
- c) Üçüncü kategori, genel sosyoekonomik ve çevresel faktörlerdir. Bunlar:
- (a) Bakım verenlerle ilişkinin ve iletişimin türleri;
 - (b) Yas tutanın sosyal destek sisteminin niteliği ve niceliği (örneğin, üyelerin kabul derecesi, destek, güvenlik ve yardım sağlama; hastalık sırasında yas tutanın bu sisteme erişim derecesi),
 - (c) Yas tutanın sosyal, kültürel, etnik ve dini/felsefi geçmişi,
 - (d) Yas tutanın ve hasta kişinin finansal kaynakları ve bu kaynakların beklenen istikrarı,
 - (e) Yas tutanın eğitim, ekonomik ve mesleki durumu,

- (f) Hasta ve yas tutan için kaliteli tıbbi tedaviye ve bakım müdahalesine erişim derecesi,
- (g) Kayıp, hastalık, sakatlık, ölüm süreci ve ölüm için aile ve topluluk ritüelleri.

3. *Fizyolojik Faktörler*

Bir bireyin beklentisel yas deneyimini etkileyen değişkenlerin üçüncü sınıfı fizyolojik faktörlerdir. Bunlar:

- (a) Yas tutanın fiziksel sağlığı,
- (b) Yas tutanın enerji tükenmesi miktarı,
- (c) Yas tutanın sahip olduğu ve katıldığı dinlenme, uyku ve egzersiz miktarı,
- (d) Yas tutanın uyuşturucu, alkol, nikotin, gıda ve kafein kullanımı,
- (e) Yas tutanın beslenmesi.

Palyatif bakımda kalmakta olan gazilerin yakınlarıyla yapılan bir çalışmada çeşitli psikososyal özelliklerin beklentisel yas seviyelerini nasıl etkilediği bulunmaya çalışılmıştır. Buna göre gaziye yüksek düzeyde bağımlı olan, yakın ve mahrem ilişkilerde rahatsızlık duyan, manevi sıkıntı çeken ve nevroz düzeyi (duygusal istikrarsızlık) yüksek olan bireylerin beklentisel yas seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle manevi sıkıntı ve anlam bulamama, beklentisel yas seviyesini artıran en önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır. Bunun yanı sıra düşük sosyal destek ve yaşamın son dönemindeki kaybı anlamlandırma konusunda güçlükler yaşama da beklentisel yası yüksek seviyelere taşıyan önemli etkenlerdir. Aksine daha yüksek sosyal destek, yakın ilişkilere duyulan rahatlık ve daha yüksek eğitim düzeyinin beklentisel yas seviyelerini düşürmede etkili olduğu tespit edilmiştir (Burke ve ark., 2015).

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren aile üyeleriyle görüşmeler yaparak bakım verme deneyiminin yas üzerindeki etkilerini (olumlu ya da olumsuz yönde) belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin yas süreçlerini etkileyen temel faktörler, bakım verenin özellikleri, hastanın özellikleri, hastalığın semptomları, ilişkisel bağlam, sosyal ve profesyonel destek ile ölümü çevreleyen koşullar olarak bulunmuştur. Beklentisel yas deneyimini zorlaştıran unsurlar, kişinin duygularını ifade etmede yaşadığı güçlükler, psikolojik ve duygusal yüklerin varlığı, hastanın hastalığını reddetmesi veya saldırgan tavırlar sergilemesi, hastada kafa karışıklığı ve davranış değişiklikleri gibi belirtilerin görülmesi, ağrının kontrol altına alınamaması, hasta ile aile bakıcısı arasındaki iletişim problemleri, bağımlı ilişkiler, aile

içinde yaşanan gerginlikler, yetersiz sosyal destek ve hastanın hastane veya palyatif bakım evine yerleştirilmesidir. Beklentisel yas deneyimini kolaylaştıran etkenler ise bakıcıların iyimser ve kararlı tutumları, dini ve manevi inançları, geçmişteki deneyimleri, hastanın hastalığını kabullenmesi, acı ve ıstırapın kontrol edilebilir olması, hasta, bakıcı ve sosyal çevre arasında anlamlı bağların bulunması, yeterli sosyal destek sağlanması, ölüm anında bakıcının hazır bulunması, ölümün manevi boyutuna ve hastanın onuruna gösterilen saygı, kayba hazırlık ve ölüm sonrası düzenlemeler olarak öne çıkmaktadır (Dumont ve ark., 2008).

Beklentisel yas ile ilgili birtakım yanlış anlaşılmalarda vardır ve hastanın ölümü gerçekleşmeden kişilerin yas tutamayacağı düşünülmektedir. Çünkü yas durumunun ölen kişi ile bir ayrışma anlamına geldiğine inanılmakta ve hasta hala hayattayken bunun gerçekleşmeyeceği varsayılmaktadır. Ölüm sonrası yas ile aynı olmasa da yas tutulmaktadır. Beklentisel yas sürecinde sadece gelecekteki kayıplar için değil, geçmiş ve mevcut kayıplar için de yas tutulmaktadır (Rando, 1988b) ve beklentisel yas sürecinin sonuca ulaşması için sevdiği kişi ile ayrılmanın gerçekleşmesi gerekmemektedir. Yalnızca ölen kişiyle olan uzun vadeli bir gelecek umudundan, hayallerinden ve beklentilerinden ayrılması gerekmektedir. Bu sürecin ilerleyebilmesi için gerçekleşecek olan kaybın kabul edilmesi gerekmektedir (Rando, 1986).

Rando'ya göre (1988b), ölüm sonrası yasta kişinin durumu değiştirmesi mümkün değildir, çünkü sevilen kişi artık hayatta değildir. Bu nedenle, tedavi süreci bireyin durumu kabul etmesine, parçaları yeniden bir araya getirerek yeni bir yaşam düzeni ile başa çıkmasına destek olmayı amaçlamaktadır. Bunun aksine beklentisel yas sürecinde, yas tutanların hem kendileriyle ilgili birtakım çalışmalar yapma (özbakım, özşefkat gibi) hem de ölmekte olan sevdiği kişiye ve diğer aile üyelerine de yardımcı olabilecek şeyleri söyleme ve müdahalede bulunma gibi benzersiz bir fırsatı bulunmaktadır. Bu durum sevdiği kişiyi kaybeden geride kalanlar için daha olumlu bir yas deneyimi yaratabilir (Rando, 1988a).

Beklentisel yasin ölüm sonrası yas üzerindeki etkilerine dair bulgular çelişkilidir. Beklentisel yasin ölüm sonrası yas sürecine olumlu katkılar sunduğunu kanıtlayan araştırmalar olduğu gibi aksi yönde olumsuz etkide bulunacağını tespit eden araştırmalar da mevcuttur. Bazı araştırmalar hem olumlu hem olumsuz etki de bulunduğuna dair karışık sonuçlar sunarken bazıları ise beklenti ile ölüm sonrası yas arasında herhangi bir bağlantı olmadığını savunmaktadır. Bu çelişkili bulguların sebepleri şunlardır: (Reynolds ve Botha, 2006).

- Kayıp uyarısının beklentisel yas ile karıştırılması: Hastanın kaybedileceğine dair yapılan uyarı beklentisel yas sürecini her daim başlatmamaktadır.
- Ölüm teşhisinin reddedilmesi: Katılımcılar terminal hastalığın belirsizliğinden kaynaklı umutlarını korumaktadırlar ve ölümü beklemeyebilirler.
- Beklentisel yasin karmaşık ve öznel olması: Birçok faktör tarafından etkilendiği için bu süreç kolay ölçülememektedir. Sadece bir veya birkaç boyut incelendiği için sonuçlar da farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca çalışmalarda çeşitli yaş grupları ve farklı cinsiyetlere göre sonuçlar da değişiklik göstermektedir. Ek olarak kişilerin özellikleri fazla basitleştirilmekte veya yok sayılmaktadır.
- Hastalığın süresi ile tanımlama: Terminal hastalığın süresi, bakım verenlerin beklentisel yas yaşayıp yaşamadıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir.
- Veri toplama sürecindeki çeşitlilikler: Katılımcılara verilen görüşme ve anket sayısındaki ve uygulanma şekillerindeki farklılıklar da sonucu etkilemektedir.
- Duygusal sıkıntı ve fiziksel yorgunluk: Uzun süreli hastalıklarla ilişkili faktörler beklentisel yas tepkileriyle karıştırılabilmektedir.

Bu süreç ile ilgili çelişkili bulgular mevcut olsa da olumsuz veya zor bir beklentisel yas deneyiminin ölüm sonrası yasa negatif yansıyabileceği ve tersine sağlıklı bir şekilde işlenen beklentisel yas deneyiminin ölüm sonrası yasa olumlu bir etkisi olabileceği mantığa uygundur (Moon, 2015). Bakım veren kişiye koruyucu ve önleyici yaklaşımların uygulanması ve yas sürecini destekleyen iyileştirici müdahalelerde bulunulması ölüm sonrasında daha sağlıklı bir yas sürecine katkıda bulunabilmektedir (Rando, 1988b). Yapılan bir araştırmada, yakını kaybetmek üzere olan iki bakım verenle düzenli olarak gerçekleştirilen görüşmelerde anlatı yaklaşımının, aile üyelerinin duygularını daha iyi anlamalarına, hasta ile ilişkilerini farklı bir boyuta taşımalarına ve bakım veren rolünde hissettikleri sıkışmışlıktan kurtulmalarına yardımcı olduğu görülmüştür. Ayrıca bu yaklaşım, kayıp sonrası dönemde ölümü kabullenmelerini ve yas sürecine başlamalarını kolaylaştırmıştır (Toyama ve Honda, 2016).

Kişi beklentisel yas sürecinde üç zıt yöne çekilmektedir: ölmekte olan sevdiği kişi ile daha yakın olmak ve ona rahatlık sağlamak, etkileşimlerinde bir normallik duygusunu sürdürmek ve ölümü için duygusal olarak hazırlanmaya başlamak. Beklentisel yastaki en önemli görev böylesine karmaşık talepler arasında denge kurmak ve bunların neden olduğu stresle başa çıkmaktır (Rando, 1988a).

Yaklaşan ölümün farkına varılması hasta ve hasta yakını için birtakım duygusal yükler getirebileceği gibi bazı fırsatlar da yaratmaktadır. Beklentisel yas geleneksel yastan ayıran temel noktalardan birisi de ölmekte olan kişinin varlığıdır. Bu sayede hasta yakınları ölmekte olan kişiye daha fazla zaman geçirmek için hayatlarını yeniden şekillendirebilirler. Ayrıca eski anıları hatırlamak, sevdikleri yerleri tekrar ziyaret etmek gibi yollarla ölmekte olan sevdikleriyle daha derin bir bağlantı kurabilirler. Ani bir ölümle gerçekleştirilemeyecek olan sorunları çözme şansına sahiptirler. Konuşma ve dokunma yoluyla veda etmek hasta yakınlarının duygularının hafiflemesine ve geleneksel yasta yaşanabilecek olan suçluluk, çaresizlik gibi duyguların çözümlenmesine fırsat tanımaktadır. Aynı zamanda ölen kişinin öldükten sonra gerçekleşecek düzenlemeleri ayarlaması (hem cenaze töreni vb. hem de ekonomik ve sosyal olarak hazırlık yapma) ve müdahalede bulunması imkanı bulunmaktadır (Clukey, 2007).

Rando'ya (1988a) göre aile üyeleri beklentisel yas deneyimiyle baş etmek için birtakım müdahalelerde bulunabilirler. Bireyin ölmekte olan yakınlarıyla "şimdi"de kalmasına odaklanarak anlamlı anlar yaratması ve yas sürecinde başkalarından destek araması oldukça önemlidir. Bu süreçte duygularını gerek sevdikleriyle gerekse bir profesyonelle paylaşmak yalnızlık duygularını azaltarak bağlanma hissini güçlendirmektedir. Rutinler, yeterli dinlenme ve öz bakım uygulamaları ise psikolojik dayanıklılığı artırarak belirsizlikler karşısında istikrar sağlamaktadır. Aynı zamanda, açık iletişim kurarak korkular, pişmanlıklar ve dilekler hakkında dürüst konuşmalar yapmak, hem yas tutan hem de ölmekte olan kişi için bir kapanış ve tamamlanmışlık hissi sunabilmektedir. Karmaşık duyguları bastırmak yerine kabul etmek, üzüntü, öfke ve rahatlama gibi duygulara alan tanımak, hem beklentisel yas sürecinde hem de ölüm sonrası daha sağlıklı bir yas deneyimi sağlama açısından değerlidir. Bu süreçte öz-şefkat geliştirmek, bireyin kendine karşı nazik olmasını ve gerektiğinde destek aramasını teşvik ederek yas sürecinin getirdiği zorluklarla başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır (Rando, 1988a)

2.2.5. Beklenen ölüme hazır olma durumu

Hazırlığın dili ve kavramsal bir modeli tanımlamada ilk adım HIV hastalarıyla yapılan bir çalışmada (Martin ve ark., 1999) atılmıştır. Bu çalışma bakım verenlerin değil, hasta bireylerin ileriye dönük bakım planlarını belirlemeye yönelik olsa da yaşamın sonuna hazırlanırken neyin önemli olduğunu anlama açısından önemlidir (Steinhauser ve ark., 2001).

Martin ve ark.,'nın (1999) geliştirdiği kavramsal modele göre bireylerin hazır olma durumuna katkı sağlayan bileşenler ölümle yüzleşme, kontrol duygusu ve aile üyeleri ile ilişkilerini güçlendirmedir. Bu model hastaların bu süreçte karşılaştıkları zorlukları ve

ihtiyaçları daha iyi anlamak ve sağlık profesyonellerinin hastaların yaşam sonu kararlarını desteklemelerine yardımcı olmak için bir rehber niteliğindedir (Martin ve ark., 1999).

Sağlık alışanları, hasta ve aileleriyle odak grup çalışması yoluyla hazırlık sürecine dair bilgi almayı amaçlayan başka bir çalışmada hazırlık sürecinde bireylerin öncelik verdiği durumlar yaşam sonu bakımda karar verecek yetkilinin belirlenmesi, hastalığın seyri konusunda bilgi sahibi olma, mali işlerin düzenlenmesi, ölümün zamanını ve yerini kontrol edebilme arzusu, hastaların yaşamlarının son döneminde uygulanacak tıbbi müdahalelerin yazılı bir Şekilde önceden belirlenmesi, ölüm ve ölme süreci hakkında açık bir Şekilde konuşma olarak tespit edilmiştir (Steinhauser ve ark., 2001)

Ölüm için hazırlık, tıbbi, psikososyal, ruhsal ve pratik konuları kapsayan çok boyutlu bir yapıdır (Hebert ve ark., 2006). Terminal dönemdeki hastalara bakım veren kişilerin ölüm ve yas sürecine hazırlamak için hangi faktörlerin önemli olduğunu araştıran bir çalışmada "Hazırlıklı Olma" durumu üç boyutta incelenmiştir. Bilişsel (bilgi) boyutta, bakım verenler hastalığın gidişatına dair tıbbi bilgi, toplum kaynaklarına erişim gibi pratik bilgi, aile içi çatışmaların nasıl zleceği gibi psikososyal bilgi ve dini/ruhsal bilgi talep etmektedirler. Duygusal boyutta, bakım verenlerin ölümü "duygusal" olarak karşılamaya hazır hissetmeleri ve ölümü duygusal olarak kabul etmeleri yer almaktadır. Davranışsal boyutta ise miras düzenlemeleri, cenaze hazırlıkları, iş programlarını yeniden düzenleme gibi görevler bulunmaktadır (Hebert ve ark., 2009).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeline, katılımcı grubuna, veri toplama araçlarına, veri toplama sürecine ve verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma palyatif bakım servisinde terminal dönem hastasına bakmakta olan aile üyelerinin sevdikleri kişilerin ölümünü kabullenme ve ölüme hazır olma durumlarını, kabullenme sürecinde etkili olan faktörleri, hastalarının ölümüne nasıl hazırlandıklarını, ölümcül hastalık tanısı aldıktan ölüme kadar geçen süreyi ifade eden beklentisel yas sürecindeki deneyimlerini, hastanın yaklaşan kaybı ve bakım vermenin zorlukları arasında duygu, düşünce ve davranışlarının neler olduğunu, karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmede kullandıkları baş etme yöntemlerini ve bu süreçte kendilerine destek olan ya da bu süreci zorlaştıran etkenleri öğrenmek amacıyla yapılmaktadır. Bu amaca uygunluğu açısından çalışma, nitel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma, algılar ve olayların doğal ortamlarında gerçekçi ve bütüncül bir şekilde ele alınmasını hedefleyen, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinden yararlanan bir süreçtir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Bu araştırma deseninde araştırılacak “olgu”ya vurgu yapılarak katılımcıların bu olgu ve olaya ilişkin algıları ve bakış açıları, bu olguyu ve olayı nasıl anlamlandırdıkları, nasıl deneyimledikleri ve bu deneyimlerini nasıl betimledikleri üzerine odaklanılmaktadır (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020). Palyatif bakım servisinde kalmakta olan hastalarına bakım veren aile üyelerinin sevdiklerinin ölümünü beklerken geçirdikleri sürece dair deneyimlerin neler olduğu araştırılmak istendiğinden fenomenolojik yaklaşımın kullanılması amaca uygundur.

3.2. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmanın örnekleme belirlenirken amaçlı örnekleme yöntemlerinden belli bir konuya yönelik paylaşılan deneyimleri olan bir katılımcı grubu seçmek için tüm katılımcılar için bazı ortak kriterlerin belirlendiği ölçüt temelli strateji kullanılmıştır (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020).). Bu tekniğin seçilmesinin sebebi araştırmaya katkı verecek katılımcıların hepsinin beklentisel yas sürecini deneyimleyen kişiler olması gerektiğidir. Birincil dahil etme kriteri olarak katılımcıların yakınlarından birine ölümcül bir hastalık tanısı konan kişilerden yakınının yaklaşan ölümünü öngöreceği bir durumda olmaları olarak belirlenmiştir. Katılımcıların, daha önceki nitel araştırmalarda bulunan ölüm beklentisi tanımıyla tutarlı olarak, yakınlarının

yaklaşan ölümü hakkında bilgi sahibi olmaları veya bunu bilme hissine sahip olmaları durumunda yakınlarının yaklaşan ölümünü tahmin ettikleri kabul edilmiştir (Clukey, 2007).

Dahil edilme kriterleri olarak aşağıdaki durumlar dikkate alınmıştır:

- Bakım veren aile üyesinin hastalığın ölümcül olmasından haberdar olması
- Hastanın palyatif bakım servisinde kalıyor olması
- Aile üyesinin hastanın birincil bakım vereni olması
- Aile üyesinin herhangi bir akıl sağlığı-ruh sağlığı problemi olmaması
- Aile üyesinin 18 yaş üstü olması

Araştırmanın katılımcıları verilerin topladığı süre olan Şubat 2024- Eylül 2024 tarihleri arasında Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde hizmet almış ölümcül bir hastalık tanısına sahip terminal dönemde olan bir yakınına bakım veren 12 birinci derece aile üyesinden oluşmaktadır.

Araştırmada aile üyelerinin ölüme hazır olma durumlarının ve beklentisel yas deneyimlerinin keşfedilmesi amacıyla toplamda 12 derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan elde edilen verilerde yeni bir bilgi veya tema ortaya çıkmadığı noktada tematik doygunluğa ulaşıldığı kabul edilmiş ve görüşmeler sonlandırılmıştır. Guest, Bunce ve Johnson'ın (2006) çalışmasında, tematik doygunluğun genellikle ilk 12 görüşmede sağlandığı ve bu noktadan sonra yeni temaların nadiren ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu çalışma doğrultusunda, mevcut araştırmada da gerçekleştirilen 12 görüşmenin tematik doygunluğa ulaşmak için yeterli olduğu değerlendirilmiştir.

Katılımcı olarak görüşmeler yapılan hasta yakınlarına ait bilgiler Tablo 3.1'de açıklanmıştır.

Tablo 3.1. Katılımcı hakkında bilgiler.

Katılımcılar	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Aylık ortalama gelir	Gelirin Giderleri Karşılama Durumu	Hastaya Yakınlık(eş ise kaç yıldır evli olduğu)	Hastaya bakım verme süresi	Geçmişte yakını kaybetme durumu
K1	Erkek	57	İlkokul	15.000 TL	Yeterli	Eş (34 yıl)	1 yıl	Anne-Baba
K2	Erkek	33	Doktora	80.000 TL	Yeterli	Oğlu	1,5 yıl	Baba
K3	Erkek	51	İlkokul	30.000 TL	Yeterli	Oğlu	3 ay	Anne
K4	Kadın	66	İlkokul	15.000 TL	Yeterli	Eş (37)	3 yıl	Anne-Baba
K5	Kadın	58	İlkokul	1000 TL	Yetersiz	Kızı	1 aydır	Amca

Tablo 3.1. Katılımcı hakkında bilgiler (Devamı).

Katılımcılar	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Aylık ortalama gelir	Gelirin Giderleri Karşılama Durumu	Hastaya Yakınlık(eş ise kaç yıldır evli olduğu)	Hastaya bakım verme süresi	Geçmişte yakını kaybetme durumu
K6	Kadın	63	İlkokul	11.000 TL	Yeterli	Kızı	6 ay	Baba
K7	Kadın	57	İlkokul	20.000 TL	Yeterli	Kızı	10 gün	Oğlu
K8	Erkek	65	Yüksekokul	30.000 TL	Yeterli	Eşi (42)	6 yıl	Anne-Baba
K9	Kadın	39	Doktora	60.000 TL	Yeterli	Kızı	4 yıl	Dede
K10	Kadın	55	İlkokul	2000 Euro	Yeterli	Kardeş	1,5 ay	Anne-baba-abi
K11	Kadın	45	İlkokul	-	-	Gelin	5 yıl	Kayınbaba
K12	Erkek	59	İlkokul	10.000 TL	Yeterli	Eş (25 yıl)	4 yıl	Baba

Tablo 3.1 incelendiğinde 12 katılımcının cinsiyet dağılımının 7'sinin kadın ve 5'inin erkek olduğu görülmektedir. Kadın katılımcıların yaş aralığı 39 ile 66 arasında değişirken; erkek katılımcılar 33 ile 65 yaş arasındadır. Eğitim düzeyi açısından ise katılımcılar arasında ilkokul, yüksekokul, ve doktora mezunu olanlar bulunmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu dikkat çekmektedir.

Aylık ortalama gelir açısından katılımcıların gelirleri oldukça çeşitlilik göstermektedir. Katılımcılar arasında en düşük gelirin 1000 TL, en yüksek gelirin ise 80.000 TL olduğu görülmektedir. 10 katılımcı gelirlerinin yeterli olduğunu ifade ederken, bir katılımcı yetersiz olduğunu belirtmiştir. K11 kod isimli katılımcının ise herhangi bir gelirin olmadığı, çiftçilik yaparak kendilerine yetecek besinleri elde ettikleri ve herhangi bir durumda hayvanlarından birini satarak giderlerini karşıladıkları görüşmede ifade edilmiştir.

Katılımcıların hastaya yakınlık durumlarına bakıldığında, büyük çoğunluğunun hasta ile eş veya çocuk gibi birinci dereceden yakınlık ilişkisi bulunduğu görülmektedir. K11 isimli katılımcı ise hasta ile 25 yıldır aynı evde yaşamasından ve hastaya birinci dereceden bakım veren kişi olmasından kaynaklı katılımcılara dahil edilmiştir. Hastaya bakım verme süreleri ise 10 gün ila 6 yıl arasında değişkenlik göstermektedir. Bakım verme süreleri bakım verenlerin sürece olan uyumları ve bakım verme deneyimlerini değerlendirmek açısından önemlidir.

Son olarak, katılımcıların geçmişte herhangi bir yakını kaybetme durumları incelendiğinde, çoğunluğunun bir ya da daha fazla yakını kaybettiği görülmektedir. Bu

durum, bakım verenlerin bakım verme süreçlerini ve beklentisel yas deneyimlerini etkileyen bir faktör olarak değerlidir.

Katılımcıların bakım verdiği hastaların özellikleri Tablo 3.2.'de açıklanmıştır.

Tablo 3.2. Hasta hakkında bilgiler.

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Hastalık Öncesi Yaptığı İş	Hastalık Tanısı	Hastalık Tanısının Konulma Zamanı	Palyatif Bakım Servisinde Kaldığı Süre	Terminal Döneme Girme Zamanı ve Bilginin Kimin Tarafından Verildiği	Terminal Dönem Hakkında Bilgilendirilme Durumu
H1	Kadın	54	İlkokul	Ev hanımı	Mide kanseri	1 yıl önce	61 gün	1 ay önce-Palyatif doktoru	Evet
H2	Kadın	70	Ortaokul	Ev hanımı	Akciğer kanseri	8 yıl önce	20 gün	1,5 ay önce	Hayır
H3	Erkek	77	İlkokul	Doktor asistanı	Mide ve karaciğer kanseri	4 yıl önce	45 gün	14 gün önce-onkoloji doktoru	Hayır
H4	Erkek	73	İlkokul	Çiftçi	Kan Kanseri	2 yıl önce	10 gün	2 gün önce-Doktor	Hayır
H5	Erkek	88	İlkokul	Terzi	Beyin Tümörü	1 ay önce	14 gün	1 hafta önce-Palyatif doktoru	Evet
H6	Kadın	80	İlkokul	Ev hanımı	Mide Kanseri	10 yıl önce	3 gün	6 ay- palyatif doktoru	Evet
H7	Kadın	86	İlkokul	Ev hanımı	Çoklu hastalıklar	5 yıl önce	1 hafta	10 gün önce-Doktor	Evet
H8	Kadın	63	İlkokul	Ev hanımı	Kolon Kanseri	6 yıl önce	10 gün	4 ay önce-Beyin cerrahı	Evet
H9	Kadın	63	İlkokul	Ev hanımı	Kolon Kanseri	6 yıl önce	10 gün	4 ay önce-	Hayır
H10	Kadın	69	Okur-yazar değil	Ev hanımı	Beyin Tümörü	10 yıl önce	1,5 ay	1,5 ay önce-Doktor	Hayır
H11	Kadın	79	Okur-yazar değil	Ev hanımı	Pankreas Kanseri	5 yıl önce	2,5 ay	2 gün önce-Palyatif doktoru	Hayır
H12	Kadın	57	Lise	Ev hanımı	Meme kanseri	4 yıl önce	1 ay	1 ay önce-	-

Tablo 3.2 incelendiğinde 12 hastanın 9'unun kadın ve 3'ünün erkek olduğu görülmektedir. Hastaların yaş aralığı 54 ila 88 arasında değişmektedir. Hastaların çoğunluğu ilkokul mezunudur, 2 katılımcı okur yazar değildir ve 1 hasta ortaokul, 1 hasta lise mezuniyetine sahiptir. Hastaların hastalık öncesinde veya emeklilikten önce yaptıkları mesleklere

bakıldığında kadınların hepsinin ev hanımı olduğu, erkeklerin ise meslek sahibi olduğu görülmektedir.

Hastaların sağlık durumlarına bakıldığında çeşitli kanser türleri (mide, kolon, beyin tümörü vb.) nedeniyle terminal dönemde oldukları görülmektedir. Hastalık tanısının konma zamanı değerlendirildiğinde hastalıkların en az 1 ay ve en fazla 10 yıl önce teşhis edildiği anlaşılmaktadır. Palyatif bakımda kalma süreleri incelendiğinde en az 3 gün ve en fazla 2,5 ay olduğu ortaya çıkmaktadır. Terminal döneme girme sürelerine bakıldığında ise en az 2 gün ve en fazla 6 ay önce bu döneme girdikleri ve çoğu katılımcının doktor tarafından bu bilgiyi aldığı ve çoğu kişinin bu dönem hakkında bir açıklama almadığı görülmektedir.

3.3. Nitel Veri Toplama Aracı

Araştırmada palyatif bakım servisindeki terminal dönem hastasına bakım vermekte olan aile üyelerinin ölüme hazır olma durumlarını, hazırlık süreçlerini ve beklentisel yas deneyimlerini detaylı bir şekilde öğrenmek adına derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşme tekniği nitel araştırmalarda önemli olan ve sık kullanılan bir yöntemdir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırmada veri toplama aracı olarak, yapılan literatür taraması ve oluşturan amaçlar doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda yer alan bakım veren aile üyeleri olan katılımcılara ait tanıtıcı bilgiler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, gelirin giderleri karşılama durumu, hastaya yakınlık (eş/ kardeş/ çocuk/ ebeveyn/ torun), eşi ise kaç yıldır evli oldukları, ne zamandır hastaya bakım verdikleri, geçmişte herhangi bir yakını kaybetme durumları ve hastaya it tanıtıcı bilgiler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, hastalık öncesi yaptığı iş, hastalık tanısı, tanının ne zaman konduğu, ne zamandır palyatif bakım servisinde kaldıkları, terminal döneme ne zaman girdiği, bu bilgiyi veren kişinin kim olduğu, terminal dönem hakkında bilgilendirilme durumlarına dair soruları içermektedir. Derinlemesine görüşme soruları ise katılımcının hasta ile ilişkisi, hastalık süreci ve palyatif bakım deneyimleri, ölüme hazırlık-beklentisel yas süreci deneyimlerini anlamak üzerine oluşturulmuştur.

Oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu gözden geçirilmiş ve hastanenin palyatif bakım servisinde daha önce çalışmış ve şuanda çalışmakta olan iki sosyal hizmet uzmanının değerlendirilmesine sunulmuştur. Görüşme formu hazırlanırken danışmanın

rehberliği ve onayı alınmış, ardından yapılan değerlendirme sonucunda görüşmelere başlanmıştır.

3.4. Veri Oluşturma Süreci

Araştırmanın veri toplama süreci öncesinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu çalışmanın bilimsel araştırmalar etiği açısından ‘‘uygun’’ olduğunu onaylamıştır. Araştırma ile ilgili veriler Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden alınan izinden sonra toplanmaya başlanmıştır. Veriler şubat 2024- Eylül 2024 tarihleri arasında Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım servisinde kalan hasta yakınları ile yapılan görüşmeler sonucunda toplanmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilmesi sürecinde, belirli zaman aralıklarıyla palyatif bakım servisi doktorlarıyla görüşmeler gerçekleştirilmiş ve hastalar ile katılımcılar, dahil edilme kriterlerine uygunlukları bağlamında belirlenmiştir. Hastaların terminal dönemde olduğu ve aile üyelerinin bu durumdan haberdar olduğu, doktorlar tarafından onaylandıktan sonra hasta odalarına gidilerek aile üyeleriyle n görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerinden olan, aile üyesinin hastanın birincil bakım vereni olması ve hastanın aile yesi olması koşullarını karşılamayan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Aile yelerinin uygunluğu, n görüşmeler sonrasında araştırmacı tarafından değerlendirildikten sonra, çalışmanın amacı ve süreci hakkında kendilerine bilgi verilmiş ve katılım durumları sorgulanmıştır. Bazı aile yeleri, hastalarının sağlık durumlarının elverişli olmaması, zaman kısıtlamaları ya da kişisel tercihleri nedeniyle görüşmeye katılmamayı tercih etmiştir. Görüşmeyi kabul eden ve gönüllü olan katılımcılarla görüşme yapılmıştır. İkinci refakatçisi olan katılımcılarla palyatif bakım servisi meşguliyet odasında, ikinci refakatçinin olmadığı durumlarda hasta odalarında derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bir katılımcıyla yapılan görüşme, hastanın durumunun kötüleşmesi nedeniyle yarıda kesilmiş ve bu görüşme, çalışmanın verilerine dahil edilmemiştir.

Yapılan görüşmelerin süresi 30-70 dakika arasında değişmektedir. Görüşmeye gönüllü katılımcılardan görüşme başlamadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Derinlemesine görüşmeler, daha sonra deşifre edilebilmesi amacıyla katılımcıların onayı alınarak ses kaydına alınmıştır.

3.4.1. Araştırmacının bakış açısı, görüşme süreci, gözlemler ve deneyimler

Araştırmacı daha önce palyatif bakım servisinde bir sosyal hizmet uzmanı olarak görev yapmıştır ve hasta yakınlarının deneyimlediği sürece aşınalığını bulunmaktadır. nceki deneyimlerin ve konuya olan yakınlığın, çalışmanın gerçekleştirilmesinde önemli bir etken olduğu söylenebilir. Araştırmacı nceki çalışma sürecinde, hastasını kaybetmek üzere olan bireylerin kimi zaman hastaya bakmaktan yorulduğunu ve çeşitli duyguları bir arada yaşadığını kimi zaman da hastanın durumunun ağırlaşmış olmasına rağmen yaşıyor olmalarından bile memnun olduklarını, ölümü kabul etmemek ve iyileşme umudunu taşımak gibi duygusal süreçler yaşadıklarını gözlemlemiştir. Bu gözlemler sürecin çok boyutlu yapısına duyulan ilgiyi pekiştirmiştir ve bu karmaşık sürecin daha derinlemesine incelenmesi ihtiyaını doğurmuştur.

Araştırma sürecinde yapılan görüşmelerde katılımcıların duygu durumları ve davranışları dikkatle incelenmiş ve bu gözlemler saha notlarına aktarılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun derin bir duygusal yoğunluk yaşadığı gözlenmiş ve bu durum beden dillerine, ses tonlarına ve ifadelerine yansımıştır. Örneğin, bazı katılımcıların duygusallaşarak konuşma sırasında durakladığı ya da sessizleştiği, duygularını ifade ederken ve konuşurken zorlandığı, sesinin titrediği, ağlamak için kısa süre beklediği ya da ağlamamak için kendisini zor tuttuğu, birkaç katılımcının ise görüşme esnasında hastanın yanında olmamanın tedirginliğini yaşadığı gözlemlenmiştir. Özellikle görüşme formunun “lme Hazırlık-Beklentisel Yas Süreci Deneyimleri” başlıklı bölümündeki soruları yanıtarken, katılımcıların yakın zamanda meydana gelecek kayba dair farkındalıklarının artması sonucunda duygusal yoğunluklarının belirgin şekilde arttığı belirlenmiştir. Bu tür tepkiler, ifade edilmesi güç duyguların varlığına işaret etmiş, bu nedenle görüşme sürecinde katılımcılara rahat bir ortam sağlanmış ve süreç müdahale edilmeden doğal akışında ilerletilmiştir. Katılımcıların duygusal ihtiyaçlarına saygı gösterilmiş, duraklama ya da ara verme talepleri dikkate alınarak görüşmelere devam edilmiştir. Duygusal yoğunluk, dikkatin dağılması vb. sebeplerle katılımcıların soruları tam olarak kavrayamadığı durumlarda, görüşmeci soruları yeniden yapılandırarak daha anlaşılır bir biçimde ifade etmiştir.

Görüşmelerde katılımcıların açık, doğru ve samimi yanıtlar verebilmeleri adına odada kimsenin olmamasına zen gösterilmiştir. Ayrıca hastanın bilincinin açık olduğu ve konuşulanları anladığı durumlarda görüşmelerin hasta odasında olmamasına dikkat edilmiştir. Bu tür durumlarda eğer hastanın ikinci bir refakatçisi yoksa görüşme yapılmamıştır. Görüşmeler sırasında, hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, odaya hemşire veya diğer hasta

refakatçilerin girmesi ya da katılımcının telefon görüşmesi yapması gibi nedenlerle kesintiler yaşanmıştır. Bu süre zarfında gizlilik ilkesine bağlı kalınarak ses kaydı durdurulmuş, katılımcının uygun olduğu durumda görüşmelere devam edilmiştir.

Görüşmelerde araştırmacının empati duygusunun arttığı anlar gerçekleşmiştir. Bu anlar tarafsız bir tutum sergilemek ile duygusal bir yaklaşım kurmak arasında denge kurmayı gerektirmiştir. Katılımcılara uygun destek sunmak ve sürecin katılımcıların ihtiyaçlarına göre şekillenmesine yardımcı olmak öncelikli bir hedef olmuştur.

3.5. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın katılımcıları arasında eş, çocuk, kardeş ve gelin bakım veren aile üyeleri bulunmaktayken herhangi bir ebeveynin bulunmaması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Görüşmeler gerçekleştirilirken bazı katılımcıların ikinci refakatçilerinin olmamasından kaynaklı katılımcıların aynı zamanda bakım verme sorumluluğunu taşıması görüşmelerin bazı durumlarda kesilmesini ve katılımcının dikkatinin dağılmasına sebebiyet vermiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmanın verilerinin analiz edilmesinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz, verilerdeki tekrar eden kalıpları (temaları) belirleme, analiz etme ve raporlama için kullanılan bir yöntemdir (Braun ve Clarke, 2019).

- a) Araştırmacının veriye aşina olması: Araştırmacının, oluşturulan veri setinin deşifresini yaparak verileri defalarca okuması ve notlar alması gerekmektedir.
- b) İlk kodların oluşturulması: Veri setinin tamamı dikkat çekici özelliklerine göre kodlanmalı ve her kodla ilgili olan veriler bir araya getirilmelidir.
- c) Temaların aranması: Kodlanan veriler, anlamlı gruplar oluşturacak şekilde temalar altında toplanmalıdır.
- d) Temaların gözden geçirilmesi: Belirlenen temaların, kodlarla ve birbirleriyle uyumu kontrol edilmeli ve analize yönelik bir tematik harita oluşturulmalıdır.
- e) Temaların tanımlanması ve isimlendirilmesi: Her temanın özellikleri sadeleştirilmeli ve analizin bütünü tanımlayacak şekilde açık bir biçimde isimlendirilmelidir.

- f) Raporun hazırlanması: Somut, çarpıcı ve inandırıcı doğrudan alıntı örnekleri seçilerek analiz son kez gözden geçirilmeli ve raporlaştırılmalıdır. (Braun ve Clarke, 2019).

Derinlemesine görüşmelerden elde edilen ses kayıtları, araştırmacı tarafından yazıya geçirilerek deşifre edilmiştir. Deşifre sırasında metin okunmuş ve önemli noktalar not edilmiştir. Deşifre edilen metinler, nitel veri analizi için kullanılan MAXQDA 20 programına aktarılmıştır. Program üzerinde metinler satır satır incelenmiş ve inceleme sırasında görüşmeler tekrar dinlenerek katılımcıların söylemlerindeki vurgulara dikkat edilmiş ve araştırmaya katkı sağlayacak ifadeler kodlanarak ilk kodlar oluşturulmuştur. Kodlama sürecinde, metinlerde tekrar eden ifadeler, belirli davranışlar veya örnek olaylar tespit edilmiş ve bu kodlarla birlikte hatırlatıcı notlar eklenmiştir. Kodlamalar yapılırken hem araştırmacının kuramsal çerçevede sıklıkla karşısına çıkan özellikler ve araştırma sorusuna cevap olabilecek ifadeler hem de daha önce hiç karşılaşmadığı veriler kodlanmıştır. Kodlama sürecinin ardından MAXQDA 20 programındaki “yaratıcı kodlama” özelliği kullanılarak kodlar gözden geçirilmiş ve benzer kodlar gruplandırılarak araştırmanın amacına uygun kategoriler ve 2 ana tema oluşturulmuştur. Daha sonraki raporlama sürecinde ise MAXQDA 20 programındaki “akıllı kodlama aracı” kullanılarak kodlamalara karşılık gelen doğrudan alıntılar rapora eklenmiştir.

Araştırmanın kod, kategori ve temalarına örnek olarak Tablo 3.2.’deki kodlama örneği verilmiştir.

Tablo 3.3. Tema, kategoriler, kodlara ve alıntılara ilişkin örnek.

TEMA	KATEGORİ	KOD	ALINTI
Ölüm Beklentisi	Ölümü kabullenme	Manevi kabul	<i>“Allah’tan geldiği için katlanıyoruz.”</i>

Palyatif bakım servisinde terminal dönemdeki hastasına bakım vermekte olan aile üyeleri ile yapılan bu çalışmada; ölüm beklentisi ve beklentisel yasın yansımaları olarak iki ana tema belirlenmiştir. Ölüm beklentisi temasında ölümü kabullenme ve ölüme hazırlanma olarak iki kategori belirlenmiştir. Beklentisel yasın yansımaları temasında ise duygusal tepkiler, kayıp, sosyal bağlam, hastanın yanında olma, başa çıkma ve umut isminde altı adet kategori oluşturularak beklentisel yas deneyimleri analiz edilmiştir. Araştırmanın temaları, kategorileri ve kodlarına ait bilgiler Tablo 3.4 ve Tablo 3.5’te detaylandırılmıştır.

Tablo 3.4. Birinci tema: Ölüm beklentisi

1. TEMA: ÖLÜM BEKLENTİSİ	
Ölümü Kabullenme	Ölüme Hazırlanma
Manevi kabul	Bilişsel hazırlık
Hastanın durumundan kaynaklı kabul	Duygusal hazırlık
Hastanın ölüm beklentisi	Davranışsal hazırlık
Palyatif bakım servisinde kalma dolayısıyla ölüm beklentisi	Ölüme hazır olma durumunun söyleme yansıması
	Sosyal çevrenin yardımıyla hazırlık
	Hasta ile son günler

Tablo 3.5. İkinci tema: Beklentisel yasın yansımaları

2. TEMA: BEKLENTİSEL YASIN YANSIMALARI					
Duygusal Tepkiler	Kayıp	Sosyal Bağlam	Hastanın yanında olma	Başa Çıkma	Umut
Derin acı ve üzüntü	Varlık	Sosyal izolasyon	Tetikte olma	Manevi başa çıkma	Umudu sürdürme
Kaygı	Süreklilik ve değişmeyen bağ	Sosyal destek	Sorumluluk hissi ve destek sağlama	Kişisel özelliklere dayalı başa çıkma	Umutsuzluk
Duygusal dalgalanmalar ve ikilemler	Geçmiş zamana dair kayıplar	Dürüst iletişimin reddi	Son günlerinde hastayla ilgilenmek	Aile dayanışması ve sosyal destek	
Çaresizlik	Mevcut kayıplar			Öz bakım ve özşefkat	
İsteksizlik ve hayattan zevk alamama	Geleceğe dair kayıplar				
Hayal kırıklığı					
Yalnızlık ve özlem					
Zihinsel yorgunluk ve dağınıklık					
Rahatlama duygusu					

3.7. Güvendiuyulabilirlik

Nitelikli bir araştırma yapmak, araştırmanın bilimsel kabul edilmesi ve kullanıma uygun olması açısından önemlidir (Arastaman ve ark., 2018). Bunun yolu sonuçların ne kadar inandırıcı olduğundan geçmektedir. İnanırlılığı arttırmak için pek çok yöntem bulunmaktadır (Başkale, 2016). Bu çalışmada bazı yöntemler kullanılmıştır. Daha önce kullanılmış ve geçerliliği olan veri toplama yöntemlerini ve veri analiz stratejilerini kullanmak bunlardan biridir (Shenton, 2004). Bu amaçla bu çalışma nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış ve tematik analiz gerçekleştirilmiştir.

Diğer bir yöntem ise ilk veri toplama diyalogları gerçekleşmeden önce araştırmanın yapılacağı ortamda bulunulması ve aşinalığın geliştirilmesidir (Shenton, 2004). Bu çalışmayı gerçekleştiren araştırmacının daha önce palyatif bakım servisinde sosyal hizmet uzmanı olarak çalışmasından kaynaklı çalışmanın gerçekleştirileceği ve verilerin toplanacağı ortama ve kaynaklara erişimi yeterince bulunmaktadır.

Araştırmaya katkıda bulunan katılımcıların dürüstlüğünü ve mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalar da araştırmanın inandırıcılığı ve güvenilirliğini arttırmaktadır (Shenton, 2004). Bu amaçla “verilerin toplanması” bölümünde anlatıldığı gibi palyatif bakım servisinde doktorlar tarafından uygunluğu onaylanan aile üyeleriyle bir öngörüşme yapılmış ve aile üyelerinden bazıları kriterlere uygunsuzluğu sebebiyle araştırmaya dahil edilmemiş bazı aile üyeleri de kendi imkanları el vermediğinden ya da kendi kişisel tercihleri sebebiyle araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Bu sayede gerçekten katılmaya gönüllü ve deneyimlerini paylaşmaya istekli kişilerle görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara istedikleri her an görüşmelerin durdurulabileceği ve sonlandırılabilceğinin güvencesi verilmiştir. Nitekim görüşme sırasında hastaların herhangi bir ihtiyacını karşılama gereksinimi duyduklarında görüşmeler ve ses kaydı durdurulmuş ve katılımcıların uygun olduğu bir zamanda tekrar başlatılmıştır. Bir katılımcı ise hastasının durumunun kötüleşmesinden kaynaklı görüşmeden ayrılmıştır. Ayrıca katılımcılar ile görüşmeler yapılırken odada kimsenin bulunmamasına özen gösterilmiş ve katılımcıların özgürce cevap vermesi sağlanarak mahremiyetine saygı duyulmuştur.

Nitel araştırmalarda verilerin nasıl toplandığı hakkındaki detayların çalışmada yeterince anlatılması anlamına gelen “şeffaflık” kavramı bir kalite belirleyicisi olarak geçmektedir (Yağar, 2023). Araştırmanın gereç ve yöntemi bölümünde verilerin toplanmasıyla ilgili gerekli detaylar yer almaktadır.

Araştırmacı ve denetleyici arasında sık sık yapılan bilgilendirme oturumlarının da inandırıcılığı arttıracığı belirtilmektedir (Shenton, 2004). Araştırmacı, çalışmanın her aşamasında danışmanıyla iletişimde kalmıştır. Özellikle kodların, kategorilerin ve temaların belirlenmesi ile bulguların yazılması aşamasında denetim mekanizması olarak danışmanla uzlaşmaya gidilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarının geçmiş çalışmalarla ne derece uyumlu olduğunu değerlendirmek de araştırmaya olan güveni arttırmaktadır (Shenton, 2004). Tartışma

bölümünde araştırmanın bulgularına dair kanıtlar sunularak bu çalışma için güvenilir veri oluşturulmaya çalışılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etiği

Araştırmacı katılımcılarla ilgili etik ilkelere uymaya özen göstermiştir. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sunulmuş, gerektiği durumlarda araştırmacı okumuş ve imzalatılmıştır. Bilgilendirilmiş onam formunda çalışmayla ilgili genel bilgiler, çalışmaya katılmama ve istediği an bırakma hakkının olduğu, herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ya da ödenmeyeceği, görüşmelerin ses kaydına alınacağı ancak isimlerin gizli tutulacağına dair bilgiler yer almıştır. Katılımcıların kişisel bilgiler kişi veya kurumlarla paylaşılmamış ve katılımcıların gizliliğine dikkat edilmiştir. Araştırmada katılımcıların gönüllü olarak katılmaları esas alınmış ve araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı tercih eden katılımcılarla kendi istedikleri zamanda ve ortamda görüşme gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada etik konular hususunda ise öncelikle Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.01.2024 tarihli ve 2024/658 sayılı kararı ile uygunluk onayı alınmıştır. Ardından ise Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'nun 07.02.2024 tarihli ve 01-19 no'lu kararı alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır.

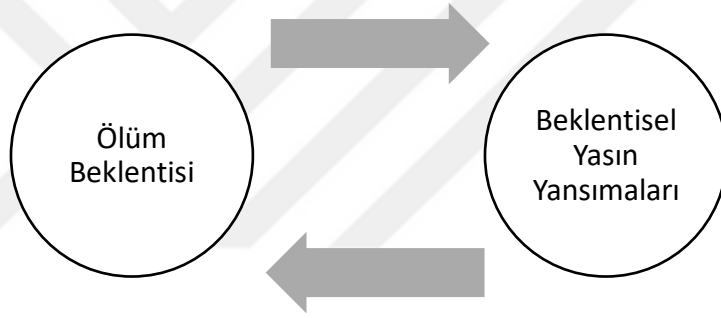
Araştırmanın raporlama sürecinde katılımcıların kimlik bilgileri anonim hale getirilmiştir. Katılımcılar için K1, K2... şeklinde kodlamalar kullanılmış, hastalar ise H1, H2... şeklinde kodlanarak tanımlanmıştır. Araştırma sürecinde katılımcılardan elde edilen bilgilerin gizliliğinin korunmasına özen gösterilmiş, ses kayıtları ve diğer veriler güvenli bir şekilde muhafaza edilmiştir.

4.BULGULAR

Palyatif bakım servisinde terminal dönemdeki hastasına bakım vermekte olan aile üyeleri ile yapılan bu çalışmada; ölüm beklentisi ve beklentisel yasın yansımaları olarak iki ana tema belirlenmiştir (Şekil 4.1.).

Ölüm beklentisi temasında ölüme kabullenme ve ölüme hazırlanma olarak iki kategori belirlenerek çalışmanın amacına uyulmuş ve hasta yakınlarının ölümü kabullenmelerindeki kaynakların neler olduğu ve hastaların ölüme hazırlanırken ne gibi yöntemler kullandığı ortaya çıkarılmıştır.

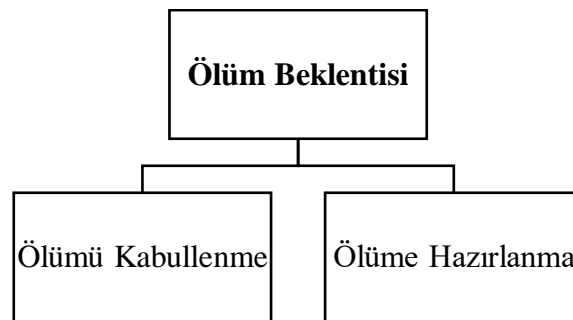
Beklentisel yasın yansımaları temasında ise duygusal tepkiler, kayıp, sosyal bağlam, hastanın yanında olma, başa çıkma ve umut temaları oluşturularak bakım veren aile üyelerinin hastalarının ölümünü bekleme sürecindeki beklentisel yas deneyimleri incelenmiştir



Şekil 4.1. Araştırmanın temaları

4.1. Ölüm Beklentisi

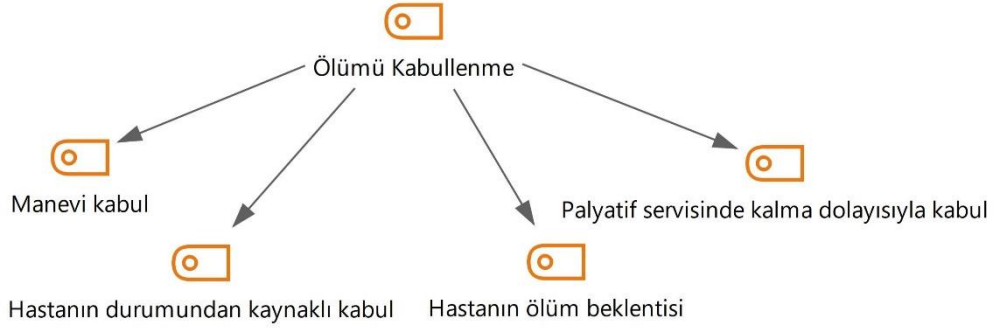
Bakım veren aile üyelerinin ölüme hazır olma durumları, bu durumu kabullenmelerinde etkili olan faktörlerin neler olduğu, hastanın ölümünü beklerken ölüme hazırlanmak için neler yaptıkları ölümü kabullenme ve ölüme hazırlanma kategorilerinin altında ele alınmıştır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. "Ölüm beklentisi" temasının kategorileri

4.1.1. Ölümü kabullenme

Bakım veren aile üyelerinin sevdikleri bir yakının ölümünü kabullenmelerinde birçok faktör olduğu görülmektedir. Bunlar; manevi kabul, hastanın durumundan kaynaklı kabul, hastanın ölüm beklentisi, palyatif bakım servisinde kalma dolayısıyla kabul başlıkları altında değerlendirilmektedir (Şekil 4.3.).



Şekil 4.3. Ölümü kabullenme kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Manevi kabul

Maneviyat kavramı bireylerin ruhsal ve ahlaki boyutunu kapsayan geniş bir yelpazeye yayılmış olsa da (Sarı, 2024) bu çalışmada manevi kabul çoğunlukla kişilerin dini inancı dolayısıyla ölümü kabullenmeleri olarak öne çıkmaktadır. Hasta yakınlarından bir kişi hariç hepsinde önemli bir kabul kaynağı olarak görülen manevi kabullenme görüşmelerin süresi boyunca sürekli tekrar edilerek kendini göstermiştir.

Yapılan görüşmelerde katılımcılar sevdiklerinin hastalığının ilahi bir takdir olduğuna inanarak bu durumu kabul etmek durumunda kaldıklarını belirtmiştir.

“Allah’tan geldiği için katlanıyoruz.” (K1, eş, erkek)

“Yani çoğu yani biz Müslüman olduğumuz için hep Allah’tan gelen bir şey kabul ediyoruz.” (K10, kız kardeşi)

Katılımcılar kendilerine ve sevdiklerine verilen yaşamın emanet olduğu düşüncesiyle ve yaşamın ve ölümün Allah tarafından belirlendiği inancından hareketle ölümü kabullendiklerini ve bu durumun değişmesinde maddi gücün herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmiştir.

“Ne kendim için ne başkası için. Yani bu, benim, ben bu konularda çok soğukkanlıyım. Torunum da olsa evladım da olsa Allah bize her şeyi emanet vermiş zaten. O aldığı

zaman da bir şey yapamayız ki. Verirken Rabbim bize sormadı alırken de bize sormaz.” (K5, kızı)

“Ne hissedebiliriz? Veren Allah'ım dedim alır. Veren Allah'ım şifasını versin, iyiliğini versin. Paramız çok satın mı aldık hanım kızım? Allah biliyor ne yapabilirim.” (K4, eş, kadın)

Aile üyeleri, hastaları terminal döneme girdikten sonra ölüme bakış açılarında herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etmiştir. Katılımcılar ölümün Allah'ın takdiri olduğu, ölümün herhangi bir zamanda, herhangi bir kişinin başına geleceği yönünden belirsizlik taşıdığı inancıyla süreci anlamlandırmıştır. K3 isimli katılımcı bu durumu değiştirmek için kendilerinin herhangi bir çabasının fayda etmeyeceğini çünkü bu durumun Allah tarafından belirlendiğini ve K5 isimli katılımcının ise ölen kişilerin manevi olarak inandıkları bir güce kavuşacaklarını düşündüklerinden ölüme bakış açılarının da kötü olmadığını belirtmiştir.

“Yok niye olsun da. Ölüm haktır ya. Yani ne diyorum ben ondan önce ölebilirim yani. Kimse bilemez yani. Ölüm haktır. Ölüm bir temizliktir diyorum yani. Allah'ım sağlar olsun. Yani bunun bilincindeyiz elhamdulillah. Yani kimin ne zaman ne olacağını bilemeyiz yani. Allah'ım hayırlı ölümler versin inşaallah hepimize. İman kuran nasip etsin. Başka dediğim bir şey yok. Diyeceğim ona o yönlerden hiçbir şey yok. Ölüm hakkında hak olduğu için bir şey diyemem yani. Bizim elimizde olan bir şey değil. O yaradanın elinde, diyeceğim bir şey yok.” (K3, oğlu)

“Olmadı. Ölüm Allah'ın emri. Hepimizin gideceği yer orası. Rabbim şu anda beni çağırıyorsa babam benim ölümü görecek. Rabbim bizim ne kadar ömrümüz var bilmiyoruz. Babamızı çağırıyor. Allah'ına kavuşacak... Ama gerçek dünyaya gidiyor, Rabbine kavuşacak. İnşallah ameli de, imanı da güzelse, güzel şeylerle mükâfatlandırılacak. O yüzden ölüme bakışım kötü değil yani. Ölümünden hiç korkmuyorum.” (K5, kızı)

K5 isimli katılımcının ayrıca ölmekte olan babasının son zamanlarında dini yönünü hatırlamasından ve bu inançla hayata veda edeceğini bilmesinden dolayı bir rahatlık duyduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca babasının devamlı olarak maneviyatını dile getirmesinin kabullenme sürecinde etkili olduğunu ifade etmiştir.

“İşte inancımız dolayısıyla. Dini inancımız ve babamıza olan sevgimiz saygımızdan dolayı kendimizi hazır hissediyoruz. Telkin ediyoruz. Hani böyle imanla öleceği için, sürekli Allah'ı andığı için, sürekli şehadetler getirdiği için, sürekli namaz kılmak istiyor. Sürekli beni camiye götür kızım bak karşımda duruyor, cami beni bekliyor diyor. Yani onlara çok üzülüyor. O yüzden hani kabullenmiş oluyoruz bir yerden” (K5, kızı)

K10 isimli katılımcı ablasının hastalığından kaynaklı bu durumu en başından kabul ettiklerini ifade etmiş olsa da bu durumun ablasının kaderi olduğunu belirterek hastanın hastalığını ve ölecek olmasını manevi bakış açısıyla değerlendirmiştir.

“Yani baştan kabulleniyorduk. Zaten bizim korkumuz hep buydu, biz diyorduk ki Rabbim elden ayaktan düşmesin. Yani ablam, çok yani, narindi, nazikti, kimsenin kalbini kıramazdı. Elden ayaktan düşmesin, kimse bıkmасыn, usanmasın, kimseye çile olmasın, kimseye yük olmasın. Yani biz buna hep dua ediyorduk, yani istiyoruz Rabbimden de. Maalesef kaderde yazılmış yani. Yani bu duruma geleceğini biliyorduk.” (K10, kız kardeşi)

Katılımcılar ayrıca bu süreç ile kendilerinin Allah tarafından sırandığını, bu süreçte yaşanılacak zorlu olaylar karşısında gösterecekleri tutum ve davranışların ölçüldüğü düşüncesinden hareketle sevdiklerinin ölümünü anlamlandırmakta ve bu durumu kabullenmektedir.

“Eşim böyle olunca ama şükrettik Allah'tan geldi. Biz imtihana katılıyor dedik. Bu imtihanı başaralım dedik.” (K1, eş, erkek)

“Biz demek ki kabul olması için veyahut da cennete direkt girebilmek için hepimizi sınavdan geçiriyorsun. Diyoruz yani bunu da biliyoruz” (K6, kızı)

“Hani şu an yani o bir imtihanda hani tıbbi olarak yapılabilecek bir şey kalmadı. Tabii onunla birlikte biz de onunla yaşayan kişiler olarak bir imtihandayız.” (K9, kızı)

Katılımcıların ölüme olan bakış açıları sayesinde de yakınlarının ölümünü daha rahat kabul ettikleri görülmektedir. Şuan yaşadığımız hayatın geçici olduğunu, öldükten sonra asıl hayatın başladığını düşünerek sadece hastaları için değil, kendileri dahil herkesin ölümünü kabullenmektedir. K10 insanların dünyada misafir olduğunu ve insanların ölümünün belirsiz olduğunu dile getirerek, K3, K5, K8 ve K12 ölümün yok oluş değil, ebedi alemde yaşamak olduğuna inanarak bu süreci manevi inançlarıyla anlamlandırmaktadır.

“Ne diyeyim başka yani ölüm buradan değil de öbür tarafa ebediyete gitmektir yani başka bir başka bir anlamı yoktur.” (K3, oğlu)

“Yani ölüm şey değil aman kayboluş değil. Bitiş değil. Aslında başlangıç. Mesela bu kapıdan çıkıp öbür kapıya girmek. Gerçek hayata girmek. Allah'a kavuşmak.” (K5, kızı)

“Cenab-ı Allah'ın bu dünyadaki geçici verdiği sürenin sona ermesidir. İçerisinde yaptıklarınızla orada, ondan sonra ebedi alemde karşılığını alabileceğiniz bir dönem diyor.” (K8, eş, erkek)

“O yüzden de sonuçta hayatında bu dünyanın geçici ama hayatında ölümle birlikte bitmediğine öbür dünyada devam ettiğine inanan bir insanım. Yani öyle olunca da nasıl olsa hepimiz öleceğiz. Keşke de çok da acı çekmese.” (K9, kızı)

“Hepimiz misafiriz ama belki ben ondan önce de gideceğim. Kefil olamam. Ha pazar günü yola çıkıyorum, belki yola varamam. Eve de varamam. Onu da biliyoruz. Ama işte böyle bekledim edeyim bir başka oluyor yani.” (K10, kız kardeşi)

“Ölümün bir başka aleme taşınmak diye düşünüyorum. Bu yok oluş değil, başka alemde yaşamak.” (K12, eş, erkek)

Hasta yakınlarının ifadelerine bakıldığında ortak söylemin ölümün kaçınılmaz bir son olduğu düşüncesidir. Bütün insanların öleceği düşüncesinin kendi hastalarının ölümünü kabullenmeyi kolaylaştırdığı görülmüştür.

“Anlatılmaz yaşanır ama yaşayacak her nefis ölümü tadacak.” (K1, eş, erkek)

“Bütün her insan için biliyorsunuz ölüm vardır yani gerçek, kaçacağımız bir yer yok yani” (K3, oğlu)

“Ölüm işte bir gün varız bir gün yokuz. Topraktan geldik toprağa gideceğiz. Bundan kurtuluş yok. Ölümün büyüğü küçüğü olmaz. Yaşlısı genci de olmaz. Sonuçta ölüm. Can. Azrail’e Allah verdi canı ama o da alacak. Yapacak bir şey yok... Bu dünya kimseye kalmaz. Bir yandan geliyor, bir yandan nesil gidiyor. Bir yandan geliyor, bir yandan gidiyor. Bu dünya böyle bir dünya” (K4, eş, kadın)

“Sonuçta hepimiz öleceğiz. Ölümü her canlı doğar, yaşar, büyür ve ölür. Ölümü kabullenmiş bir insan olduğumu düşünüyorum” (K9, kızı)

Yapılan görüşmelerde, katılımcıların hastalık ve ölümü ilahi bir takdir olarak gördükleri ve bu inançla süreci kabullendikleri anlaşılmaktadır. Ölümün yalnızca Allah’ın iradesiyle gerçekleşeceğine inanan katılımcılar manevi olarak ölüme hazırdır.

Hastanın durumundan kaynaklı kabul

Bakım veren aile üyeleri hastalarının terminal dönemde fiziksel durumlarının daha da kötüleştiğini gözlemleyerek kişilerin ölmesi fikrini kabullenmeye başlamaktadır.

“Her gün biraz daha kötüye gitti yani o kadar bakılmasına rağmen yani. Biz de bunu kabullendik.” (K6, kızı)

“Ben sürekli olumlu şekilde annem olduğu için düşünsem bile işte 3 ay öncesine göre daha kötüyüz. Ondan 3 ay öncesine göre de daha kötüyüzdük. Sürekli bir azalan eğilimde olduğumuz için aklımdan çıkmıyor tabii ki. Yani düşünüyorum bu durumu.” (K2, oğlu)

“Onkolojiye buradan gidemeyiz herhalde. Çünkü hastalık son şeyine vardı. Şimdi önceden ağrı kesici bize, yani günde iki tane, bir tane verdikleri oluyordu ağrı kesiciyi. Şimdi dört tane ağrı kesici bağlıyorlar. Günün üç saati bağlıyor ağrıyor diye. Şimdi ağrı kesici herhalde altıya çıkardılar. Altı ağrı kesici. Bir de vücuda yapışan o yapışkan ağrı kesicilerden verdiler bir de. Yani bu kadar şeyle yani bu hastalığı geri döndüremezler diye düşünüyorum” (K12, eş, erkek)

K5 isimli katılımcı babasının palyatif bakım servisine alınmadan önce de sağlık durumunun kötü olmasından kaynaklı terminal dönemin kendisi için şaşkınlık yaratmadığını, babasının sağlık durumunun gün geçtikçe kötüleştiğini ve palyatif bakım servisinde olmaktan

memnun olduğunu belirtmiştir. Babasının ölümünü hastanın fiziksel durumundan kaynaklı sezme yoluyla kabul ettiği anlaşılmaktadır.

“Ama buradaki durumunu benim de gözlemlediğim kadarıyla durumu iyiye gitmediğini ben de gördüm. Ondan sonra doktorun söylediğinde de hani üzüldüm ama şaşırmadım. Çünkü evdeki süreçlerimiz çok zordu. Çok fazla krizler geçirdi. Biz onların önceden bilmiyorduk nöbet olduğunu. Sonra doktorlar söyleyince anladık ama o nöbet dönemleri de çok zor geçti. Acayip zor geçti. O yüzden burada olmak iyi oldu yani bize de iyi oldu.” (K5, kızı)

K10 isimli katılımcı, hastalık sürecindeki ablasının fiziksel varlığının devam ettiğini ancak yaşam kalitesinin artık anlamlı bir düzeyde olmadığını belirterek ölümünü istemektedir. Bu durumu da sadece nefes almanın yaşamak olmadığını düşünerek ifade etmiştir.

“Yani bu yaşıma zaten geldim, altıncı hafta, beşinci hafta oldu. Yanında oturmuşum, yani zaten ablam yaşamıyor. Bir nefesi burada, sadece nefes alıyor. Sizce bu yaşam mı? Diyelim Rabbim yolu açık etsin.” (K10, kız kardeşi)

Hastaların sağlık durumlarının çok kötü olması ve yoğun acı çekmeleri, aile üyelerinde sevdiklerinin iyiliği için ölümü dileme düşüncesine yol açmaktadır. Bakım veren hasta yakınları hastalarının daha fazla acı çekmemesi adına ölümü kabullenmektedir.

“Üzgünüz ama şu anda ağlayıp sızlamıyoruz daha. O süreç yaşamadık hiç görmediğimiz için. Biliyoruz, bildiğimizde de biraz daha metin olmamızın sebebi babamızın çok acı çektiğini bilmek. Çok aşırı ağrıları, çok çok fazla arttı. Aşırı ağrılar çektiğini bilmek. Onu o ağrılardan kurtulmasını istiyorum. Ama o an gördükten sonra nasıl bir duygu yaşarım onu bilemiyorum. Tabii ki patlaması olacak bu sabretmenin. Bu durmanın, bu susmanın tabii ki patlaması olacak diye düşünüyorum.” (K5, kızı)

“Biz yaralar iyi olacak çıkacağız diye yani, yani çok da yani çıkacağımızı Allah biliyor, beklemiyoruz. Acaba mı ki? Çünkü çok acı çekiyor ya. Rabbim rahmetini sunsun diye dua ediyoruz.” (K6, kızı)

“Ama bunun bitmesini istemenin birkaç boyutu var. Hem o çok acıyı çekmesin...” (K9, kızı)

Sonuç olarak, hastaların terminal dönemdeki fiziksel kötüleşme ve artan acıları, bakım veren hasta yakınlarının ölümü daha kolay kabullenmelerine neden olmakla birlikte bu süreçte yoğun duygusal karmaşa yaşamalarına yol açmaktadır. Ölümü kabullenme sevdiklerinin iyiliği için ondan vazgeçme olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastanın ölüm beklentisi

Hastaların kendi ölümlerini kabul etmeleri ve bu durumu bakım veren yakınlarıyla paylaşmaları, aile üyelerinin ölümü kabullenmelerinde kolaylık sağlamaktadır. Bu durumu doğrudan ifade eden K2 katılımcısının ifadesi aşağıda verilmiştir:

“...kendisi de annem sık sık dile getiriyordu mesela son süreçlerde. Ölmek istiyor yani. Kadın “Allah canımı alsın” diye dua ediyor yani. Bu süreçlerle hazırlanıyorsunuz tabii ki bu halde. Yas süresinde yaşıyorsunuz bunu sürekli olarak.” (K2, oğlu)

K6 isimli katılımcı ise ölmekte olan annesinin kendisinin ölümünü istemesinin sonucu olarak hastanın ölümünü daha sık düşündüğünü ifade etmiştir.

“Ne sıklıkla, çok ah ettiği zaman çok darda kaldığı zaman ellerimizi tuttuğu zaman, hani Ya Rab artık kurtar beni diyor kendi diyor yani. Ya Rab al emanetini dediği zaman yani.” (K6, kızı)

K1 ve K8 isimli katılımcılar süreci kolaylaştırma ve ölümü kabullenme hakkında herhangi bir şey söylemeseler de eşlerinin kendi ölümlerini biliyor ve bekliyor olmalarının farkındalığına sahiptirler.

“Kendisi de bıktı artık yata yata üç aydır kendisi de söylüyor... hem hastalığını biliyor hem de durumum iyi değil ben öleceğim diyor” (K1, eş, erkek)

“Tabi bilgilendirildim her şey bilgimiz dahilinde. Kendisi de biliyor hastanın zaten.” (K8, eş, erkek)

Sonuç olarak hastaların ölümü kabullenip yakınlarıyla paylaşmaları yalnızca bireysel bir içsel süreç değil, aynı zamanda bakım verenlerin beklentisel yas deneyimlerini şekillendiren önemli bir etkidir. Bu durum, ölüm sürecinin her iki taraf için de daha az travmatik olmasını kolaylaştırmaktadır.

Palyatif bakım servisinde kalma dolayısıyla ölüm beklentisi

Bu kategori sadece bir hasta da gözlemlenmiş olsa da önemli bir farklılık yaratmasından dolayı araştırmacı tarafından ölüm beklentisi temasına eklenmiştir.

K12 isimli katılımcı duyma problemi ve hastalık süreçlerinden kaynaklı zihinsel bir karmaşa içinde olması ve odaklanmada problem yaşaması sebebi ile doktor ile görüşmeyi ağabeyinin yaptığını, ağabeyinin ise durumu kendisinden gizlediğini ima etmektedir.

“Benim kulağında bazı problemler var. Bir de şu durumda yani doktorun söylediği on laftan beşini kaçırırım diye. Abime dedim, sen görüş doktorla diye. Abimle yengemi gönderdim. Onlar görüştüler doktorla. Ben hanımla bir sıkıntımız vardı. Ağrılarından

dolayı ben gidemedim. Hatta ben tıraş olmaya gittim evime, banyo yapayım, tıraş olayım diye. Onlar da bana, beni atlatmak için de olsa gerek iyi, tedavi devam ediyor dediler.” (K12, eş, erkek)

Bu açıdan hastalığın son döneminde olduğunu ve hastanın yakın zamanda vefat edeceğini palyatif bakıma girip de herhangi tedavi edici bir müdahalede bulunulmadığında sezme yoluyla anlamıştır.

“...Oradan da buraya gönderdiler. Size daha iyi bakılacak diye. Buraya gelince de anladım durumun ne olduğunu. Sadece ağrı kesici veriyorlar. Demek ki dedim son tedaviye cevap vermiyor. Ağrılarını bari keselim gibi bir şey oldu yani burada son dönem geldiğini anladım yani.” (K12, eş, erkek)

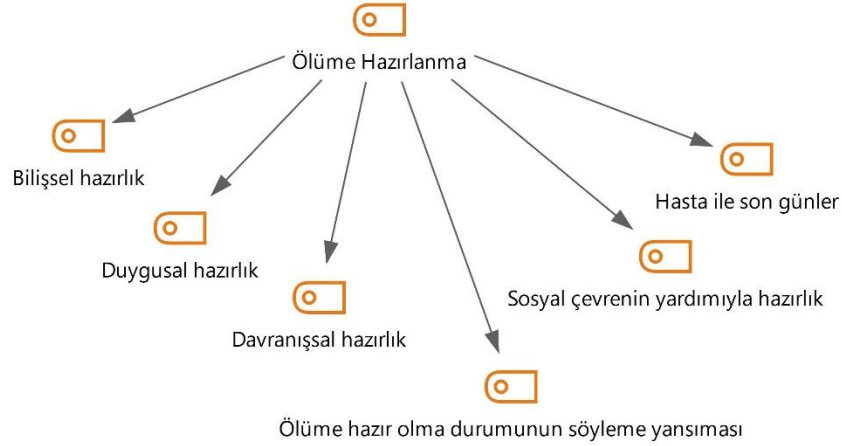
Ölümü kabullenme kategorisinde, bakım verenlerin sevdiklerinin ölümünü kabullenme süreçlerinde çeşitli faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Manevi inançlar, ölümün ilahi bir takdir olduğu düşüncesiyle sürecin anlamlandırılmasını kolaylaştırmış, bu inançlar hem hasta hem de aile bireylerine duygusal bir rahatlık sağlamıştır. Hastanın fiziksel durumundaki kötüleşme ve artan acılar, yakınlarının ölümü daha kolay kabullenmesine neden olmuş, ancak bu durum karmaşık duygusal tepkilerle eşlik etmiştir. Ayrıca, hastaların kendi ölümlerini kabul etmeleri ve bu durumu yakınlarıyla paylaşmaları, aile bireylerinin sürece daha hazırlıklı olmasını sağlamıştır. Palyatif bakım sürecinde, özellikle terminal dönemde tedavi edici müdahalelerin durdurulması ve sadece ağrı kontrolüne odaklanması, ölüm beklentisinin netleşmesinde önemli bir rol oynamıştır. Genel olarak, bakım verenlerin bu süreci anlamlandırma ve kabullenme şekillerinin hem bireysel hem de toplumsal değerlerle şekillendiği, bu süreçte manevi, fiziksel ve psikososyal unsurların bir bütün olarak ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır.

Bakım verenlerin sevdiklerinin ölümünü kabullenme faktörleri ve süreçleri, ölüme hazırlanma sürecinin temelini oluşturmakta, kabullenmenin sağladığı farkındalık bireylerin ölüme hazırlanmalarını sağlamaktadır.

4.1.2. Ölüme hazırlanma

Terminal dönemdeki hastalarına bakım veren aile üyelerinin ölüme hazırlığı bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutta gerçekleşmektedir (Hebert ve ark., 2009). Bu bilgiden hareketle yapılan çalışmanın analizleri de buna uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Hasta yakınlarının ölüme hazır olma durumlarını öğrenmek üzerine görüşmelerde sorular sorulmuş ve hasta yakınlarından bir kişi hariç tüm katılımcıların bu durumu önceden düşündüğü, zihinsel olarak hazırlandığı, sevdiği kişinin ölümü gerçekleştikten sonra neler yapılacağı üzerine kafa

yorduğu, hazırlanmasında ve kabul etmesinde etkili olan faktörlerin neler olduğunu değerlendirdiği anlaşılmıştır. Bu temanın alt kategorileri bilişsel hazırlık, duygusal hazırlık, davranışsal hazırlık, ölüme hazır olma durumunun söyleme yansıması, sosyal çevrenin yardımıyla hazırlık, hasta ile son günler olmak üzere analiz edilmiştir (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Ölüme hazırlanma kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Bilişsel hazırlık

Bilişsel (bilgi) boyutu Hebert ve ark. (2009)'na göre bakım verenlerin hastalığın gidişatına dair tıbbi bilgi, toplum kaynaklarına erişim gibi pratik bilgi, aile içi çatışmaların nasıl çözüleceği gibi psikososyal bilgi ve dini/ruhsal bilgi talep etmek olarak açıklanmıştır. Bu çalışmada ise bilişsel hazırlık kişilerin ölümü zihinsel olarak anlamlandırması ve zihinsel olarak hazırlanması olarak kabul edilmiştir. Bundan hareketle kişilerin ölümü kabullenmeleri, bu konuda bilgilendirilme ihtiyacı, hastalığın çok uzun süredir devam etmesinden dolayı ölümü zihinsel olarak benimseme gibi durumlar bilişsel hazırlık olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan görüşmelerde hasta yakınlarının birçoğu doktorlar tarafından konu hakkında bilgilendirme sağlandıktan sonra ve ölümün gerçekleşmesi ihtimaline karşılık yakınları ile vedalaşması söylendikten sonra sevdikleri yakınlarının ölümüne zihinsel olarak hazır hale gelmişlerdir.

“Ya şimdi doktorlar, geliyorlar, söylüyorlar, her an hazırlıklı olun diyorlar yani. Ha bugün olmaz 1 ay olur; 1 ay olmaz, 1 hafta olur diyorlar yani. Onu biz bilemeyiz ama her an hazırlıklı olun yani, tanıdığınız, yakınınız, akrabanız varsa bildirin diyorlar yani.” (K3, oğlu)

“Zaten biz annemin hasta olduğunu biliyoruz da hoca da iki gün önce yani oraya kızlarını filan topla, helalleşsinler deyince yani.” (K11, gelini)

K5 isimli hasta yakını da daha önceki alıntılarında da görüleceği üzere babasının ölümünü daha önceki krizlerinden ve sağlık durumunun gittikçe ağırlaşmasından kaynaklı beklediğini belirtmiştir. Ancak sürecin bu kadar çabuk gerçekleşmesini ummadığı için şaşırıldığını dile getirmiştir. Aynı şekilde babasının ölümünün kısa sürede gerçekleşme ihtimali olduğu bilgisi doktorlar tarafından paylaşıldıktan sonra yakının vefatına zihinsel olarak hazır hale gelmiştir.

“İlk duyduğumda çok şok oldum. Bu kadar yakın beklemiyordum hastalığın sürecini çabucak böyle. Çok fazla dediler şeyi yok, babanızın vakti zamanı yok. İki hafta, üç hafta, bilemedin, taş çatlasın bir ay belki dediler. Bizi taburcu edecekler sandık. Biz dedim evde bu süreci nasıl geçireceğiz? Biz zaten evde bakamadığımız için yemedi, içmedi, hiç sıvı almadı ve sıvı kaybı çok fazlaydı... Hayır dediler. Sizi göndermeyeceğiz. Amcamızın son anına kadar onun ne kadar ağırlarını dindirebiliriz, ne kadar rahat ettirebiliriz. Onun için biz de çaba göstereceğiz. Siz de hazırlıklı olun dediler.” (K5, kızı)

Aile üyeleri sevdikleri kişilerin ölümüne yine doktorların yapılacak herhangi bir tıbbi müdahalenin kalmadığı ve hastalığın iyileşmesine yönelik bir tedavi seçeneğinin bulunmadığı konusundaki paylaşımından sonra hazır hale gelmişlerdir.

“Onlar müdahale etmek istediler lakin, ancak müdahale edemediler. Işın tedavisinden dolayı bağırsaklar yanmış çünkü. Ameliyat gerçekleştirilemedi... Kemoterapi alması lazım ama vücutta direnç olmadığı için alamıyor işte öyle olunca..” (K1, eş, erkek)

“Necmettin Erbakan dediler. Meram tıp işte, demiş yani ne yaşarsa demiş. Ameliyat yapsak narkoz vurunca çıkamaz dediler.” (K4, eş, kadın)

“Ameliyat olması da mümkün değil çünkü masadan kalkamaz dediler. Biz de zaten böyle bir durumda ameliyat ettirmedik yaşından dolayı. Öyle olunca artık ben de aileme söyledim işte. Abime falan söyledim.” (K5, kızı)

“Buradaki asistan doktorlardan biri dedi ki şey yapamayız artık kolonoskopi. Burada işte ağrılarını, sancularını rahatlatmak, başka yapmayacağız yani bir şey dedi yok.” (K6, kızı)

“Şimdi beyinden olduğu için pek ümidim yok. Yani şöyle, yani beyin çok zor müdahale edilebilecek bir yer. İki kere de üç kere de müdahale gördü. Yani bunu da uzmanlar da artık bir daha böyle müdahale şansımız olmadığını şey deyince, yani pek güzel bir şey görmüyorum. Daha da ağırlaşmasını da istemiyorum. En azından kendi bilinçli vaziyette, tanır vaziyette böyle şeylerle şey derse tabi daha iyi olur ya. Çok sıkıntı çekti yani daha bundan sonra fazla sıkıntı çekmesini de istemiyoruz.” (K8, eş, erkek)

“İşte 3-4 ay önce Selçuk anestezi yoğun bakımında yattı. O yoğun bakımda yattığı dönemde işte beyin cerrahiye danışıldı, şey yapıldı, hani beyin metastazı var. Artık beyin cerrahi yapmayacağını, yani cerrahi düşünmediğini söyledi. O cerrahi düşünmeyince de zaten bir tedavi şansı kalmıyor. Yani o şekilde, biz de bundan sonra yapılacak bir şey kalmadı diye kabullendik.” (K9, kızı)

“Yani doktorlar dedi ki artık yapacak bir şey yok. Yani ondan ümit kestiler. İşte, ağrıları da çok olduğundan.” (K10, kız kardeşi)

“Doktorlar dedi, teyzeyi yaptırmayın, teyze masadan kalkamaz dedi.”(K11, gelini)

K12 isimli katılımcı, önceki alıntılarda da belirtildiği üzere hastasının vefat edeceğine dair bilgiyi doğrudan doktorlar tarafından almamıştır. Diğer aile üyeleri doktorlarla görüşmesi sonrasında gerçek bilginin yakınları tarafından kendisine verilmediğini düşünmektedir. Bunun üzerine hastanın ölümüne dair beklentisi de palyatif bakıma alındıktan sonra zihninde şekillenmiştir.

“..ama hanım kendini toparlayamadı. Önceden az buçuk, benim omzuma yaslanarak gidip geliyordu. Ama o da bitti. Artık kucakta taşınır oldu. Sonrasında oradan da kan değerlerine bakıyorlar... Yani bu şekilde kemoterapi veremeyiz, dediler. Bu uygun değil, veremeyiz. Biraz daha kendini toplaması lazım dediler. Ama toplayamadı. Ondan sonra da buraya gönderince artık durumu anladık. Demek ki...” (K12, eş, erkek)

K6 isimli katılımcı hastasının sağlık durumunun ne aşamada olduğu ya da hangi açılardan kötü olduğu konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaç duymuştur.

“Şu şimdi geldiğimizde işte, ben bilmek istiyorum da neyi var, nasıl olur. Bu kadar dedi, yani yapılacak bir şey yok. Ağrısını keseceğiz. Teyzenin kırıkları var. Ayakları kırık, beli kırık, işte kemikleri kırık. Hiç ameliyat olmadı kırıklarından dolayı.” (K6, kızı)

“...Bağırsak kanseri veya kolon kanseri gibi işte. Olsa da dedi, zaten şey yapamayız dedi asistan doktor. Tabii ki dedim biz bilelim sadece dedim yani. Yani son devresi dedi.” (K6, kızı)

K8 isimli katılımcı ek olarak hastalığın çok uzun süredir devam etmesi ve hastalarının ölümüne çok fazla yaklaşmasından kaynaklı sağlık durumu her kötüleştiğinde hastanın vefat edeceğini düşünerek zihinsel olarak kendilerini hazırlamıştır.

“...çünkü o tür pozisyonlara çok girdi. Biz şu anda nefesini vermesine hazırız. Sonuçta şimdi inşallah Cenab-ı Allah kolaylık sağlar. Çünkü o halini çok gördük. Yaşadığı krizlerde, her dakika yaşadık... O şekilde 8-10 kere şeyler yaşadık. Hastanelerin yakın olmasıyla, kısa sürede getirip müdahale etme şansımız oldu. Çok ağır şeylerle karşılaştık. Onun için çok hazırız. Kendisi de zaten biliyor bunu.” (K8, eş, erkek)

Katılımcılar yakınlarının aniden ölmesiyle uzun bir hastalık sürecinin ardından ölmesini karşılaştırmış ve ani ölümlerin daha çarpıcı ve etkileyici olabileceğini, hastalığın uzun süredir devam ediyor olmasının kendilerini ölümüne hazırlanma konusunda yardımcı olduğunu belirtmiştir.

“Şimdi ailece buna hazırız. Ama mesela daha önceki yıllarda ani, daha önemli bir şey olsa belki bizi daha etkilerdi. Ama şimdi bu 6 senelik süreç içerisinde biz bunlara kademe kademe, her şeyine hazırız.” (K8, eş, erkek)

“Şu an bence onu yaşıyoruz. Yas süresindeyiz. Mesela bir insanın aniden ölümü farklıdır. Bir de hastalığı yavaş yavaş kötüleşerek vefat etmesi farklıdır... Ani ölümün daha zorluğuna inanıyorum ama bir şekilde insan, zaman uzadığında ve kendisinin de acı çektiğini, mutlu olmadığını, kendi bireysel hayatının olmadığını ve ... Bu süreçlerle hazırlanıyorsunuz” (K2, oğlu)

K6 isimli katılımcı ise bunun tam tersini düşündüğünü, ani ölümün daha kolay olabileceğini, çünkü yakınının hastalığından kaynaklı ölüme çok fazla yaklaştığını ancak ölümün gerçekleşmemesinden kaynaklı devamlı ölüm beklentisi içinde olduğunu ve bu durumun kendilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

“...daha kolay olurdu böyle her gün ölüm oldu. Kaç kere, ben böyle öldü, sekalet oldu, oğlanlara haber ettim, abi işte, işte kardeşim. Biri İstanbul'da mesela oğlunun. Halam kötü. Yazık, akşam bindi, sabaha geldiler. E, dirildi. Koronadan önce. Vallahi billahi böyle yaşadılar. Böyle yaşadık. Her gün öldük. Çok zor geçti yani sürecimiz bizim. Çok uzadı yani. Doktor bile midesinden ameliyatı olduğu zaman dedi ki 7 ay ömür veririz böyle hastalara dedi. Vallahi 7 değil neredeyse 17 olacak yıl olacak yani 10 yıl bitti Mayıs'taydı Mayıs'ta 10 yıl oldu.” (K6, kızı)

K10 isimli katılımcının ise hastasının aniden ölmesinin mi yoksa uzun bir hastalık sürecinden sonra ölmesinin mi daha iyi olacağı konusunda kafa karışıklığı yaşadığı görülmektedir.

“Böyle hasta olunca kabul ediyorsun ama aniden ölmesi... Bazen düşünüyorum, acaba aniden ölmeler daha mı şanslı mı olur? Düşünmeyelim, acaba onları mı daha çok seviyorlar? Hiç eziyet çekirmeden, böyle şanslı oluyorlar, gidiyorlar. Onu da düşünüyorum. Bazen de onların acısı daha da unutulmaz ama böyle hasta olduğunda bir teselli oluyor. Diyor ki hastaydı gitti, o acıdan, sızıdan kurtuldu. Acaba bu mu, yani böyle bir şey.” (K10, kız kardeşi)

Bilişsel olarak tek hazır olmayan katılımcının K12 olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle doktorlar tarafından doğrudan bir bilgilendirme olmamasından kaynaklı duruma hazırlanamamıştır. Kaçınmacı bir yaklaşım göstererek durumu manevi olarak anlamlandırıp ölüm üzerine çok fazla düşünmemeye çalışmaktadır.

“Hazırlayamıyorum. Hazırlamıyorum. Allah'tan gelen bir şey deyip sineye çekiyoruz yani. Bir şey yaptığımız yok.” (K12, eş, erkek)

Bilişsel hazırlık bilgilendirme, hastalık sürecinin uzunluğu, ani ölüm ve hastalık ardından ölüm gibi bireysel anlamlandırma süreçleriyle doğrudan ilişkilidir.

Duygusal hazırlık

Bu kategoride gözlemlendiği kadarıyla ve hasta yakınlarından alınan bilgilere göre aile üyelerinin yakınlarının ölümüne bilişsel olarak hazır oldukları ve ölümü birtakım anlamlandırmalarla ya da doktorlar tarafından hazırlanma ile kabul ettikleri anlaşılrsa da duygusal olarak tam anlamıyla ölümüne hazır olmadıkları değerlendirilmektedir.

“Ne hissedebiliriz? Veren Allah'ım dedim alır. Veren Allah'ım şifasını versin, iyiliğini versin. Paramız çok satın mı aldık hanım kızım. Allah biliyor ne yapabilirim. Üzülüyorum ama yapacak bir şey yok. Üzülüyorum.” (K4, eş, kadın)

“Bir gün öleceğimizi o da biliyordu biz de biliyorduk. Ama ayrılık zor işte. Yani ayrılacağımızı bilmek zor tabii.” (K5, kızı)

“Her an düşünüyoruz. Her nefes alışında nefesi kısıt kısıt almaya başladığı zaman veyahut da sürekli şehadet getirdiği zaman acaba gidiyor mu ki? Acaba bir şey mi olacak? Hiç de görmedik ya ben ölen birisini yakından hiç görmedim. O yüzden yani o kadar korkuyoruz ki bir anda olacak. Ne zaman olacak bilmediğimiz için. Hazırlıklyız ama hazır değiliz” (K5, kızı)

“Ölüm hocam Allah'ın emri yani her canlı bu ölümü tadacak. Ama dediğim gibi insan da üzülüyor yani şöyle baktın insan da dayanamıyor.” (K11, gelini)

K1 ve K8 isimli erkek eşlerle yapılan görüşmelerde aşağıdaki alıntılardan da anlaşılacağı üzere hastalarının ölümlerini manevi olarak ve hastalarının durumlarından dolayı kabullenmiş görünmektedir. Ancak, araştırmacının gözlemlerine göre görüşme sırasında yaşanan duraksamalı ağlamalar, katılımcıların eşlerinin ölümüne duygusal olarak tam anlamıyla hazır olmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca K1 isimli katılımcının duygusal olarak kendisinde birtakım yükler hissettiği söylemlerinden anlaşılmaktadır.

“Bunun her insanın için bir sonu olduğunu biliyorum. Büyüklerimize de, yakınlarımıza da, sevdiğimizimize de kaybettik. Biz de öyle takılmayız, Hepimizin sonunda böyle olacağını biliyoruz.” (K8, eş, erkek)

“Zor bir olay yani. Anladın mı? Allah'tan geldiği için yapacak bir şey yok. Allahtan geldiği için katlanıyoruz... hiç yani dünya ile alakamı kestim desem yeridir yani bıkmışım hatta ona da diyorum, Allah'ım eşimin emanetini alırsan beni de arkasından al diyorum yani bak bunu da söylüyorum haşa riya olacak da” (K1, eş, erkek)

K12 isimli katılımcı ölümüne hem bilişsel olarak hem de duygusal olarak hazır değildir.

“Bilemiyorum. Zorda kaldım. Hiç ağlamamıştım. Ağlamamıştım şimdiye kadar ama. Gerekiyormuş.”

Aile üyeleri ölümü kabullenseler de durum yaşanmadan buna duygusal olarak hazır hale gelememektedir.

Davranışsal hazırlık

Bu hazırlık boyutu gelecek üzerine düşünerek hastanın vefatından sonra neler yapılacağına düzenlenmesi, bu durumun hem aile üyeleriyle hem de ölmekte olan yakınlarıyla konuşularak yapılması, cenaze hazırlıkları ya da bunun üzerine düşünme, aile üyelerinin hasta ile vedalaşması, son günlerinde anılara yaratma olarak bu araştırmada analiz edilmiştir.

K1 isimli katılımcının eşinin kendisiyle konuşarak kendisinin ölümünden sonraki süreç hakkında taleplerde bulunmaktadır. Görüşme sırasında gözlemlendiği kadarıyla bu durum hasta yakınının durumu kabullenmesini sağlamakta ancak duygusal olarak ağırlık yaratmaktadır.

“İşte başka bir ikinci bir evlilik falan da geçen bana diyor, “evlenirsen de çocuklarımıza eziyet etmeyen hanım al, evlenirsen” diyor.. Ben de dedim “senin üstüne gül koklayacağımı sanmıyorum, sanmam da.” (K1, eş, erkek)

Hasta yakınları hastaların ölecek olmalarından kaynaklı hastalarla vedalaşma ve manevi anlamda helalleşme imkanı bulmalarından kaynaklı kendilerini daha rahat hissetmektedir.

“Bizi çok alıştırdı ya. Yani bizimle de böyle yani helalleşme imkanı da yani yarattı. Kendisi de olsa şeydi yani, biz yani çok ani olsa o şeyleri şey edemeyebilirdik, yani böyle bu şekilde, çünkü o kadar sene yaşamışsınız. İyi zamanınız oldu, kötü zamanınız oldu, olsa şeyi. bunları çok hissettiğime eminim... Kaç kere helalleştik. Gözümüz arkada değil.” (K8, eş, erkek)

“Anne hakkını helal et diyorum. Benimki de sana çok helal olsun. Anne sütü gibi sana helal olsun. Bunların hepsini burada diyorum hemşireler de görüyor. Yani bunu da içtenlikle yapıyoruz ha...” (K7, kızı)

K3 isimli katılımcı ise babasının ölümünü sıklıkla düşündüğünü, hastanın sağlık durumunun her kötüleşmesinde vefat edebileceğini düşündüğünü, bu sebeple de hastanın ölme ihtimaline karşılık dini inançları dolayısıyla babasını ölüm anına hazırlayarak manevi doyum sağladığını belirtmektedir. Ayrıca hastasının hastanede vefat etmesini istediğini çünkü cenaze hazırlıklarının daha rahat ilerlediğini belirterek hastanın öldükten sonraki süreçte neler yaşanabileceğini düşündüğünü belirtmiştir.

“Ya şimdi vefat edeceğini zaten her hastalığında aklımıza geliyor. Her komaya girdiğinde aklımıza geliyor. Her böyle sıkıntı yaşadığında zaten onu dile getiriyoruz. Hep Allah dedirtiyoruz. Yani ölme hak. Ona ölümü hatırlatıyoruz. Öyle söyleyeyim yani. Çünkü yani şeytanı başına musallat etmemek için öyle söyleyeyim ben size yani. Çünkü böyle zamanlarda şeytan biliyorsun ama öbür türlü yaparsan azapta gerek şeytan yani. Çünkü hiç olmazsa böyle zamanlarda bu hastalara dili döndüğü kadar Allah'ı hatırlatmak iyidir yani. Çünkü o tarafı hatırlatmak belki kurtuluş olur, belki onun sayesinde biz de kurtuluruz yani.” (K3, oğlu)

“Ya Şimdi eve götürsen de orda da vefat etse fark etmez. Burada da vefat etse fark etmez. Çünkü yine gelecek olan yer yine burası, yine kontrol edecek olan yer yine burası. Burada olsa yani her konuda devlet zaten alakadar oluyor. Annem hastanede vefat etti. Hiçbir Şeyle alakadar olmadık. Kimliğini verdik bütün resmi işlerini halletti hastane. Yani ne gerek var, evde olsan doktor gelecek ondan sonra otopsiyi olacak ne bileyim her Şeyi tekrar baştan yapılacak. Ha burada olmuş olsa daha kolay, daha iyi daha çabuk olur. Daha kolay olur, hem hastamız hem cenazemiz olsun daha rahat olur diyorum yani. Öyle söyleyeyim yani.” (K3, oğlu)

K7 isimli katılımcı ise hastanın vefat etmesi ihtimaline karşılık cenaze hazırlıklarının başladığını, taziye çadırlarının nerelere konulacağına karar verildiğini, cenazenin nasıl olması gerektiğinin aile içinde konuŐulduĐunu, cenaze töreni sırasında misafirlere dağıtılacak yemeklerin belirlendiğini ifade etmiştir.

“Hazırlıklara baŐlandı zaten tabii o Allah'a kalmış bir Şey ama hazırlıklar baŐlamıŐ... Zaten vefat etti mi zaten Şey araçla götürülür. Nakil araçları ile götürülür. Bizim Cihanbeyli'de morga alınır. Avrupacılar işte ablam, abilerim gelmeden de cenaze alınmaz. Onlar beklenilir. Hoca götürülür. İmam hocası, kadın. Orada yıkarlar. Geri köye geliriz...Kendi evi karşısında bir bahçenin içinde iki dekar ev var. Orayı ablam kapattırđı. Dedi, kimse bu tarafa geçmesin. Evini aldılar. Normal bir insan olduğu halde evinden aldılar. Şimdi yaŐlı halinden mi oraya taŐınıp da misafirlere ağırlayacağız. O tarafı kesinlikle emir verdi büyük ablam. Abime verdi, bizlere verdi. Çadırlar kurulur. Evet, çadırlar kurulur. Servisler lokantalarda hazır olur. Günlük servis edilir yemekler misafirlere. Çadırlar işte abimin evinin önünde kurulacak. Bir de amcamın evinde erkekler tarafı da amcamgilin evinin önünde kurulacak. Aynı l bir bitiŐik bir arsa.” (K7, kızı)

K8 isimli katılımcı eşi ile kendi cenazesi ve cenaze töreni hakkında konuŐtuĐunu, eşinin kabrinin nerede olmasını istediği yönünde bir talebi olduğunu, ancak aile üyelerinin ölümü tam olarak kabul edemediklerinden kaynaklı bu durumların konuŐulamadıĐını belirtmektedir.

“Bizim hanım Konya'ya da 30 senedir 32 senedir Konya'da. Konya'yı çok sever. Yani vefatında da burada Mevlana'nın etrafında bu ler mezarlığına konmayı Şeylerdi ve bunu çocuklara söylediğimde yani ölümünü kabul etmedikleri için yani ondan bahsetmemi falan beni tepki gösterirlerdi. Onu hiç Şey etmiyorum. Artık nasıl bir Şey olursa Aksaray'a da bir Şey deriz. Burası mı nasip olur? Ama yle bir arzusu var. Bunu da çocuklarına ve eşimin yakınlarına söyledim. Haberleri var. Bu gerçekleŐince ondan sonra, “tamam ya madem öyle bir Şey istemiş, buradaki Şeyde o sonra araŐtırılsın, eğer uygunsu olması tamamsa ona seve seve razıyız” derlerse buraya Şey ederim. Yoksa sonra memlekette bunun yeri hazır zaten.” (K8, eş, erkek)

Ayrıca K8, hastanın ölmeden önce sevdikleri yakınları ile helalleŐebilmesi için de birtakım hazırlıklar yaptığını, eşini memleketinde bir eve taŐıyarak eşinin sevdikleri yakınları ile vedalaşması isteğini dile getirmiştir.

“Bizim Aksaray’da da şimdi yeni bir asansörlü, güzel düşen bir kat dairesi olacak. İşte eşimin yakınından dolayı. Oraya, buradaki eşyayı hazırladım. Oraya götürüp, yani eşimi de böyle tekerlekli sandalyede falan arabaya bindirip götürüp, orada asansörle evine çağırıp, yani yakınlarından falan da böyle görüşürme gibi bir fikrim var. Yani evin teslim olmasını bekliyorum ya... Çünkü sonuçta bizim memleketimiz, ablası orada, abisi orada, işte yakınları, çok görüşebileceği insanlar orada. Biz burada gurbetteyiz. Burada görebileceğim sayısı kısıtlı ama orada mesela çok. Yani bu şekilde yaşatmak istiyorum. Bakalım bunların hepsi nasip.” (K8, eş, erkek)

K11 isimli katılımcı ise hastanın gelecekte olmaması düşüncesinden hareketle kendilerine annelerinden bir hatıra kalması amacı ile onun sesini telefona kaydettiklerini, gelecekte annelerini hatırladıklarında onu özlemle anacaklarını belirtmiştir. Ayrıca hastasının evde vefat etmesinin daha iyi olacağını çünkü torunu ve köyden komşuları ile vedalaşma imkanının olacağını bilmektedir.

“Dün biraz konuşturdular kızlar annemi, annemi ses kayıtlarına alalım, hani öldükten sonra, durumunu da bildikten sonra. Yani onlar bakıp bakıp ağlaşacaklar.” (K11, gelini)

“Kızım var, torunları var 3 tane, onlar da görseydi evde, “babaanne” diye gözü açık gitmezdi. Köy yerinde hepsini görseydi iyi olurdu. Telefonda konuşuyor ama tabii canlı olarak işitmeyince olmuyor.”(K11, gelini)

K1 isimli katılımcının paylaştığı bilgiye göre, eşinin torunuyla çok yakın bir ilişkiye sahip olduğu, torununun babaannesinin ölümünden mümkün olduğunca az etkilenmesi için okuldaki rehber öğretmeni ile görüşmeler gerçekleştirdiği anlaşılmaktadır.

“Benim şimdi 9 yaşında üçe giden torunum var Okulda öğretmen, yani babaannesinin çok sevdiği o da bunu çok sever Bunlar da onu çok sever üzülüyor çocuk da falan yani sizin gibi rehber öğretmen var, bilgisi olmuş gelinimi çağırmış, demiş ki “çocuğa ileride şoka girmemesi için ölüm hakkında doğmak var, ölmek var, bilgilendirme gerekli.”. Rehber öğretmenler şu anda ders veriyorlar çocuğa yani haftada bir gün dersin birinde alıştırıyorlar” (K1, eş, erkek)

Davranışsal hazırlık aile üyelerinin ölüme hazırlanırken şimdi ve gelecek hakkında eyleme geçmesi olarak yansımıştır.

Ölüme hazır olma durumunun söyleme yansımaları

Beklentisel yas sürecinde en önemli bileşenlerden bir tanesi ölmekte olan kişilerin halen hayatta olup varlık göstermesidir. Buna rağmen görüşmeler sırasında birçok aile üyesinin farkında olmadan hastaları hakkında sanki vefat etmiş gibi konuştukları gözlemlenmiştir. Bu durum hastaları hakkında konuşurken geçmiş zaman kipini kullanma ya da K6 isimli

katılımcının alıntısında görüleceği üzere direkt olarak “sağ olsaydı” kelimesinin söylenmesiyle anlaşılmaktadır.

“Gelinle konuşuyoruz, iyi günlerini konuşuyoruz. Şimdi sağ olaydı bayram börekleri yapardı. Şimdi sağ olaydı baklavalar yapardı. Şimdi sağ olaydı oğlanlara derdi, bak bayramda geleceksiniz ha, bayramda bizdeyiz ha ederdi yani hazırlıklar yapardı. Çocuklara bayramlık almak için can atardı bayramlık alayım. Onlara hep harçlık verirdi. Sağ olaydı böyle yapardı diyoruz. Böyle yani hüüzün duyuyoruz yani başını kaldır yaptıklarında yiyor muydu, yemezdi bile bizim yememizde mutlu olurdu yemezdi bile kendisi.” (K6, kızı)

“Benim eşim diye söylemiyorum kişilik olarak iffetiyle, her şeyiyle, saygısıyla, sevgisiyle iyi bir insandı.” (K1, eş, erkek)

“İyiymi . Hali hoş. Hocada. Hane reis bir de. Oralar ıssız çinil çinil öter. Öyle işte.” (K4, eş, kadın)

“Annem iyi, çok iyiydi annem. Birbirimiz anlaşırdık. Hem teyzem hem kaynanam. Güzel bir insan, iyi bir insan. Evet, iyi bir insan. Bana hiç bir kötülüğünü görmedim şimdi... O benim hem annem hem teyzem.” (K11, gelini)

“Anlamı çok büyük ya. Eşim olduğu için. Ne bileyim bazı şeyleri anlatılmaz işte. Güzel bir evlilik hayatımız oldu. İyi birisiydi. İyi birisiydi.” (K12, eş, erkek)

Görüşmelerde, bireylerin hastaları hakkında şimdiki zaman yerine geçmiş zaman ifadelerini kullanmaları, hastalarının artık varlık göstermediği hissini yansıtmaktadır. Bu durum, hasta ile kurulan ilişkinin zihinsel olarak bir "veda" sürecine girdiğini ve kayıp fikrine önceden uyum sağlamaya başladıklarını göstermektedir.

Sosyal çevrenin yardımıyla hazırlanma

Ölüme hazırlık sürecinde sosyal çevrenin desteği, bireylerin bu zorlu dönemi daha kolay kabul etmelerine ve süreç boyunca yapılan görüşmeler ve ziyaretler sayesinde duygusal anlamda rahatlamalarına önemli katkılar sağlamaktadır. Sosyal çevre; aile, arkadaşlar, komşular, meslektaşlar ve dini ya da manevi topluluklardan gelen destekleri içermektedir.

“Birbirimizle, herkesle konuşuyoruz. Eşim çevrem, eşim, dostum, arkadaşlarım, Allah razı olsun, her taraftan arayan insan çok, zamanı geliyor mesela sosyal medyadan falan paylaşıyoruz bazen, Whatsapp olsun, öbür taraftan değil de, Whatsapp'ta görüştüğümüz zaman arkadaşlarımız, Allah razı olsun, destek verenler çok, onlar sayesinde yani. Yani destek veren insanlar çok, istişare ettiğimiz insanlar, yani sözleştiğimiz, konuştuğumuz insanlar yani, derdimizi dinleyen insanlar çok.” (K3, oğlu)

“Tabii eşle dosta konuşuyoruz işte şunu söyledi, bunu yaptı. Ondan sonra onları konuşuyoruz. Tabii hatıralarını da konuşuyoruz. Eskiden yaptığı şeyleri de. Vay mesela bugün kuzenlerim geldi. Vay amcam sen böyle olacak adam mıydın diyorlar.” (K5, kızı)

“Sadece ziyaretlere gelip gidiyorlar. Hani onlar da zaten biz söylemesek de ben anlıyorlar. Bilenler ve mesela vefat yaşayanlar biliyorlar diyorlar ki hayır amcanın günahı az kalmış bakışlarından, gözünün renginden biz de onları onlardan öğreniyoruz. Biz bilmiyoruz mesela. Onlar anlıyorlar.”(K5, kızı)

“Çevremizde yani. Hepsi inançlı, imanlı insanlar. Ziyarete gelirler. Söylerler. “Daha nefesi tamam değil”, derler. İşte “siz çok sevap kazanıyorsunuz” diye. “Allah mizanınıza koysun” derler. Onlar da böyle hoşumuza gidiyor, öyle deyince de.” (K6, kızı)

K2 isimli katılımcı ise farklı bir bakış açısı dile getirmiş ve sosyal çevreden kişilerle sürekli olarak görüşmenin ve hastanın durumunun aynı olduğunu dile getirmenin annesinin ölümüne hazırlanmada bir etken olduğunu belirtmiştir.

“Hazırlıyor yani. Telefonla sürekli annemin aynı olduğunu, benzer olduğunu veya durumunun eskisine göre iyi olmadığını söylemek de bir hazırlaması için bir sebep. Yani siz bunu ruhen düşünce olarak düşünebilirsiniz. Tabii ki ortada bu durum ama sözlü olarak birisini aktarmak ve günün içerisinde bunu 5-10 defa yapmak sizi tabii ki hazırlama sürecine iten bir sebep. Yani bu 3 kişiyle 5 kişiyle konuşuyorsunuz. Mesela dün konuşuyordunuz, bugün konuşuyorsunuz ama bugün bir fark olmuyor. Ve bunu sesli olarak kendiniz cümle kurarak söylüyorsunuz. Yani 3 ay önce, en son sizin gördüğünüze göre çok daha farklı değil. Şu anda yatakta sağdan sola dönemiyor o durumda diyebilmek tabii ki sizi hazırlayan bir süreç oluyor. Gelişmenize sebep oluyor.”(K2, oğlu)

Sosyal destek çoğu katılımcı açısından ölüme hazırlanmayı kolaylaştırmaktadır. Gelen ziyaretçilerin duaları, daha önceki ölüm deneyimlerini paylaşmaları, hastaya bakım vermesiyle ilgili güzel sözler söylemeleri bakım veren ölüme hazırlamaktadır.

Hasta ile son günler

Hasta ile yaşanan son günler yakınlarının vefatından sonra akılda kalan ve yas dönemini ve sonraki süreçleri etkileyen bir durum olduğundan oldukça kıymetlidir. Bu açıdan bakım veren hasta yakınlarına hastaları ile son günlerinde neler yaptığı sorulmuştur.

K2 ve K9 isimli katılımcı hasta ile iletişim çabası bahsetmiş ama hastalardan herhangi bir karşılık alamadıkları için üzüntü yaşadıklarından bahsetmişlerdir. K9 isimli katılımcı ek olarak hem kendisinin hem de annesinin Kur’an-ı Kerim dinlediğini, ayrıca hastaya bakım vermekle uğraştığını ancak annesinin acılardan kaynaklı bunu istemediğini belirtmiştir.

“Son günümde sohbet ve konuşmaya daha fazla böyle bir düşünmesini sağlamaya çalışıyorum işte ama çok umurunda olmuyor bu durum. Yani torununu seviyor mesela. Ondan bahsediyorum ama onunla ilgili bir şey söylemiyor, cevap vermiyor ama anladığına %100 eminim konuşmuyor benimle. Herhangi bir şekilde sohbet etmiyor.” (K2, oğlu)

“Yani hastayla son günlerim hani ben bazen bana onunla konuştuğumda tepki veriyor. Bazen de hiç tepki vermiyor. Hani böyle takılıyorum, “küstün mü bana” falan diyorum ama konuşmakta zorlanmaya başlıyor. Zor konuşuyor. Aslında o da psikolojik olarak bir yıkımda diye düşünüyorum. Yani sonuçta onun yerine kendimi koyuyorum. Hani kimse öyle bir konumda olmak istemez. Konuşası yok. Hem enerjisi yok hem psikolojik olarak bir sessizleşti içine kapandı. O yüzden sohbet edemiyoruz. Açıkçası konuşamıyoruz. İşte bazen sesli kuran açıyorum yanımda hani o da dinlesin diye. Televizyon babam genelde izliyor, yanımda açık duruyor. İşte orada televizyondaki şeylerden yorum yapıyoruz. İşte duyduğumuz akrabalardan, evden bir haber varsa bak şu şöyle olmuş, bu böyle olmuş, haberin var mı falan diye bilgi vermeye çalışıyoruz ama ben yanında kaldığımda yani en son kaldığımda çok fazla uyudu, ben kendi halimde takıldım o kendi halinde takıldı diyebilirim yani işte biraz hareket ettirmek istiyorum canı çok acıyor hep aynı pozisyonda durduğu için hareket ederken canı çok acıyor. Benimle en çok konuşması yani son zamanlarda işte, “canım çok acıyor, bana dokunma, sen bana bir dokunma, beni hareket ettirme, uğraşma” gibi oluyor. En çok diyalogumuz son zamanlarda bu. Çünkü işte annemin idrar sondası var ve kolostomisi var. O yüzden böyle çok aktif bir bizim bez bakımımız yok. Kolostomi bakımımız var. Bez değişikliği yok ama arada altına temizlik yapıp örtüsünü falan değiştiriyorum ya da çarşafını değiştirmeye çalışıyorum. Üstünü değiştireyim falan diyorum. İşte onlar da “sen yine geldin, benim canımı acıtıyorsun” falan diye. Yani biraz bana bakım yaptığım için de kızıyor. Çünkü canı çok acıdığı için hiç dokunulsun istemiyor. O acıması da biraz da hareketsizlikten hep aynı pozisyonda durunca bizim de her yerimiz tutulur ya. Aslında bizim daha sık çevirmemiz ve pozisyon vermemiz, hareket ettirmemiz gerekiyor. Ama annem izin vermediği için de çok yapamıyoruz. Yani rahatsız etmiyoruz.” (K9, kızı)

K4 isimli katılımcı da hastanın son günlerini ona bakım vererek geçirdiğinden bahsetmiştir.

“Onunla da kalktık, altın üstünü temizledik, kremini sürdük, bezini bağlamadık. Açık havası diye açık bıraktık. Çarşaf örttük, yastıkları koyduk, böyle. Biraz acısı az da olsa diner.” (K4, eş, kadın)

Yapılan görüşmelerden alınan notlara göre K6 isimli katılımcının dini yönünün kuvvetli olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, katılımcının, hastanın son günlerinde hem kendisini hem de hastayı manevi olarak rahatlatmaya çalıştığı ve bunu çeşitli dini ritüeller ve ibadetler aracılığıyla gerçekleştirdiği ifade edilmektedir. Ancak hastaya tek başına bakım vermesinden kaynaklı hastayı yalnız bırakmadığını belirtmektedir.

“Kur'an okuyorum mesela geleli altıncı cüzdeyim. Namaz kılıyorum, derslerim var benim de sizlerin dersleri olduğu gibi, mübareklerin verdiği dersler... Onların burada okuduklarımı, yazdıklarımı halama geliyorum başına. La ilahe illallah. La derken uzatıyorum. La yok. İlahe. İlahlar yok. İllallah. Kendi de biliyordu bunları. Ancak Allah var. Muhammed Resul Allah. Muhammed sizin Resulünüzdür. Diyorum da o da diyor. Ondan sonra kendi de Rabbena'yı okuyor. Ondan sonra Elhamdülillah diyor. Kendini böyle alkışlıyor. Söyledim diye. Duyduğu için yani. Kelime-i şahadet başına getiriyor. Mutlu oluyorum öyle olduğu için. Başındayım diyorum. Ya Rabbi aklını başından almadın diyorum. Acıların hafiflet diyorum. Seni tekleyerek inşallah gelsin senin

huzuruna diyorum ya Rabbi. Rabbimi tekleyerek inşallah huzuruna gitmeyi nasip etsin. Son nefes çok önemli. Böyle vallahi bunlara güvenerek yani. Bunlara dayanarak. Ben neyim ki? Rabbim aciz bir kuluz biz. Onun emirlerini yaşamaya gayret ediyoruz. Gidiyorum hemen ayarlıyorum. Rabbim sana emanet diyorum. Gidiyorum mescitte namazımı kılıyorum. Geliyorum tesbihatı burada yapıyorum. Beş dakika koyamıyorum yani.” (K6, kızı)

K7 ise sosyal çevresinden yakınlarıyla konuşarak destek aldığını ve annesinin durumunu onlara anlatarak rahatladığını belirtmektedir.

“Valla ne yapıyorum? Telefonlara, telefon trafiği çoğalıyor. Telefonlara cevap veriyorum. Bir yandan da annemi anlatıyorum. Dualarını istiyorum.” (K7, kızı)

K8 isimli hasta yakını ise ölmekte olan eşi ile fiziksel yakınlık ve doğrudan temas yoluyla eşinin son günlerinde yalnız olmadığını ve kendisinin yanında olduğunu hastaya hissettirmeye çalışmaktadır. Bu durum hem eşinin hem de kendisinin aralarındaki duygusal bağdan kaynaklanmakta ve bu bağı güçlendirmektedir.

“Yani mümkün olduğu kadar yanında durmaya çalışıyorum. Elinden tutup mesela hareket ettirip kendisiyle ilgilenildiğini hissettirmeye çalışıyorum.” (K8, eş, erkek)

K12 ise eşi ile ölümden, ölüme hazırlıktan ya da gelecekteki yaşanacak olan olaylardan bahsetmediklerini, eşinin son zamanlarında kendinde olmamasından kaynaklı onu mutlu etmeye çalıştığını ifade etmiştir.

“Bu durumdan konuşmuyoruz da. Şu anda eşim durumundan dolayı biraz sayıklıyor. Şu an burada olmayanları çağırıyor. “Aman çocuklar şöyle olacak, şunlara bak bir şey” diyor. Laf uzatıyorum. Yaptığım bir şey yok işte. Çocuklara bak deyince “baktım hanım, çocuklar iyiymiş” diyorum... Mahallenin çocukları. Hep bizim evin oralarda oynarlar, sesini duyardı. Hala onu hatırlıyor herhalde. “Mahallenin çocuğu nasıl kavga ediyor, yok. Düştü, yok bilmem ne oldu. Bağırırlar çağırırlar, bak şu çocuklara” gibi. (ağlıyor)” (K12, eş, erkek)

Görüşmelerden elde edilen bulgular, hasta yakınlarının hem manevi hem de duygusal olarak farklı yaklaşımlar sergilediklerini ortaya koymaktadır. Katılımcılar, hasta ile iletişim kurmaya çalışırken karşılık alamamanın üzüntüsünü yaşadıklarını ifade etmiştir. Bazı katılımcılar, hastalarının son günlerinde dini ritüeller ve ibadetlerle hem kendilerini hem de hastalarını manevi olarak rahatlatmaya çalışmıştır. Bunun yanında, sosyal çevre desteği ile durumlarını paylaşarak rahatlayan katılımcılar olduğu gibi fiziksel yakınlık ile hastayla bağ kurmaya çalışan bir katılımcı da mevcuttur. Diğer yandan bazı katılımcılar, hastalarıyla ölüme hazırlık veya geleceğe dair konuşmalar yapamadıklarını, ancak bu süreçte hastalarını mutlu etmeye odaklandıklarını belirtmişlerdir.

Ölüme hazırlanma kategorisi, bakım veren aile üyelerinin terminal dönemdeki sevdiklerinin ölümüne bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarda nasıl hazırlandıklarını kapsamlı bir şekilde ele almaktadır. Araştırma bulguları, aile üyelerinin bilişsel düzeyde ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunu kabul ettiklerini, özellikle doktorlardan alınan bilgilendirme ve hastalığın ilerleyişine dair gözlemlerle zihinsel olarak hazırlandıklarını ortaya koymaktadır. Ancak duygusal hazırlık süreci, ölümün kabullenilmesine rağmen ayrılık ve kayıp duygusunun ağırlığı nedeniyle daha zorlu geçmektedir. Katılımcılar, sevdiklerinin acı çekmesini istememelerine rağmen, ayrılık hissi ve belirsizlik nedeniyle bu süreci tamamen duygusal bir rahatlık içinde geçiremediklerini ifade etmişlerdir. Davranışsal hazırlıkta ise aile üyelerinin, hasta ile vedalaşma, manevi helalleşme ve cenaze hazırlıklarına dair planlamalar yaparak süreci daha planlı bir şekilde yönetmeye çalıştıkları görülmüştür. Bu hazırlıklar, ölümü kabul etmeyi kolaylaştırırken, aynı zamanda duygusal zorluklar oluşturabilmektedir. Sosyal çevreden alınan destek, bireylerin bu süreçte yalnız olmadıklarını hissetmelerini sağlamış ve manevi rahatlama açısından katkı sunmuştur. Hasta ile geçirilen son günler ise, hem bakım verenler hem de hasta için özel bir anlam taşımaktadır. Bu süreçte fiziksel temas, konuşma çabaları ve manevi paylaşımlar, hem duygusal bağları güçlendirmiş hem de yas sürecini etkileyen anılar yaratmıştır. Ancak bazı durumlarda, hastanın iletişim kuramaması veya acı içinde olması, bu günlerin karmaşık duygularla geçmesine neden olmuştur.

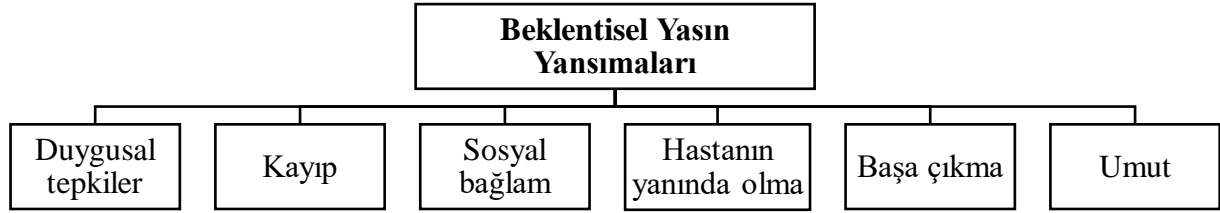
Genel olarak, ölüme hazırlanma süreci çok boyutlu bir yapı sergilemektedir. Bilişsel hazırlık genellikle daha net bir şekilde gerçekleşirken, duygusal ve davranışsal hazırlık daha kişisel ve değişken bir seyir izlemektedir. Sosyal çevrenin desteği, manevi inançlar ve fiziksel hazırlıklar, bu sürecin daha anlamlı ve yönetilebilir hale gelmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Ancak, bu süreçte her bireyin farklı ihtiyaç ve deneyimlere sahip olduğu ve destek mekanizmalarının buna göre düzenlenmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

4.2. Beklentsel Yasın Yansımaları

Beklentsel yas deneyimi çok faktörlü ve oldukça karmaşık bir deneyimdir. Beklentsel yas deneyimi, çeşitli duygusal süreçlerin yaşandığı, hastalarının ölmek üzere olması nedeniyle kayıplara yönelik birçok duygu ve düşüncenin bir arada bulunduğu; bakım veren aile üyelerinin hastanın yanında olma ihtiyacı ile sosyal destek alma arasında denge kurmak durumunda kaldığı, bu deneyim boyunca karşılaştıkları zorluklara adapte olmak ve yaşadıkları sorunlar ve zorluklar karşısında çeşitli baş etme becerileri kullandığı; hastalarının yakın zamanda ölecek olmasına rağmen hastalarıyla olan duygusal bağ nedeniyle umutlarını sürdürmek ile gerçekle

yüzleşerek umutsuz olmak arasında kaldıkları belirsizliklerle dolu zorlu bir dönem olarak çalışmaya yansımıştır.

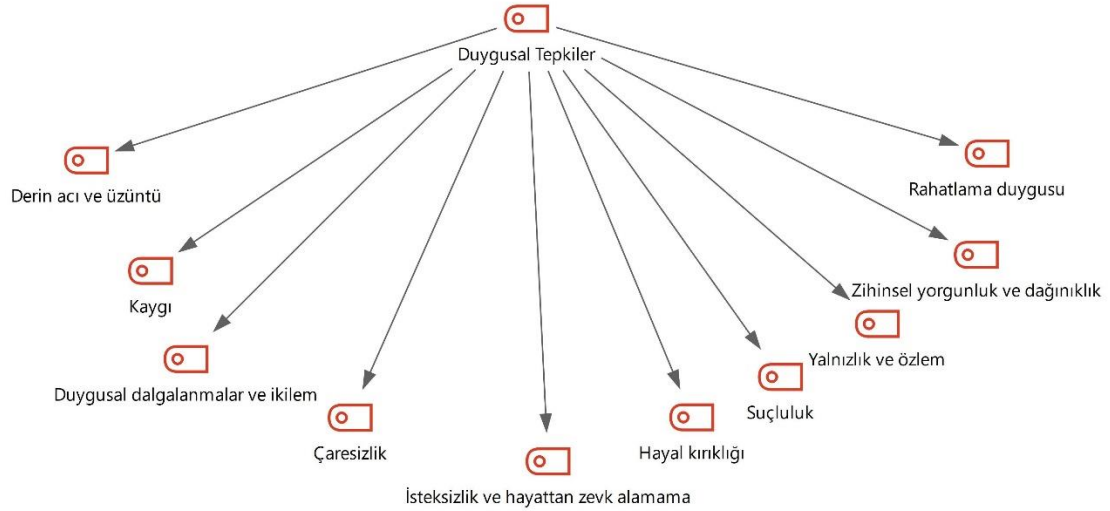
Beklentisel yasa dair deneyimler; duygusal tepkiler, kayıp, sosyal bağlam, hastanın yanında olma, başa çıkma ve umut olmak üzere altı kategori ile analiz edilmiştir (Şekil 4.5.).



Şekil 4.5. “Beklentisel yasın yansımaları” temasının kategorileri

4.2.1. Duygusal tepkiler

Bakım veren aile üyeleri hastalarının yakın zamanda ölecek olmalarına karşılık ruhsal sıkıntılar yaşamakta ve bunu çeşitli duygusal tepkiler ile göstermektedir. Sevdikleri yakınlarını kaybedecek olmanın getirdiği derin acı ve üzüntü, tüm çabayı göstermelerine rağmen hastalarını iyileştirecek herhangi bir çözüm yolunun olmamasına dair çaresizlik hissi, yakınlarının vefat edecek olması karşısında hayata karşı bir isteksizlik yaşıyor olmaları, çeşitli sebeplerden kaynaklanan endişe ve kaygı, hastalığa ve kayıplara yönelik hayal kırıklığı, kendi içlerindeki çatışmalardan kaynaklı hissettikleri suçluluk, hastaları hala hayatta olmasına rağmen yaşadıkları yalnızlık ve onlara ve eski günlere duydukları özlem, yaşanan duygusal dalgalanmalar ve belirsizliklerin getirdiği ikilemler, zihinsel olarak dağınıklık ve tüm zorlu süreçlerin içinde yaşanan rahatlama duygusu olarak hastaların yaşadığı duygu durumları ele alınmaktadır (Şekil 4.6.)



Şekil 4.6. Duygusal tepkiler kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Derin acı ve üzüntü

Bakım veren aile üyelerindeki derin acı ve üzüntü birçok sebeple ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki hasta yakınlarının sevdikleri bir kişiyi kaybedecek olmasıdır. Yaşanan derin acı yalnızca sevilen bir kişinin fiziksel kaybını değil, aynı zamanda onunla paylaşılan duygusal bağların ve beraberce yaşamının sonlanmasına yönelik bir yas tepkisi olarak değerlendirilmektedir.

K1 eşini kaybedecek olmanın getirdiği derin acı ve üzüntüyü oldukça fazla deneyimleyen ve bu durumun farkında olup kendini ifade edebilen bir katılımcı olarak gözlemlenmiştir. Alıntılarda da görüleceği üzere “içim yanıyor”, “yaşayan bir ölü gibiyiz” şeklindeki söylemleriyle hayat arkadaşının vefat edecek olmasını çok etkili bir şekilde yaşamaktadır.

“İçim yanıyor çünkü. Ateş düştüğü yeri yakıyor. Kolay bir şey değil. 34-35 yıllık eşim.”
(K1, eş erkek)

“Tahammül edilecek bir şey değil yani parayla pulla hiçbir şeyle yani bahsedilecek bir şey değil yani Anlatılmaz yaşanır.” (K1, eş erkek)

“Yaşayan bir ölü gibiyiz, herkes, tüm ailemiz olmak üzere, oğlum, gelinim, herkes öyle yani; herkesin içinde bu acı var yani her an her şey olacak diye.” (K1, eş erkek)

Diğer bazı katılımcılar da hastalarının terminal dönemde olmasına yönelik bir tepkide bulunmuşlar ve herhangi bir çözümlerinin olmadığını ve üzüldüklerini dile getirmiştir.

“Ya ne ifade etsinde işte yani. Üzgünüz ne diyelim de yani. Yani bunu böyle beklemek bizi kahrediyor yani. Yapacak bir şey yok. Babamı böyle beklemek ne diyeyim de. Ne diyebilirim yani. Yani sizce başka ne denebilir de. Üzgünüz ama yapacak bir şey yok.” (K3, oğlu)

K9 isimli katılımcı, beklentisel yas sürecini "hüzün" duygusu üzerinden tanımlayarak bu sürecin, ölüm sonrası yas süreci için bir hazırlık ve prova niteliğinde olduğunu ifade etmiştir. Katılımcı beklentisel yas sürecinde sonradan ortaya çıkacak duygusal tepkileri vererek duygusal birikimini hafiflettiğini ve bu sebeple kayıptan sonraki yas sürecinin daha rahat atlatabileceğini düşündüğünü ifade etmiştir.

“Beklentisel yas süreci denilince zaten bu hastanın vefatını düşündüğünde o an sanki vefat etmiş gibi hüzün duygusu geliyor yas duygusu geliyor. Belki de bunu böyle aklına geldikçe düşündükçe ister istemez düşündükçe düşünmekten bazen kendini alıkoyamıyorsun. Sanki o yas sürecini de pratik yapıyormuşsun gibi oluyor yani yaşıyormuşsun gibi oluyor. O yüzden belki de olay tamamen gerçekleştiğinde bu kadar etkilenmeyeceğiz diye belki de. Çünkü çok fazla pratiğini yaptık ve o duyguyu yaşadık diye düşünüyorum. Beklentisel yas sürecinde aklıma bu geliyor. Yaşanmış gibi hissetmek tekrar tekrar.” (K9, kızı)

Bu kategorinin ikinci bileşeni ise hastanın çektiği acının çok fazla olmasıyla yakınlarının bu duruma dayanamaması ve kendilerinin de onlara duyduğu sevgiden kaynaklı derin acı ve üzüntü duymasıdır. Görüşmelerden elde edilen ifadeler hastanın çektiği ıstırapın yalnızca kendisini değil, aynı zamanda yakınlarını da duygusal olarak etkilediğini göstermektedir. Katılımcılar yakınlarının yaşadığı fiziksel sıkıntıların son bulmasını dilerken bir yandan da bu sürecin kendileri için ne kadar zorlayıcı olduğunu ifade etmektedir.

“Çektirmesin. Bizim aradığımız yaptığımız duamız bu. Şimdi yani ya şifasını versin ya şey yapsın bir an önce emanetini alsın sağ salım. İstirap çekmesi bizi üzüyor. Acı çekiyor. O bizi üzüyor.” (K1, eş erkek)

“Normalde onun çektiği acılar böyle gözümün önüne geliyor. Onları hatırladıkça tabii şey diyorum yani... çok zor.” (K8, eş, erkek)

“Son zamanlarda (hastanın vefat etmesini) düşünür oldum, çok zor bir durum. (ağlıyor, ağlamamaya çalışıyor). Sevdiğin bir insanın gözünün önünde eriyip gitmesi çok zor bir durum (ağlıyor). Kusura bakmayın.” (K12, eş, erkek)

“Tabii yani işte diyorum yani son aylar acaba bir yıl mı, yani bir ay mı, üç yıl mı yani bilemiyorsunuz. O öyle acı çekince tabii üzüliyoruz yani. Ne kadar acı çekecek? Zaten kalkmayacağını biliyoruz ondan ümidimizi kestik, bu sefer de onu stres yapıyoruz, ne kadar acı çekecek, gözümüzün önünde acı çekmesi.” (K10, kız kardeşi)

Hasta yakınları sevdikleri kişinin acı çekmesine karşılık kendileri de aynı acıyı yaşamakta ve bu durumda hastayla olmaktan bile vazgeçerek hastaları için huzurlu ve rahat bir

ölüm dilemektedir. Bu durum yaşanan duygusal çatışmayı ve ikilemi gözler önüne sermektedir.

“Valla değil. Kurtulmasını istiyorum. Gitsin yani yeter. 86 yaşında yani canı acıyor. Anlatılmaz. Dün bir serumda şey damar yolu açacaklardı. Açılmadı. Buradan deri kalktı, buraya indi. Ama canım nasıl?” (K7, kızı)

“...Daha da ağırlaşmasını da istemiyorum. En azından kendi bilinçli vaziyette, tanır vaziyette böyle şeylerle şey derse tabi daha iyi olur ya. Çok sıkıntı çekti yani daha bundan sonra fazla sıkıntı çekmesini de istemiyoruz.” (K8, eş, erkek)

K9 isimli katılımcı annesinin terminal dönem haberini aldıktan sonra duygusal olarak yoğun bir süreç yaşamış ve doktor olmasından kaynaklı durumun farkına vararak bu sürecin başında depresyon belirtileri gösterdiğini belirtmiştir Yaşadığı bu durumun ve gösterdiği tepkilerin çocuklarına da yansıdığını fark ettiğinde bunun çözümünü aramıştır. K9 yaşadığı bu deneyimi annesinin ölümünü kabullenme olarak anlamlandırmıştır.

“Ben aslında önce biraz bir depresyona girdim. İlk böyle sürecin başında. İçimde hiçbir şey yapmak gelmedi. Böyle hani her şey çok boş geldi. Günlük rutinlerimi de aksattığım oldu. Yani böyle bir depresyon tablosuna girdim. Girdim gibi oldum. Yani işte çok uyuma isteği. Biraz çevremdekilere karşı tahammülsüzlük. Rutin yaptığımız şeylerden zevk alamama. Hani böyle klasik depresyon belirtileri gibi bir sürecim oldu. Bunu da gözlemleyince ve bu da benim de sonuçta bir iki çocuğum var. Benim bu ruh halimin onlara da yansıdığını fark edince hani bir toparlanmam gerektiğine karar verdim. Belki de o bir kabullenme süreciydi.” (K9, kızı)

Hasta yakınlarının yaşadığı derin acı ve üzüntü hem onları kaybetme düşüncesinden kaynaklanan duygusal zorluk hem de onların çektiği ıstırabın kendilerinde yarattığı sıkıntının bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır.

Kaygı

Aile üyelerinin yaşadığı kaygının kaynağı çeşitlenebilmektedir. İlki, hasta yakınları sevdikleri kişinin ne zaman öleceğini bilmemenin getirdiği belirsizlikten kaynaklı endişe duymaktadır.

“Hiç aklından çıkmıyor ki her an olacak diye bekliyoruz, yani normal gün içerisinde telefon çalsa gece gündüz fark etmez. Acaba bir şey mi gelecek diyoruz.” (K1, eş erkek)

“Her an düşünüyoruz. Her nefes alışında nefesi kısıp kısıp almaya başladığı zaman veyahut da sürekli şehadet getirdiği zaman acaba gidiyor mu ki? Acaba bir şey mi olacak? Hiç de görmedik ya ben ölen birisini yakından hiç görmedim. O yüzden yani o kadar korkuyoruz ki bir anda olacak. Ne zaman olacak bilmediğimiz için...” (K5, kızı)

“Bugün olacak, yarın olacak. Tabii ki etkileniyoruz.” (K5, kızı)

K6 isimli katılımcı annesinin çok uzun süredir hasta olmasından ve çok fazla acı çekmesinden kaynaklı hem hastası açısından hem de gelecekteki kendi ölümü açısından kaygı yaşamaktadır.

“Yok. Sadece şunu öğrendik. Ölmek çok kötü bir şeymiş. Çok zormuş dedik. Ölüm çok zormuş. Ölüm böyle mi, diye hepimiz endişelendik yani.” (K6, kızı)

K11 ise kayınvalidesinin terminal döneme gireceğini öğrendikten ve bu durumu aile üyeleriyle paylaştıktan sonra yakınının ölecek olmasının getirdiği aile içindeki karmaşayı belirtmiştir.

“Üzüldüm ya. Ablangile dedim. “Hoca” dedi, “böyle böyle” dedi. “Kızlarını çağır. Oğlanlarını çağır. Sen neyi oluyorsun” dedi. “Ben de geliniyim hocam” dedim. “Sana da bilgi yapabilirim ama ablangille görüşsek daha iyi olur. Kendi kızlarıyla. Gelsinler. Helalleşsinler. Annenizin son dönemleri dedi”, dedim. Hani “hocam dedi ki” dedim. “Ama Allah’tan gelir. Ama iki ay. Ama bir ay. Ama bir saat. Ama iki saat. Hani teyzenin son dönemleri dediler” dedim. “Ne yapacağız” dedim. “Tamam biz bi gelelim konuşalım” dediler. Dün de evvel günü akşam herkes birbirine aktarınca vallahi hastane var ya kalktı. Güvenliğin haberi yokmuş. Başhemşirenin haberi yokmuş. Hoca “ben böyle yapmadıydım ama” dedi, “ama neden bu oldu? Üst üste geldiler. Teyze” dedi.” Ben kalkıp da şu anda ölecek demedim size.”. Benim de abim herkesi ayağa kaldırmış. Herkes gelmiş.” (K11, gelini)

Beklentisel yas sürecinde yaşanan kaygı birçok sebepten kaynaklanabilmektedir. Hastayı kaybetmek, vefata ve sonrasına dair kayıplar, belirsizlik, hastanın çektiği acılar, terminal dönem haberinin verilmiş olması gibi sebepler kişileri endişe duymaya iten nedenlerdir. Bu durum ise her ne kadar ölümü kabullenseler de aile üyelerinin çeşitli sebeplerle zorlanmalarını göstermektedir.

Duygusal dalgalanmalar ve ikilemler

Terminal dönemde hasta yakınları sadece bir duygu hissetmemektedir. Beklentisel yas süreci birden çok ve birbirine zıt duyguların aynı anda yaşandığı bir dönemdir. Katılımcılar sevilen kişinin sağlık durumu karşısında üzülmeye, onun kaybedecek olmanın verdiği acı, umut, çaresizlik, suçluluk ve kabullenme gibi birbiriyle çelişen duygular yaşamaktadır.

“Yani bu duygu şeyi çok yaşıyorum ya. Duygu patlamaları. Yani bir anda böyle bir ağlama geliyor. Bazen de hiçbir şey yokmuş gibi gülesim geliyor. Yani böyle duygusal dalgalanmalar yaşıyorum diyebilirim.” (K9, kızı)

“Zaman geliyor ağlıyoruz. Zaman geliyor seviniyoruz dediğim zamanlar oluyor yani. Duygusal zamanlar oluyor” (K3, oğlu)

K5, babasının terminal dönem haberini aldıktan sonra birçok duyguyu aynı anda yaşadığını ancak babasının sağlık durumunun kötüleştiğini gördüğünde durumu kabullendiğini belirtmektedir.

“Çok üzüldüm. Böyle bir anda kanım çekildi. Dedim ki var olma sebebim. Eyvah dedim. Gidiyor mu yoksa babam? Ondan sonra acaba doktorlar gerçekten bildiler mi? O kadar mı ömrü var? Daha fazla yaşayabilir mi? Ama onlar da biliyorlar benim babamdan ne alıp veremedikleri var, niye yalan söylesinler? Yani böyle bir ikilemde kaldım, şeyde kaldım. Şaşırdım önce inanmak istemedim. Ama sonra yavaş yavaş alıştık yani bu halini görünce alıştık.” (K5, kızı)

K7 isimli katılımcı, annesinin öleceğini düşünerek onunla vedalaştığını, ancak annesinin ölmeyebileceği ihtimalini fark etmesiyle birlikte kafa karışıklığı yaşadığını ifade etmiştir. Benzer şekilde K10 isimli katılımcı da ablasının acı çekmemesi için ölümünü isteme düşüncesiyle ilgili ikilem yaşadığını belirtmiştir. Bu iki alıntıdan anlaşılacağı üzere hasta yakınları hastanın ölmesini isteme konusunda suçluluk hissi yaşamaktadır. Her iki durum da bakım veren hasta yakınlarının kayıp sürecinde duygusal çatışmalar ve karmaşa yaşadıklarını göstermektedir.

“Yasin Şerif açıyorum. Annem dua ediyorum. “Anne hakkını helal et” diyorum. “Benimki de sana çok helal olsun. Anne sütü gibi sana helal olsun.”. Bunların hepsini burada diyorum hemşireler de görüyor. Yani bunu da içtenlikle yapıyoruz ha. Sonra diyorum kıyamıyorum. Yani belki ölmeyecek. Biz bu Yasin-i Şerif’i niye açtık? Kıyamıyorum da. Sonra kapatıyorum da. Yani duygusal bir şeyler yaşıyoruz.” (K7, kızı)

“Bazen diyoruz, yani acaba ben günah mı işliyorum yani böyle yani düşünüyorsun. Bir taraftan ben Allah'a karşı günah mı işliyorum ama bir de onları düşünüyorum. Onlar da acı çekiyor. Yani doluya koyuyorsun dolmuyor, boşa koyuyorsun sığmıyor. Yani öyle durum. Yani çok zor.” (K10, kız kardeşi)

Aile üyelerinin sevdiklerinin kaybindan dolayı üzüntü ve acı yaşaması doğaldır ancak hasta yakınlarının ölüme sevinmeleri durumun karmaşıklığını ortaya koymaktadır.

“Ben bugün ölse gülerim yani. Niye? Sevinirim. Niye? Şöyle çekmesinden daha iyidir ya benim için.” (K3, oğlu)

“Seviniyoruz desem yani. Bir an önce gidecek artık Rabbine kavuşacak. Ağrıları denecek. Orada hesabı kolay olsun diye dua et. Endişemiz de o yani. İnşallah çektikleri kefarete olsun. Olur mu ki böyle? Dualarımız da böyle yani. Olsun artık.” (K6, kızı)

Hasta yakınları, sevdikleri kişinin yaşadığı acıları göz önünde bulundurarak kendi duygusal bağlarından feragat ederek ve sevdiklerinin hayatında olma isteği karşısında fedakarlık göstererek hastalarının rahat bir şekilde ölmelerini dilemektedir. Bu durum, onların duygusal çatışma, dalgalanma ve ikilem içinde olduklarını göstermektedir.

“Terminal dönem şu an çok üzücü bir süreç tabii ki. Yani böyle bunu kendi hastam için konuşuyor olmak çok güzel bir duygu değil. Böyle bir şey olmasını istemem tabii ki. Yani mümkün değil kimsenin isteyebilmesi böyle bir şeyi. Ancak yüzde yüz iyileşmeyecek ve daha kötü çekecekse, acı vesaire çekecekse bu dönemde de razı oluyorsunuz tabii ki. Yapacağınız bir şey olmuyor.” (K2, oğlu)

“Hani şu durumda insan evladı, annenin babanın öldürmesini asla istemez. Ama ben şu durumda babamı böyle çekerek yaşamasını istemiyorum.” (K5, kızı)

“Ölüm, yani ablam için bir kurtuluş olur, bizim için bir kayıptır, bir acıdır ama ablamı bu durumda gördüğüm için, inlediği zaman izin veriyorum kurtulsun.” (K10, kız kardeşi)

Aile üyeleri sürecin getirdiği zorluklar karşısında duygusal olarak karmaşık duygular hissetmekte ve birbirine zıt olan duyguları aynı anda yaşayabilmektedir.

Çaresizlik

Hasta yakınları sevdiklerinin ölümü karşısında kendilerinin faydasız kaldığını düşünerek ve ellerinden alınan kontrol hissine yönelik olarak çaresizlik duygusu hissedebilmektedir.

“Nasıl tepki vereceksin, işte üzüliyoruz ama üzülsük de elimizden bir şey gelmiyor yani.” (K3, oğlu)

“Ha isyan etmiyor muyuz? İsyân da ediyoruz biz çünkü kuluz. Ha isyan da ediyoruz. Usandığımız böyle çaresiz kaldığımız yerde mesela” (K6, kızı)

K3 isimli katılımcı babasının hastalığını geçirmek adına hayali bir durum üzerinden yorum yaparak çaresizliğini ortaya koymuştur.

“...İşte üzüliyoruz ama üzülsük de elimizden bir şey gelmiyor yani ben dedim ya işte her şey Allah'tan gelen bir şey yani yapacağımız bir şey var mı? Benim sihirli değneğim yok yani geçireyim ben isterim yani. İsterim ki yani babam yani iyileşsin, ayağa kalksın. Yani hiç bilemiyoruz yani.” (K3, oğlu)

İsteksizlik ve hayattan zevk alamama

Aile üyeleri hasta yakınlarını kaybetmenin karşısında yaşadıkları ruhsal sıkıntılardan kaynaklı hayata katılmada isteksizlik, önceden yaptığı etkinliklerden zevk alamama, herhangi bir faaliyetle ilgilenmenin içinden gelmemesi gibi durumlar yaşamaktadır.

“İsteksizlik, zevk alamama. Yani eski yaptığı şeyleri ne kadar yapmaya zorlasan da kendini, o bir tadı yemeğin tadı tuzu gibi bir şeyler eksik oluyor yani.” (K9, kızı)

“Dünya ile alakamı kestim desem yeridir yani bıkmışım” (K1, eş, erkek)

“Yani insan dünyadan sanki soğuyor gibi yani. Öyle bir şey. Ne bileyim, canım bir şey istemiyor. Yani dünyanın tadı anlamı sanki sana kalmıyor yani. Ne demek yani? Bir kardeşini kaybediyorsun. Ebediyen” (K10, kız kardeşi)

K2 isimli katılımcı üniversitede öğretim üyesi olmanın getirdiği zorunlu işler dışında herhangi bir etkinlik yapmanın kendisine zevk vermediğinden bahsetmiştir.

“...Onları bir şekilde yapmak zorundasınız çünkü. Ama onun haricinde kendinize katkı sağlayacak yapmanız, gereken bir şey yapmanız, ekstradan bir şey yapmak çok içinizden gelmiyor.” (K2, oğlu)

Hayal Kırıklığı

Aile üyeleri beklentisel yas sürecinde hayal kırıklığı duygusunu yaşayabilmektedir. Bu duygu birçok sebeple ortaya çıkabilmektedir. Genel olarak hasta yakınları uzun süren bir hastalık ve tedavi süreci geçirdikten ve artık hastalarının daha iyi olmalarını beklerken hastalarının sağlık durumunun tekrar kötüleşmesi karşısında hayal kırıklığı yaşamaktadır.

“Çok büyük bir şoktu. Yani 7-8 yıl aradan sonra işte bir kanserden sonra 3 ay kontrolden sonra tekrar çıkması bizi çok üzmüştü.” (K2, oğlu)

“Terminal döneme girdiğinde ilk önce bir hayal kırıklığı oluyor. Hani böyle yıllardır mücadele ediyorsun. Nasıl diyeyim yani...” (K9, kızı)

K1 ve K8 isimli erkek eşler de benzer duyguları yaşamaktadırlar. İkisi de geçmişte eşleriyle çok zorlu bir süreçten geçtikten sonra hayatın daha güzel ve kolay geçmesini beklerken eşlerinin hasta olması dahası ölecek olmalarından kaynaklı hayal kırıklığı hissetmektedir.

“Yani dedim ya varlık, yokluk, çokluk her şeyi gördük. Tam dörttüm, sefa süreceğiz yaradan bunu verdi. Yapacak bir şey yok. Zor bir olay.” (K1, eş, erkek)

“Vallahi çok kötü bir duygu. Çok zor bir şey. Dedim ya, anlatılmaz yaşanır bir şey. Böyle bir duygu yok. Çok hayallerimiz vardı. Hepsi suya düştü eşim böyle olunca.” (K1, eş, erkek)

“Annesi babası, geçmiş zamanında böyle bir şey yaşamışlar. Yani ağır şartlarda büyümüş, şey etmiş. Ben böyle, her şeyi şey edip mutlu olacağımız bir dönemde çok acı çekti (çok ağlıyor).” (K8, eş, erkek)

Suçluluk

Suçluluk duygusu bu çalışma kapsamında çok fazla dikkat çeken bir durum olmasa da önemli bir bulgudur. K9 isimli katılımcı annesinin acı çekmesini istemediğinden onun için rahat bir ölüm dilemekte ve bu durumun kendisinde suçluluk duygusuna sebep olduğunu belirtmektedir. Ayrıca doktor olmasından kaynaklı evde bakım sağlamak istemiş ancak

hastanın sağlığı kötüleştiğinde kendisinin bu duruma sebep olduğunu düşünerek pişmanlık ve suçluluk hissetmiştir.

“Acı çekmesini de çok istemiyorsun. Aslında bazen hani bu sürecin bir an önce bitmesini istediğin de oluyor. Öyle düşündüğün zamanlar kendini çok su ladığın da oluyor.” (K9, kızı)

“...ama sonra, bayramdan sonra ben yani Ramazan ayı ve bayramı boyunca yatırmamak için yani palyatife direndim. Hani sonda taktırdım evde, evde sağlığı çağırdım. Kendim ara ara antibiyotik başladım. Yani kendim evde takip ettim, diyebilirim... Sonra getirdim de tahliye sonuçlarının şeyini görünce de aslında biraz böyle kendime kızdım. Üzüldüm. Keşke daha önce g t rseymişim diye de düşündüm.” (K9, kızı)

Suçluluk duygusu hastanın ölmesini isteme ve dileme durumunun ardından sıklıkla gerçekleşen bir duygudur. K7 ve K10 isimli katılımcılar da bu durum gözlenmektedir. Bu duygu çoğunlukla hasta yakınlarında ikilemden kaynaklanmakta ve duygusal olarak bir karmaşıklığa sebep olmaktadır.

“Yasin şerif açıyorum. Annem dua ediyorum. “Anne hakkını helal et” diyorum. “Benimki de sana çok helal olsun. Anne sütü gibi sana helal olsun.”. Bunların hepsini burada diyorum hemşireler de g riyor. Yani bunu da içtenlikle yapıyoruz ha. Sonra diyorum kıyamıyorum. Yani belki ölmeyecek. Biz bu Yasin-i şerif’i niye a tık? Kıyamıyorum da. Sonra kapatıyorum da. Yani duygusal bir şeyler yaşıyoruz.” (K7, kızı)

“Bazen diyoruz, yani acaba ben günah mı işliyorum yani böyle yani düşünüyorsun. Bir taraftan ben Allah’a karşı günah mı işliyorum ama bir de onları düşünüyorum. Onlar da acı çekiyor. Yani doluya koyuyorsun dolmuyor, boşa koyuyorsun sığmıyor. Yani  yle durum. Yani çok zor.” (K10, kız kardeşi)

Yalnızlık ve  zlem

Yalnız kalma ve ölecek olan kişiye duyulan  zlem henüz hasta vefat etmeden beklentisel yas döneminde yaşanılabilmektedir. Bu durumun çalışma kapsamında eşlerde ortaya çıkması şaşırtıcı değildir,  nk  evlilikte ortak bir hayat paylaşılmaktadır ve eşin kaybı kişinin tek başına kalacak olması anlamına gelmektedir.

“Eve giriyorsun dört duvarın arasına... eve giriyorsun evde kokusu var, kendi yok.” (K1, eş, erkek)

“Yalnızım işte, gün Allah var ya ona. Ne d ş n cen? Allah büyük, kimseyi darda, zorda koymayacaktır asla. Ne biliyorsun işte, bilemem ki ne diyebilirim sana.” (K4, eş, kadın)

Zihinsel yorgunluk ve dağınlık

Aile  yeleri beklentisel yas sürecinde sevdikleri kişinin ölümünü düşünme dolayısıyla zihinsel olarak yorulduklarını belirtmektedir. Ayrıca hastanın ölümünü beklerken zihinsel

olarak dağınıklık yaşadıkları ve bu durumun mesleki hayatlarına yansıdığı da K2'nin alıntısından anlaşılmaktadır.

“Bu yaşa geldim. Bir de yoruluyor insanlar. Kafa da yoruluyor işte. Yoruluyorum düşününe düşününe. Kafa da yoruluyor.” (K4, eş, kadın)

“Yani hem bu doktor eğitim üyesi kadrosunda yeni atama süreçlerinde yayın yapmam gerekiyor. Hem de doğal olarak doçentlere vesaire başvurmam için birkaç tane makale eksikim var. Onları tamamlayıp dergilerin o uzun süreçlerine dahil olmam gerekiyor. Ama çok fazla kafamı toplayıp da yapamıyorum.” (K2, oğlu)

Rahatlama duygusu

Beklentisel yas dönemindeki rahatlama duygusu hastaların hastaneye yatması ve sağlık hizmeti almasından kaynaklı hastalarının acısının azalması olarak çalışmaya yansımıştır.

“Hocalardan, doktorlardan, hemşirelerden Allah razı olsun. Onlar şey yaptılar. Bu antibiyotikler var. Değişik ilaçlar uyguluyorlar. Onları bitirdiler. Yani burnundan hortum taktılar. Safranın rahat çıkması için. Ondan biraz rahatladı yani. Ondan önce çatlıyordu. Ufacık bir safrayı çıkartmak için çatlıyordu. Biz ona da şükrediyoruz. Her haline şükrediyoruz.” (K1, eş, erkek)

“Geçen gün doktor dedi ki eve götürebilirsiniz hastanız ama bazı geceleri inliyor, ama sağ olsun çağırıyoruz hemşireler, gelip bağıyor serumları filan durduruyor, yatıyor, o zaman biz rahatladı yattı, ama evde yetişemezse, o gece yarısı hemşire yok, serum yok, nasıl o acıyı dindirecek? Nasıl olacak?” (K10, kız kardeşi)

Terminal dönemdeki hastasına evde bakım verdikten sonra palyatif bakıma alınan annesi için rahatlama duygusu yaşayan K9 doktor olmasından kaynaklı çok fazla sorumluluk hissettiğinden annesi evdeyken devamlı eksik bir şeyler yaptığını düşünerek kaygılandığını ifade etmiştir.

“Aslında annemin palyatif servisine yatması da şu an yanında sürekli ben kalmadığım için, babam kaldığı için beni bir anlamda psikolojik olarak rahatlattı. Yani evdeyken sürekli böyle yapmam gereken bir şey var ama yapmıyormuşum gibi ya da her an bir şey olacak öyle bir şey olduğunda nasıl bunu yöneteceğiz korkularını da çok yaşıyordum. Ve onu her gördüğümde de bir travmatize oluyordum.” (K9, kızı)

Terminal dönemdeki hastalarına bakım veren aile üyelerinin duygusal tepkileri, beklentisel yas sürecinde yaşanan karmaşık ve çok boyutlu bir duygusal deneyimi yansıtmaktadır. Araştırma bulguları, sevdiklerini kaybedecek olmanın derin acı ve üzüntüsünü yaşayan katılımcıların, yalnızca fiziksel bir kaybı değil, aynı zamanda paylaşılan duygusal bağların ve ortak yaşamın sona ermesini yas tuttuğunu göstermektedir. Bu süreçte katılımcılar, hastalarının çektiği acıya tanık olmanın getirdiği yoğun üzüntü ve çaresizlik duygusuyla başa çıkmaya çalışırken, belirsizlik, endişe ve hayal kırıklığı gibi duygular da sıklıkla ortaya

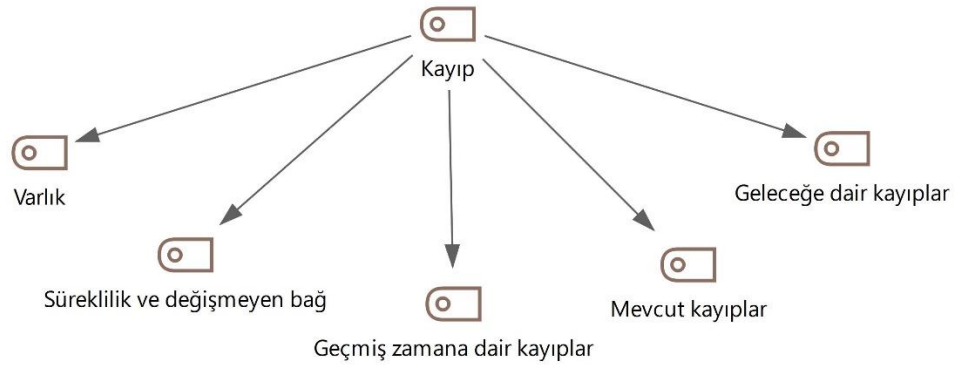
çıkılmaktadır. Katılımcıların bazıları, bu dönemde suçluluk duygusunu deneyimleyerek sevdiklerinin acısını hafifletmek için daha fazlasını yapamadıklarını düşünmüş; bu durum, çaresizlik duygusuyla birleşmiştir. Ayrıca yalnızlık ve özlem, özellikle eşler arasında belirgin bir şekilde hissedilmiş, eş kaybının, yaşamlarının temel dengelerini altüst edecek olması, bu duyguları daha da derinleştirmiştir. Beklentisel yas süreci, aile üyelerinde duygusal dalgalanmalara yol açmış, birbiriyle çelişen duyguların (üzüntü, umut, kabullenme ve çaresizlik gibi) aynı anda yaşanmasına neden olmuştur. Bu durum, bireylerin zihinsel yorgunluk ve dağınıklık hissetmelerine yol açarak, günlük yaşamlarına ve işlevselliklerine de olumsuz etki etmiştir. Ancak, bazı katılımcılar, hastalarının palyatif bakım almasının ve sağlık hizmetlerinden faydalanmasının verdiği rahatlama duygusuyla, onların acılarının azalmasına şükrettiklerini dile getirmiştir.

Genel olarak, bakım veren aile üyelerinin yaşadığı duygusal tepkiler, beklentisel yasin karmaşık doğasını yansıtarak bireylerin kayıplarına hazırlanma süreçlerinin ne denli zorlu ve çok yönlü olduğunu göstermektedir.

Beklentisel yas sürecinde ortaya çıkan duygusal tepkiler, yalnızca bireylerin anlık duygusal deneyimlerini değil, aynı zamanda yaşadıkları geçmiş, mevcut ve gelecekteki kayıplarından kaynaklanmaktadır.

4.2.2. Kayıp

Bu alt kategori Rando'nun (1988b) beklentisel yas dönemindeki kayıplara bakış açısından hareketle oluşturulmuş ve kişilerin geçmiş, mevcut ve gelecekteki kayıplarını içermektedir. Beklentisel yasa dair en önemli bileşen hastaların hala yakınlarının hayatında olmasıdır. Bu deneyim "varlık" alt başlığında değerlendirilmektedir. Kayıpları daha iyi anlayabilmek ve kişilerin bu kayıpları nasıl anlamlandırdıklarını kavrayabilmek adına kişilerin yakınlarıyla olan bağların incelenmesi uygun görülmüştür. "Süreklilik ve değişmeyen bağ" alt başlığında bu alıntılara yer verilecektir. Kayıp teması da kişilerin geçmiş, mevcut ve gelecek kayıplarına yönelik olarak üç alt başlıkta incelenecektir (Şekil 4.7.).



Şekil 4.7. Kayıp kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Varlık

Hastanın fiziksel varlığı bakım veren yakınları için oldukça değerli ve anlamlıdır. Katılımcılar sevilen kişinin yalnızca hayatta olması, nefes alması ya da kendisinin elini tutmasıyla bile rahatladıklarını ve onun hayatta olmasının kendileri için teselli edici bir unsur olduğunu ifade etmektedir. Aslında hastanın varlığı, sadece fiziksel bir mevcudiyet değil, aynı zamanda sevgi, bağlılık ve manevi bir bağın temsilcisi olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun özellikle eşler arasında hissedilmesi çalışma için önemli bir bulgudur.

“Yani dedim ya kapıyı açıyoruz, nefes alır. O bana mutluluk veriyor.” (K1, eş, erkek)

“Onun varlığı yetiyordu” (K4, eş, kadın)

“Böyle konuşmasak bile birbirimizi anlarız. Onun elinden bile tutmak yeterli.” (K8, eş, erkek)

K11 de 25 yıldır kayınvalidesiyle yaşayan bir katılımcıdır. Katılımcının ifadeleri, kayınvalidesinin ailedeki önemli rolünü ve onun varlığının aile üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Kayınvalidesini “büyük” olarak adlandırması onun aile içinde sözü geçen ve kendilerine rehberlik eden bir kişi olarak gördüğünü belirtmektedir. İfade edilen üzüntü, yalnızca bir bireyin kaybına değil, aynı zamanda aile içindeki bir rehber ve bağlayıcı figürün yokluğuna işaret etmektedir.

“Yani üzülürüz hani kaybedersek değil mi? ... Evet annemin hakkında üzülürüz. Hani büyük yanımızda durduğu yine iyiydi, duruyordu. Balkonumuzda oturdu. Mesela kızım şunu şöyle yapın bunu böyle yapın dediğinde bize hani eğitim yaptığında o büyük yani ister istemez. Tamam derdik. Ne bileyim yani üzülüyoruz annemiz yani yine de.” (K11, gelini)

Süreklilik ve değişmeyen bağ

Bakım verenlerin kayıp ile ilgili ifadelerini anlamlandırabilmek adına katılımcıların hastalarıyla olan ilişkilerinin incelenmesi önemlidir. K1, eşinin kendisi için önemini “dünyayı onun için ters çeviririm” ifadesiyle gösterirken K2, annesiyle aralarındaki bağın her dönem çok kuvvetli olduğunu dile getirmiştir. K3, babasının kendisi için önemini “her şey” olarak ifade etmekte ve var olma sebebinin babası olmasından ve ona çok değer vermesinden kaynaklı bakım verme sürecinin daha da anlamlandığını belirtmektedir.

“Eşime olan sevgi yani dedim ya dünyayı ters çevirmeye gücün yeter mi diye sorsalar eşin iyi olacak deseler çeviririm, çevirmeye çalışırım. Maddi manevi hiçbir beklentim yok. Her şeyi onun uğruna feda ediyoruz.” (K1, eş, erkek)

“Yani ben tek çocuğum. Annemle her zaman bağlarımız çok kuvvetlidir. Tüm doğumdan, büyüdüğümde, gençlik dönemimden, evlilik sürecimden vs. hepsinde aramız çok iyidir her zaman. O beni çok fazla sever. Benim de şu anda babamı kaybetmemle hayatımda tek kişi kaldı. Benden onu inanılmaz derecede severim... Benzer şeylere girdim ama yani her zaman iyidir bizim annemle ilişkimiz. Her şeyimi rahatlıkla paylaşabileceğim, benim arkamda duran, bana destek olan, hem maddi hem manevi olarak sürekli destek olan birisi. Yaşın ilerlemesiyle bunun daha değerini anlıyorsunuz, onun fikirlerine, yorumlarına ihtiyaç duyabiliyorsunuz.” (K2, oğlu)

“Benim her şeyim yani. Bizim her şeyimiz. Biz çünkü öyle bir şey olsa değer vermese zaten burada olmayız yani. Yani başka bir şey dememe gerek yok yani. Yalnız bizim her şeyimiz yani atamız yani nihayetinde yani. Olmasaydı biz burada olmazdık şu anda yani. Öyle düşünüyorum yani.” (K3, oğlu)

Hastalıktan önce ve sonra olarak bakım veren aile üyelerinin sevdikleri hastalarına karşı bakış açılarında herhangi bir değişiklik olmadığı tam tersi sevgi ve bağlılıklarının daha da arttığı görülmektedir. Bu durum hastalar ile aile üyeleri arasındaki duygusal bağın önemini ve bakım verme sorumluluklarının kendileri için anlamını göstermektedir. Hastalık sürecindeki aralarındaki bağın daha da güçlenmesi hastalarını kaybedecek olmanın getirdiği bir durum olarak değerlendirilmektedir.

K10 ablasıyla olan bağının çok güçlü olduğunu, ona bakım vermenin hem sevgiden hem de hissettiği görev ve zorunluluk duygusundan kaynaklandığını belirtmektedir. Benzer şekilde çoğu katılımcı hastalık sürecinde hastaya olan ilgilerinin hastanın motivasyonunu yükseltmek amacıyla veya kendileri için öneminden dolayı daha da arttığını ifade etmektedir. Bu durumun sadece fiziksel bakım değil, duygusal destek anlamında da yoğunlaştığını göstermektedir.

“Hiç değişmedi, daha da arttı. Değişmez. Değişemez yani öyle bir şeyimiz yok.”(K1,eş,erkek)

“Yok, herhangi bir değişiklik olmadı tabii ki. Onun iyi olması için ben sürekli çaba sarf etmeye çalışıyorum. Değişiklik olması söz konusu olamaz tabii ki.” (K2, oğlu)

“Hiç değişmedi. Yok. Hiç değişmedi. Yok. Dedim ya işte aynı benim aynı atam yine aynı o zaman da sahip çıkan aynı sahip çıkıyoruz. Şimdi yine aynı sahip çıkıyoruz. Buraya düşmeden önce de yanımızdaydı zaten birer ay zaten kalıyordu yanımızda. Evi olmasına rağmen evi kaldırmadık zaten.” (K3, oğlu)

“Bakarım, daha iyi baktım.” (K4, eş, kadın)

“Hayır, o benim canım ciğerim, hiç değişiklik olmaz (Ağlıyor). Ama biliyorum onu kaybedeceğimi biliyorum çok zor bir şey. İfade edilmez... Bir bağ yani. Abla demek, anne yarısı demek. Ablam anne yarısı demek yani. Kendimi görevli hissediyorum, mecburi hissediyorum.” (K10, kız kardeşi)

“Yok hocam değişmedi. Şimdi hasta olduğu için onun moralini düzelsin diye daha yani ilgimiz oldu mesela” (K11, gelini)

Katılımcıların ifadeleri, hastalık sürecinde sevgi, bağlılık ve bakım verme sorumluluğunun yalnızca devam etmekle kalmadığını, aynı zamanda derinleştini ve hastayla olan ilişkinin güçlenmesine yol açtığını ortaya koymaktadır. Aynı zamanda sevdikleri yakınlarına bakım vermenin kendileri için çok önemli olduğu bunun yakınlarına duydukları sevgiden ve bağlılıktan kaynaklı olduğu anlaşılmaktadır.

Geçmiş zamana dair kayıplar

Rando’ya (1988b) göre beklentisel yas sürecinde insanlar geçmişte yaşanmış ve olmuş bitmiş olaylar hakkında yas tutabilmektedirler. Bu araştırmada da katılımcılar sevdiklerinin eski hallerini özlemle anarken eski, güçlü fiziki yapılarının artık olmamasına üzülmektedir.

“Mesela bugün kuzenlerim geldi. Vay amcam sen böyle olacak adam mıydın diyorlar. Babam iki ay öncesine kadar kravatla camiye giden bir adamdı. Kendi terziydi. Kimsenin yaptığı ütüyü beğenmezdi. Yıllarca bizlerin ütülerini bile o yaptı beğenmediği için yani. Bizim eşlerimizin ceketlerini, paltolarını, her şeylerini o ütülerdi. Vermeyin şeyi yıkatmaya derdi. Kuru temizlemeye. Siz yıkayın ben ütülerim derdi. O kadar da şeydi yani. Güçlü bir adamdı. Babamın böyle yıkılacağını da hiç tahmin etmezdim. Bir anda yıkılması bizi çok şok etti.” (K5, kızı)

“Biz, bezini değiştirirken tabii ki çok insan ne hale geliyormuş. O kadar güzel bir fiziği vardı ki. Yani açtığımız zaman üzülüyoruz. Biz de üzülüyoruz, kendi de üzülüyor” (K6, kızı)

K6 ve K7 isimli katılımcılar da annelerinin geçmişteki davranışlarını anımsayarak bunları özlemle anlatmışlardır ve geçmişte yaşananların artık gerçekleşemeyecek olmasına dair yas tutmaktadır.

“Gelinle konuşuyoruz, iyi günlerini konuşuyoruz. Şimdi sağ olaydı bayram börekleri yapardı. Şimdi sağ olaydı baklavalar yapardı. Şimdi sağ olaydı oğlanlara derdi “bak bayramda geleceksiniz ha, bayramda bizdeyiz ha”, ederdi, yani hazırlıklar yapardı. Çocuklara bayramlık almak için can atardı, bayramlık alayım. Onlara hep harçlık verirdi. Sağ olaydı böyle yapardı diyoruz. Böyle yani hüziün duyuyoruz yani” (K6, kızı)

“Nasıl bir şeydi biliyor musun? Çamaşır yıkardı dışarıdaki o şey portatif asacak var ya ona sererdi. Yolda yürüyen hangi sabunu kullanırsın derlerdi. O kadar titizdi. Evime gelirdi, hangi sabunları kullanıyorum bir bakayım, bir edeyim, ben de gideyim, alayım derdi. O kadar böyle aktif bir şeydi, insandı. E tabii şimdi yaşlandı, muhtaç olmuş böyle.” (K7, kızı)

K8 de geçmişte eşiyile dini görevini yerine getirmekten bahsetmiştir. Bunu ona yaşatmaktan dolayı mutluluk duyduğunu ve geçmişte yaşananlarla ilgili herhangi bir pişmanlığının olmadığını devamlı olarak tekrarlamıştır.

“Biz beraber hacca gittik, (ağlıyor), şey ettik. Bu tür şeyler yaptık, yani hep iyi şeyler yaşattık yani yaşadık beraber... Ama tabii bu son seneleri çok ağır geçiyor.” (K8, eş, erkek)

“Biz de aşırı bir şeyimiz olmadı. Kıracak, şey diyecek, şeyimiz olmadığı için. O yüzden çocuklarımız falan da beraber iyi yetiştirdik. Bir şey de çok şey, kendisi en ufak bir, fazla bir aşırı harcaması şeyi olan falan biri değildi. Bir de insafli bir kişiydi. Onun için Cenab-ı Allah yani onu da bizi de çok da iyi bir mal varlığı falan yani, mükafatlandırdı. İyi çocuklarımız oldu, hepsini okuttuk. En ufak o yönden geriye bakıp da şimdi şey ettiklerimiz yok. Çok şükür o yönden bile şeyiz yani.” (K8, eş, erkek)

K5 isimli katılımcı ise geçmişte babasının yaptıklarını ve söylediklerini hatırlayarak bunların geçmişte kalmasına dair üzüntü duymakta ve bunları daha babası ölmeden özlemlenerek yas tutmaktadır.

“Üzülüyoruz tabii ki. Çok üzülüyoruz. Fedakardı, sinirliydi, öfkeliydi. Çocuklarımızı sevmesini bilemedi. Olgun yaşa gelince anladı belki ama olsun yine de bizim babamız kıyamazdı. Bana her gelirken sütler alırdı. Kolilerle yumurtalar alırdı. Bir şeye ihtiyacım var mı diye sorardı. Ben asla hiç kimseye hiçbir şeye ihtiyacım olduğunu söylemedim. Hiç param yok demedim. Ama o gene de parasını gene almazdım. O emekli derdim. Ben el işi yapıyorum. Yine el işi yapıyorum ben. Ben kendime göre kazanıyorum. Kızım da çalışıyor derdim ama öbür getirdiği şeyleri zaten zor kötek topallaya topallaya getirirdi. Bacağın biri tutmazdı. Onları falan tabii hatırlatırsanız çok üzüleceğim. Şimdiden üzülüyorum da ama sonradan daha çok bunlar bizi vuracak onu biliyorum. Ben bana anamın adı derdi. Ben annesinin adiyım. Anamın adı ağzımın tadı derdi hep. Onları unutamayacağım işte.” (K5, kızı)

Mevcut kayıplar

Bu kayıp türü bireyin şu anda yaşamakta olduğu kayıplara odaklanmaktadır. Şu anki durum, sevilen bir kişinin fiziksel veya duygusal anlamda yavaş yavaş elden kayıp gitmesiyle ilgili bir yas sürecini ifade etmektedir. Birey, yalnızca geçmişteki anıların değil, şu anda

gerçekleşmekte olan kaybın farkındalığıyla da başa çıkmaya çalışmaktadır. Sevilen kişinin fiziksel, duygusal veya sosyal rollerinin yitirmekte oluşu, kişinin kontrol edemediği bir süreçle yüzleşmesine sebep olmaktadır (Rando, 1988b).

Aşağıda verilen alıntılardan da görüleceği üzere aile üyeleri hastanın gittikçe kötüleşen fiziki ve sağlık durumuna ve artan bağımlılığına dair üzüntülerini dile getirmektedir. Bu durum hastalıktan dolayı şuanda gerçekleşmekte ve hasta yakınlarının şimdiki zamana dair kayıplara yas tuttuklarını göstermektedir.

“E tabii şimdi yaşlandı muhtaç olmuş böyle. Gözlerime bakınca içim cız ediyor. Bana kalmış, muhtaç olmuş, birileri döndürsün, birileri rahatlasın, birileri biraz su versin. Enjektörle su veriyorum öyle işte.” (K7, kızı)

“Ama hanım kendini toparlayamadı. Önceden az buçuk, benim omzuma yaslanarak gidip geliyordu. Ama o da bitti. Artık kucakta taşınır oldu.” (K12, eş, erkek)

“Kemoterapi ve ışını aldı ameliyattan sonra. Ama hiç iyi gelmedi yani. Çok daha kötüleşti. Bir Ramazan, hatta acil böyle hastaneye kaldırdık. Ambulansla. Ağzından, kulaklarından, affedersin aşağı yerinden yemyeşil zehir aktı ve kendi imzam, 13 gün tek odada, hele 3 günü, 4 günü sadece benle ikimiz kaldık. Kimse konmadı enfeksiyondan dolayı. Sonra düzeldikçe, tabii yemesi, ağzı yüzü patladı hep. Bildiğin ağzı kapalı açamadılar yani. Yırtıldı, dudakları yapıştı. O kadar acı çekti. Biz de onunla beraber o acıyı çektim, ben de yani. Kardeşlerim de aynı yani ama 13 gün yattık, düzeldi, çıktık, tekrar gittik, kemoterapi ve ışın almayacağız dedik imzamızla. Almadık. Daha iyiydi. Son zaman işte bu hemen hemen altı aydır. Her gün biraz daha, her gün biraz daha. Altı aydır tam yatalak. Işın ve kemoterapi kemik erimesine sebep oldu yani. Tabii yakıyor ya vücudu kemiklerini. İştahsızlık. Zaten çok iştahlı biri değildi sağlıklı iken de. Ama hastalıktan dolayı, mide tabii olmadığı için.” (K6, kızı)

“Babama çok faydası olacağını düşündüm. Hani en azından serumla beslenebilecekti. Belki burundan, şeyden, damardan mama verecekler belki beslenecekti. Ama ben böyle yani hani ömrünün son günlerini burada geçiriyor gibi olacağını hiç tahmin etmedim. Kendine gelip iyileşip çıkaracağımızı düşünmüştüm. Ama buradaki durumunu benim de gözlemlediğim kadarıyla durumu iyiye gitmediğini ben de gördüm.” (K5, kızı)

K2 isimli katılımcı ise annesini bir rehber olarak gördüğünü ve şuanda ve gelecekte annesiyle gerçekleştiremeyeceği sohbetlerin ve onun desteğinin artık olmayacağını yasını tutmaktadır. K2 için annesinin kaybı bir rehber kaybı olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca beklentisel yas döneminde annesinin artık iletişim kuramaması geleceğin bir provası olarak görülmektedir.

“Her zaman iyidir bizim annemle ilişkimiz. Her şeyimi rahatlıkla paylaşabileceğim, benim arkamda duran, bana destek olan, hem maddi hem manevi olarak sürekli destek olan birisi. Yaşın ilerlemesiyle bunun daha değerini anlıyorsunuz, onun fikirlerine, yorumlarına ihtiyaç duyabiliyorsunuz. İşte o eksikğin, şu an mesela sohbet edemeyecek

durumda olmamız, bu hala şu anda eksikliklerin başlangıcını gösteriyor benim için bu” (K2, oğlu)

Geleceğe dair kayıplar

Gelecek hakkında tutulan yas henüz gerçekleşmemiş olan kayıpları içermektedir. Bu kayıptan önce hasta yakınıyla bir olayı gerçekleştirememeye ya da bir aktiviteye katılamamak olabileceği gibi kayıptan sonraki yalnızlık, güvensizlik, sosyal rahatsızlık, ekonomik belirsizlik, yaşam tarzı değişiklikleri, rollerin değişikliği gibi kayıplar hakkında da yas tutmak olabilmektedir (Rando, 1988b)

Bakım veren aile üyeleri geleceği düşündüklerinde aile üyesinin kaybını boşluk hissiyle eş değer tutmaktadır. K4 isimli katılımcı eşini kaybedecek olmayı yalnızlık ve “çinil çinil öter” benzetmesiyle boşluk olarak değerlendirmektedir. K9 ise sadece annesinin kaybına dair bir boşluktan bahsetmemekte, gelecekte annesini kaybettiğinde “her şeyin boşuna yapılıyor olması” olarak tarif etmektedir. K2 ise yaşının genç olması ve rehber olarak gördüğü annesinin kaybedecek olmasını boşlukla tanımlamaktadır.

“Değişiklik olur tabii ki elbette olur. İşte bir yanım yok. Bir yanım yok.” (K4, eş, kadın)

“Hane reis bir de. Oralar ıssız çinil çinil öter.” (K4, eş, kadın)

“Ama bu vefatını düşünme duygusunun sende en çok etkilediği şey böyle bir her şey boş hissi.” (K9, kızı)

“Yani onun da hayatımdan ayrılması çok daha büyük bir boşluk uyandıracak ve bu yaşımda bunları yaşıyor olmak mutsuz ediyor tabii ki insanı.” (K2, oğlu)

Aile üyeleri sevdiklerinin kaybının ardından neler yaşanabileceğini tahmin etmekte ve bununla ilgili bazı yargılarda bulunabilmektedir. K1 isimli katılımcı gelecekte eşine olan sevgi ve bağlılığının devam edeceğini, ikinci evlilik istemediğini ve yalnız kalacağını belirtmektedir. Katılımcı, eşinin kaybıyla yalnız kalma düşüncesini kabullenmekte zorlanmakta ve bu durum, yaşamla ilgili motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Eşinin kaybının ardından kendisi de artık daha fazla yaşamak istemediğini dile getirerek ilerideki yaşamı kabul etmediğini dile getirmektedir. K10 ise ablasını her daim hatırlayacağını dile getirerek gelecekteki yokluğa dair şimdiden yas tutmaktadır.

“Allah'ım onun arkasından benim de canımı al diyorum ona” (K1, eş, erkek)

“Vallahi seven insanın sevgisine göre değişir benim içimden hiç çıkacağını tahmin etmiyorum. İşte başka bir ikinci bir evlilik falan da geçen bana diyor evlenirsen de

çocuklarımıza eziyet etmeyen hanım al evlenirsen diyor Ben de dedim senin üstüne gül koklayacağımı sanmıyorum sanmam da” (K1, eş, erkek)

“Her zaman başımın tacı. Hep hayallerimde olacak” (K10, kız kardeşi)

Bazı katılımcılar ise şuanda yas yaşamadıklarını, asıl yokluğun ve boşluğun ve verilecek tepkilerin daha sonradan ortaya çıkacağını belirtmektedir.

“Ama öldükten sonra artık gelmeyeceğini bildikten sonra tabii ki illaki bir patlaması olup ağlayacağız tabii. Üzüleceğiz. Hatırlayacağız. Hatırladıkça ağlayacağız. Onları biliyorum. Onların yaşanacağı muhakkak.” (K5, kızı)

“Babamın yokluğu keder olur bize ileriki zamanlarda çünkü. Yokluk sonradan meydana gelecek. Yokluk sonradan meydana gelecek yani. O zaman da anlaşılacak. Daha şimdi belli olmaz o. Annemizi kaybettik ama annemiz daha hiç çıkmadı içimizden yani. Çıkmaz yani. Öyle söyleyeyim yani.” (K3, oğlu)

K2 ise gelecekteki yaşamın sevdiklerini kaybetmeyle bağlantılı olarak daha kötü olacağını düşünerek annesinin gelecekteki kaybına dair yas tutmaktadır.

“Yaşımız büyüdükçe çevremizdeki sevdiğimiz insanları kaybediyoruz ve ben hayatın çirkinleşeceğine daha kötü olacağını düşünüyorum.” (K2, oğlu)

K9 isimli katılımcı ise annesi ile olan soğuk ilişkisi sebebiyle annesinin hayatında zaten var olmadığını haliyle gelecekte olmamasının da kendisini çok etkilemeyeceğini belirterek çalışmaya farklı bir bakış açısı kazandırmıştır.

“Yani şimdi annem işte yaklaşık 20 yıldır zaten benim hayatımda çok aktif değil. Ben 20 yıldır annemden uzaktayım. Son 4 yıldır bir aradayız ama o da nasıl bir birliktelik işte daha çok benim ona destek olduğum onun hani hasta olduğu bir birliktelik yani o yüzden yokluğu benim hayatımda çok fazla bir şey eksiltmeyecek diye düşünüyorum açıkçası yani öyle” (K9, kızı)

K1 ve K8 isimli erkek eşlere dair alıntılar hayal kırıklığı başlığı altında belirtilmiş olsa da ifadelerin geleceğe dair kayıplarla ilgili olmasından kaynaklı burada tekrarlanmasının çalışmaya katkı sağlayacağı düşünülmüştür. K1 ve K8 geçmişte çok fazla sıkıntı yaşadıklarını, tam rahata erdikleri dönemde eşlerinin hasta olmasından kaynaklı hayallerini gerçekleştiremeyecek olmanın yasını tutmaktadır.

“Yani dedim ya varlık yokluk çokluk her şeyi gördük. Tam dörttüm, sefa süreceğiz yaradan bunu verdi. Yapacak bir şey yok, zor bir olay.” (K1, eş, erkek)

“Vallahi çok kötü bir duygu. Çok zor bir şey. Dedim ya anlatılmaz yaşanır bir şey. Böyle bir duygu yok. Çok hayallerimiz vardı. Hepsi suya düştü eşim böyle olunca” (K1, eş, erkek)

“Annesi babası, geçmiş zamanında böyle bir şey yaşamışlar. Yani ağır şartlarda büyümüş, şey etmiş. Ben böyle, her şeyi şey edip mutlu olacağımız bir dönemde çok acı çekti (çok ağlıyor).” (K8, eş, erkek)

K5 babasını kaybetmeyi üzüntü hissiyle eş değer tutmaktadır. Gelecekte babasının hatıralarına tutunacaklarını ve özlemle anacaklarını belirtmektedir. Babasının gelecekte var olmamasından kaynaklı geçmişte yaşadıkları güzel anıların tekrarlanamayacak olmasına dair yas tutmaktadır.

“Üzüntü geliyor. Babamın gidişi geliyor, üzüntü geliyor, artık onu bir daha göremeyeceğimiz geliyor. Hatıralar, anılar gözümüze canlanıyor. Şimdi bile canlanıyor. Bizim çocuklarımıza yani torunlarının çocuklarına her markete gittiğimde dünya kadar şey alırdı, abur cubur alırdı. Onun bir dolabı var. Torunlar şimdi kardeşimin torunları olsun, benim torunlarım olsun. Gittiler mi hemen dedelerin o zulasını bilirler. Oradan bir şey alır gelirler. Mutlaka onlar için doldururdu. Akşam söylemesi ayıptır gofret almıştım. İftardan sonra tatlı olarak bir enerji olsun yiyelim diye. İkimiz de şeker hastasıyız da o dedi mi gene gofret. Neyse onu yerken dedi ki kız kardeşimle hüznümlendik, ağladık. “Abla” dedi, “artık bunları” dedi, “babam” dedi “gittiğimizde oraya” dedi, “çay falan içerken” dedi, poşetle getirip hepimizin önüne birer tane koyardı. “Siz de benim çocuklarımsınız siz de yiyin diye” dedi. “Torunlara verirdi. Artık bunları falan bize kim alacak babam aladıktan sonra, kendi yediğimizin böyle tadı bile olmayacak filan” dedi. Hüznümlendik, onlara çok hüznümlendik” (K5, kızı)

K12 ise eşinin kaybına dair hazırlıksız olduğunu ve geleceği hiç düşünmediğini dile getirmiştir. Ancak o da eşinin kaybını boşluk hissiyle tanımlamaktadır.

“Diyorum ya, o boşluğa hazırlamadım kendimi. Bilmiyorum. İyi şeyler olmaz herhalde. Bu hayata alışmıştık. Zor gelecek bana.” (K12, eş, erkek)

Aile üyelerinin gelecekte yakınlarının olmaması boşluk hissiyle ifade edilmektedir. Aile üyeleri kayıptan sonrayı düşündüklerinde artık sevdiklerinin hayatta olmamasını hüznüml hatırlayacaklarını belirtmektedir.

Kayıp kategorisi, bakım verenlerin beklentisel yas sürecinde geçmiş, mevcut ve gelecekteki kayıplarını nasıl deneyimlediklerini kapsamlı bir şekilde ele almaktadır. Bulgular, hastanın fiziksel varlığının bakım verenler için derin bir teselli kaynağı olduğunu, bu varlığın yalnızca fiziksel mevcudiyetle değil, aynı zamanda sevgi, bağlılık ve manevi bir bağın temsilcisi olarak değerlendirildiğini ortaya koymaktadır. Özellikle eşler arasında hissedilen bu bağ, hastalık süreciyle birlikte daha da güçlenmiş ve hastanın kaybına yönelik duygusal yükü artırmıştır. Geçmiş kayıplar, hastanın önceki sağlık durumu ve güçlü fiziksel yapısına duyulan özlem üzerinden tanımlanmış, bu durum geçmişe dair yasın temel bir unsuru olarak değerlendirilmiştir. Aile üyeleri, hastalarının eski davranışlarını, fiziksel güçlerini ve günlük

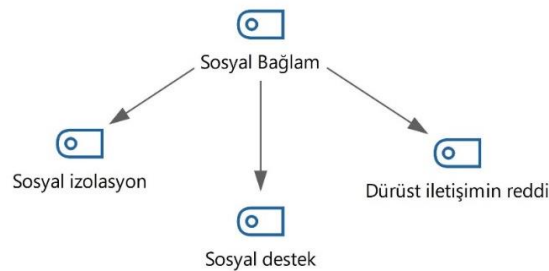
yaşamda gösterdikleri aktif rolleri özlemle anarak, geçmişteki kayıplarına yas tutmaktadır. Mevcut kayıplar ise hastanın artan bağımlılığı ve kötüleşen sağlık durumu gibi şu anda yaşanan kayıpları içermektedir. Aile üyeleri, sevilen kişinin yavaş yavaş fiziksel, duygusal ve sosyal rollerini kaybetmesine tanık olmanın verdiği acıyı ifade etmektedir. Geleceğe dair kayıplar, henüz gerçekleşmemiş ama kaçınılmaz olan kayıplarla ilişkilendirilmiştir. Aile üyeleri, kaybın ardından yaşayacakları boşluk hissini ve gelecekte sevdikleriyle paylaşamayacakları anılara yönelik özlemi dile getirmiştir. Bu bağlamda, geleceğe yönelik kayıplar hem bireysel hem de sosyal bağlamda yas sürecinin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır.

Genel olarak, kayıp kategorisi, bakım verenlerin geçmişten geleceğe uzanan geniş bir kayıp yelpazesi içinde, fiziksel varlık, duygusal bağlar ve yaşamın değişen dinamikleri üzerinden nasıl yas tuttuğunu ortaya koymaktadır. Bu süreçte, sevdiklerinin varlığından aldıkları teselli, mevcut kayıplarla yüzleşme çabaları ve geleceğe dair belirsizliklerle başa çıkma stratejileri, yas sürecinin çok boyutlu doğasını yansıtmaktadır.

Kayıp deneyimleri, beklentisel yas sürecinde bakım verenlerin sosyal ilişkilerini ve iletişimlerini de etkilemektedir.

4.2.3. Sosyal bağlam

İnsanların bir sistem içinde var olmaları ve beklentisel yas sürecinin çok faktörlü yapısı gereği bu dönemde sosyal olarak etkilenmemek elde değildir. Bakım verme sürecinden bağımsız olarak yakınlarını kaybedecek bakım veren aile üyeleri birtakım sosyal geri kalmışlık yaşadıklarını belirtmektedir. Ayrıca bu dönem ne kadar olumsuz da olsa aile üyelerini yakınlaştırması ve aile dayanışması açısından oldukça önemlidir. Çoğu katılımcı çevresinden gördüğü destek hakkında mutluken bazı katılımcılar ise sosyal çevreden gelen yorumlardan dolayı rahatsızlık duyabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak hastayla ve aile içindeki iletişimin doğası da bu kategoride ele alınmaktadır (Şekil 4.8.).



Şekil 4.8. Sosyal bağlam kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Sosyal izolasyon

Bakım veren aile üyelerinin hastalarına bakım verme dolayısıyla yani hastasının başında devamlı bulunması gereğinin haricinde sevdiği kişiyi kaybetmenin getirdiği bir etki olarak da sosyal olarak hayata katılmada birtakım problemler yaşanabilmektedir.

K10 isimli katılımcı bu durumu oldukça iyi ifade etmiştir. Nasıl ki sevilen bir kişi kaybedildiğinde yas tutuluyorsa beklentisel yas döneminde yakınlar sanki hastayı kaybetmiş gibi sosyal yas belirtileri gösterebilmektedir. Hastasını kaybedecek olmanın getirdiği üzüntü ile eğlenceli aktivitelere katılmada isteksizlik ya da daha basit günlük işleri yapmaktan kaçınma gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Ayrıca ölüm sonrası yas döneminde olduğu gibi üzüntüsünün dış giyimine yansımaları siyah kıyafetler giyme olarak görülmektedir.

“Çıkmıyorsun. Fazla yani eğlenceli yerlere çıkmıyorsun. Yani bir alışverişi olsa için almıyor. Yani yeme içme mecburi karşılıyorsun ama giyim, kuşanma, süsleme tabii istemiyorsun. Ne bileyim yani. Yani ihtiyaçları alacaksın ama aldığın zaman da böyle parıltılı, şakırdaklı, güzel şey almıyorsun yani için kararmış.” (K10, kız kardeşi)

K9 isimli katılımcı da benzer şekilde sosyal hayata katılmada sorunlar yaşarken bunların sebebinin kendisi uzaktayken annesinin ölüm haberini alma korkusundan kaynaklandığını belirtmektedir. Bu sebeple herhangi bir aktivite planlama isteği duymamakta ve herhangi bir etkinliğe katıldığında hep annesini düşündüğü için zevk alamamaktadır. K6 da buna benzer bir ifade bulunmuştur.

“Yani sosyal hayatın işte çok uzun böyle vadeli plan yapamıyorsun sanki bir plan yapıyorsun ama onun gerçekleşir mi gerçekleşmez mi hep hastana bağlıymış hani gibi hissediyorsun. Yani mesela bir yerlere gideceksin ya da bir söz vereceksin. Mesela hep nasipse gelirim. Belki o gün başına bir şey gelecek ve gidemeyeceksin hani gibi bir duygu oluyor. Yani uzun süreli planlarda içinde hep korku oluyor. Onu yapabilecek misin, yapamayacak mısın gibi. Aslında bende şöyle bir korku da oluyor. Benim NRP eğitimciliğim var. Bazen il dışı eğitimlere gidiyoruz ya da ben kendim genel olarak il dışı turlarla falan gezmeyi seven bir insanım. Oradayken mesela bir şey oldu. Bir haber gelecektiği gibi bir korku oluyor. O da yaptığın şeyin hem tam tadını alamamana sebep oluyor hem de yani işte bu tarz böyle senaryolarla enerjini düşürüyor psikolojik ve ruhsal olarak.” (K9, kızı)

“Her şeyimizden kaldık. Öldü ölecek. Gidemiyorum mesela ben. Ben hafta sonu mesela menzile gitmek istiyorum. Ama bırakıp gidemiyorum. Gittiğim zaman “öldü mü, ne olacak?” diyorum yani. O zaman vicdan azabı çekerim diyorum. Gelinecek bir yer de değil ben hemen iki saat sonra gelsem diyorum onun için yani.” (K6, kızı)

Sosyal destek

Sosyal destek de yine bakım vermede sorumluluğun paylaşılması mantığından bağımsız olarak beklentisel yas sürecinde bireylerin çevresinden aldığı desteği ifade etmektedir. Çoğu

katılımcı sosyal çevresinden kişilerin kendilerini devamlı aradıklarını ya da ziyarete geldiklerini, herkesin hastaları için dua ettiğini ve sağlık dilediğini, bundan dolayı kendilerini mutlu ve memnun hissettiklerini belirtmektedir.

“Herkes dua ediyor. Yani herkes hayırlısı neyse o olur, tüm günlerce, aylarca, bak yani biz bu işle uğraşıyoruz. Herkes şifa diliyor. Herkes sadece aile etrafımız değil, apartmanda oturan komşularımız. Hayır günübirlik arıyorlar, soruyorlar. Hastanız nasıl oldu diye” (K1, eş, erkek)

“Telefon açıyorlar memnun kalıyoruz. Soruyorlar memnun kalıyoruz. Dua ediyorlar, dua istiyorlar. Ediyorlar, ediyorlar yani.” (K7, kızı)

“Rahatlatır işte. Telefon geldi de sordular mı? Kendileri gelmiş gibi olur. Burada da değilse vakit ne içer? Bir pencere var, bir de kapı olur.” (K4, eş, kadın)

K5 ve K6 benzer ifadelerde bulunmuş ve ziyarete gelen kişilerin geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak hastalarının sağlık durumu hakkında yorum yapmalarından bahsetmiştir ve bu bağlamda paylaşılan tecrübelerin yas sürecine uyumda önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Kendilerine ise bakım vermeden kaynaklı iyi yorumlarda bulunup dua etmelerinin hoşuna gittiğini ve güç verdiğini belirtmiştir.

“Sadece ziyaretlere gelip gidiyorlar. Hani onlar da zaten biz söylemesek de anlıyorlar. Bilenler ve mesela vefat yaşayanlar biliyorlar, diyorlar ki hayır amcanın günahı az kalmış bakışlarından, gözünün renginden. Biz de onları onlardan öğreniyoruz. Biz bilmiyoruz mesela. Onlar anlıyorlar.” (K5, kızı)

“Valla evet. Çevremizde yani. Hepsi inançlı, imanlı insanlar. Ziyarete gelirler. Söylerler. “Daha nefesi tamam değil” derler. İşte “siz çok sevap kazanıyorsunuz” diye. “Allah mizanınıza koysun” derler, onlar da böyle hoşumuza gidiyor öyle deyince de.” (K6, kızı)

“Tabii yani bekliyorsun yani, ne demişler Acular paylaştıkça azalıyor, sevinçler paylaştıkça çoğalır. Tabii biri seni koştugu zaman, sana bir destek, sanki bir güç geliyor, seni teselli ediyor, yani akıl akıldan üstündür. Biri sana güç veriyor. İşte biri diyor ki ha böyle, ha şöyle, işte olacağı buydu, zaten böyle olacak, yani tabii ondan da rahatlıyorsun yani bir teselli oluyor yani.” (K10, kız kardeşi)

Aile birliği ve dayanışması bakım veren hasta yakınları için önemli görülmektedir. Özellikle çekirdek aile ve kardeş desteği bireyler için oldukça önemli olarak anlaşılmaktadır. Beklentsel yas süreci gibi çoklu kayıpların yaşandığı, rollerin değiştiği, evden uzakta hastanede yaşamak gibi değişikliklerin olduğu bir dönemde aile sisteminden görülen destek bireylerin kendilerini güçlü hissetmesini sağlamaktadır.

“Kurumsal destek değil de birbirimize destek veriyoruz. Kardeşlerimiz zaten birbirimize destek veriyoruz. Yani yıkılmamaya gayret gösteriyoruz. Eşimiz tabii,

çoluğumuz, çocuğumuz tabii destek veriyor. Onlar olmasa sıkıntı yani. Hepimiz birbirimize kenetliyiz şu anda yani. Herkes birbirini gözetmek zorunda. Yani onlarla biz, biz onlarla, onlar bizle yani iç içeyiz zaten. Hepimiz birbirimize destek vermek zorundayız yani. Şu şekildeyken başka türlü olmaz yani.” (K3, oğlu)

“Var tabii. Ben zor duruma düştüğüm zaman yakınlarımın hepsinin arkamda olduğunu biliyorum. En başta çocuklarım. O yönden hiçbir endişem yok güçlü bir yapımız var yani işte aile birliğimizin.”(K8, eş, erkek)

“Sonra bayramda çok fazla ziyaretçisi geldi işte hani memleketten. Kardeşlerim geldi. İki kardeşim var. İkisi de il dışında yaşıyorlar. Ondan sonra şey yani bayram güzel geçti. Yani onun açısından da bizim açımızdan da. Aksaray bizim, Aksaraylıyız. Memlekete gidemediği ilk bayram. Biz her bayram Aksaray'a giderdik. İlk defa bu bayram gidemedik. Ama sağ olsun hani dayım, teyzem, halalarım, amcam hani bu gidemememizi şey yapmadılar yani aratmadılar. Hepsi geldiler. Hatta o da böyle şey oldu yani ev hani bayram evi gibi oldu diye bayağı mutlu oldu.” (K9, kızı)

K5 beklentisel yas döneminde geçmişteki kırgınları unuttuklarını, kardeşiyle küskünlüğü bıraktığını, babasının hastalığının kardeşleri barıştırdığını ve daha da yakınlaştırdığını belirterek bu dönemin bağlayıcılığını ortaya koymuştur. Aynı şekilde annesinin de babasına karşı geçmişte birtakım kızgınlarının olduğunu ancak bunların hastalıktan kaynaklı olduğunu öğrendikten sonra annesinin de geçmişte düşündüğü kötü düşüncelerden uzaklaştığını belirtmiştir.

“Affediciydi, hep bağışlayıcı, küslüğü hiç sevmezdi. İki kardeşinin arası dargın diye çok üzüldü. Onun bu hastalığı buna vesile oldu. Hiçbir şey olmamış. Aramızda hiçbir kırgınlık geçmemiş gibi devam ettik yine. Yeğenlerimle olsun. Zaten çok özlemiştim yeğenlerimi de. Ama kalbim çok kırıldı, adım atmamıştım ki babam giderken giderayak bunlara vesile olup gidecek. Bizi barıştırdı.” (K5, kızı)

“Küslükleri barıştırdı, kırgınlıkları bitirdi. Ondan sonra daha çok kardeşler olarak birbirimize biraz daha yaklaştık. Mesela eskiden olsaydı birbirimize bir laf falan duyururduk yani kırgınlıkları. Şu anda onların hiçbirini yapmıyoruz. Bu üç kardeş birbirimize daha çok bağlandık, bir birimize daha çok sevgi gösteriyoruz. Yani hakikaten bu konuda bağlayıp gidiyor yani. Babam hiçbir zaman küskün sevmeyen bir insandı. Bütün kırgınlıkları aradan kaldırdı sosyal olarak.” (K5, kızı)

“Annem çok şey yapardı. Bazen ölmesini bile isterdi... Bizim babamız ama onun kocası. Şimdi o kadar ağlıyor ki üzüyor ki vay diyor benim kocam bilerek hiçbir şey yapmamış bana. Bile bile, isteyerek eziyet etmemiş bana. Meğerse hastalığındanmış diyor. Bana yaptırdığı çektirdiği her şeyi unuttum şuan da diyor.” (K5, kızı)

K9 isimli katılımcı da hasta olan annesine karşı geçmişte hissettiği öfkeyi unutmayı ve ona karşı affedici olmayı tercih ettiğini dile getirmektedir.

“Yani annem benim için tabii sonuçta atam olduğu için. Yani beni yetiştiren insan olduğu için. Ve inançlarım gereği çok değerlidir. Saygı duyarım. Ama çok böyle

derinden bir sevgi ve bağlılık hissetmiyor olabilirim anneme karşı, Ondan sonra yani bir yandan böyle işte çok kızgınlıklarım da var ona karşı yani biraz bu hastalık sürecinde daha şey tercih ettim yani affedici olmayı ve unutmayı çok da böyle büyütmemeyi tercih ettim ama ona kızgınlığım, kırgınlıklarım da olduğu dönemler oldu.” (K9, kızı)

Aile üyeleri özellikle çekirdek aile olmak üzere bu dönemde sosyal desteğin faydasını gördüklerini ve bu desteğin kendilerini güçlendirdiklerini belirtmiştir. Ayrıca ziyarete gelen kişilerin veya telefonla iletişim kurulmasının kendileri için önemli olduğunu, iletişim kuran akrabaların hastaları için dua etmeleri ve kendilerine iyi yorumlarda bulunmaları bu dönemi manevi olarak anlamlandırmakta ve kendilerini motive etmektedir.

Dürüst iletişimin reddi

Ölmekte olan bireyle açık ve samimi bir iletişim kurmanın, beklentisel yas sürecinde fayda sağladığı belirtilmektedir. Korkular, pişmanlıklar ve dilekler üzerine yapılan dürüst tartışmaların, hem yas sürecini deneyimleyen kişiye hem de ölmekte olan bireye, süreç içerisinde bir kapanış ve tamamlanmışlık duygusu yaşatabileceği ifade edilmektedir (Rando, 1988a)

Katılımcılar çoğunlukla bakım verdikleri yakınlarının ölümünü kendisine söylemediklerini ve kendisinden gizlediklerini belirtmişler ve hastayla olumlu beklentiler üzerinden konuştuklarını, onların iyileşeceğini söyleyerek hastalarını mutlu etmeye çalıştıklarını belirtmektedir. Bu durum beklentisel yas sürecindeki hasta ile dürüst iletişime ters bir tutum olarak görülmekteyken aile üyelerinin ölümden sonraki süreçte baş etme süreçlerini olumsuz etkileyebilir.

“Daha soğukkanlı davranmaya çalışıyorum. Şu anda bana ihtiyacı var. Ben sürekli ağlar sızlarsam onun karşısında o da çok fazla üzülür. Ha ben ölüyorum demek ki bunlar niye bu kadar ağlıyor demesin diye “iyileşeceksin, biz sana bakıyoruz, turp gibi olacaksın, eskisi gibi klassın, sen kibar adamsın, şöyle olacaksın, centilmen babam” falan moral vermeye çalışıyoruz. O yönde kendimizi de herhalde öyle şey yapıyoruz. İki arada bir derede açıkçası öyleyiz. Açıkçası öyle.” (K5, kızı)

“Yani hastayla hiç konuşmuyorum. Ona hep “bugün daha iyisin, iyi olacaksın inşallah” diye yaklaşmaya çalışıyorum.”(K9, kızı)

“... “Annem ölecekmiş. 2 saati kalmış. 3 saati kalmış. Sakın öyle bir daha yapmayın” dedim. “Şu anda annem bu tepkiyi öğrenirse” dedim. “Ben ne cevap vereceğim.”. Hepsine inan ki Allah'ım yani. Yalan söyledik. Şunun kontrolü varmış gelmiş. Tam yoldan geçermiş sana uğramış. İnan ki 6-7 kişiyi annemin yanında kandırdık. Hani annem deseydi. “Kızım niye bunların hepsi bugün toplandı? Bana bir şey mi oldu, bir şey mi vardı?”. Bu sefer gayri annem orada üzülecekti. Hepsini yalan söylemek zorunda kaldık. “Anne” dedim, “seni gruba koydular. Fotoğrafını çekince dayanamamışlar. Sen

gelin de ben gelemem mi, sen gelin de ben gelemem mi diyerek de hepsi toplandı” dedik.” (K11, gelini)

“Soramadım kendisine yani durumun ne olduğunu da ama “korkuyorum, üşüyorum, bilmem ne olayım” gibi hareketler sanki bazı şeylerin farkına vardığını düşünüyorum ben de. Kendisine sormadım.” (K12, eş, erkek)

Bazı durumlarda aile içinde ölüm beklentisi gizli kalmakta ve aile üyeleri hastanın ölümünden konuşmamaktadır.

“Ben bunu çocuklara mesela bahsediyorum. Mesela annenizin mesela ben vefat ettiği zaman şunu yapalım, bunu yapalım. Fakat çocuklar tabii onun vefatını bizim gibi kabul etmedikleri için fazla böyle bir şey etmiyor. Artık vefat hakkında çocuklarla falan konuşmuyorum. Vefatından bahsedip şey etmiyoruz. Çünkü çocuklar çok etkileniyorlar. Bizim hanım Konya'ya da 30 senedir 32 senedir Konya'da. Konya'yı çok sever. Yani vefatında da burada Mevlana'nın etrafında bu Üçler Mezarlığı'na konmayı şeylerdi ve bunu çocuklara söylediğimde yani ölümünü kabul etmedikleri için yani ondan bahsetmemi falan bana tepki gösterirlerdi. Onu hiç şey etmiyorum.” (K8, eş, erkek)

“Hiçbir şey söylemedim, ilk size söylüyorum. Yani durumum böyle olduğunu kimseye söyleyemedim, söylemedim.” (K12, eş, erkek)

Sosyal bağlam kategorisi, bakım veren aile üyelerinin beklentisel yas sürecinde yaşadığı sosyal değişimler ve bu sürecin bireyler üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde ele almaktadır. Sosyal izolasyon, bakım verenlerin hastalarının yanında bulunma zorunluluğu ve kaybedecek olmanın verdiği duygusal yük nedeniyle sosyal hayattan kopmalarını ifade etmektedir. Katılımcılar, eğlenceli aktivitelerden uzak durma, uzun vadeli plan yapamama ve günlük işlerden kaçınma gibi davranışlar sergilemiş; bu durum, beklentisel yasin sosyal yaşam üzerindeki olumsuz etkisini açıkça göstermiştir. Sosyal destek, katılımcılar tarafından süreci anlamlandıran ve hafifleten önemli bir kaynak olarak değerlendirilmiştir. Akrabaların ve komşuların ziyaretleri, telefon görüşmeleri ve manevi destek sağlayan yorumları, bakım verenler için hem psikolojik hem de manevi bir destek sağlamış, dayanışmayı artırmıştır. Bazı katılımcılar, bu dönemin geçmiş kırgınlıkları ve küslükleri unutturacak derecede bağlayıcı bir etkisi olduğuna dikkat çekmiştir. Dürüst iletişimin reddi, katılımcıların çoğunlukla hasta ile açık bir şekilde ölüm üzerine konuşmaktan kaçındığını ortaya koymuştur. Hastanın moralini yüksek tutma çabası ve olumlu beklentiler üzerinden iletişim kurma eğilimi, hasta yakınlarının dürüst iletişimden uzaklaşmasına yol açmıştır. Ancak bu yaklaşım, yas sürecinden sonraki duygusal baş etme sürecini olumsuz etkileyebilecek bir durum olarak dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak, sosyal bağlam kategorisi, bakım verenlerin beklentisel yas sürecinde yalnızca duygusal değil, aynı zamanda sosyal bağlamda da derin bir değişim yaşadığını ortaya

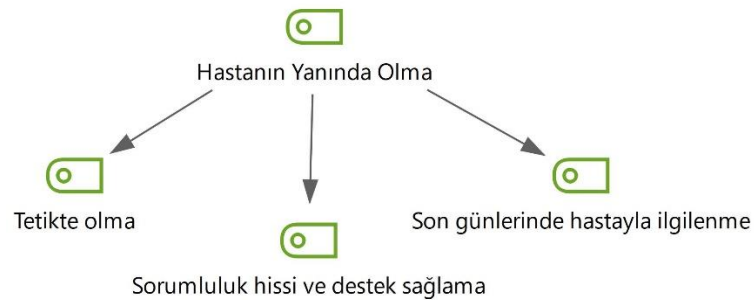
koymaktadır. Sosyal izolasyon ve dürüst iletişim eksikliği, bireylerin yas sürecinde zorlanmasına neden olurken, güçlü sosyal destek ağları ve aile dayanışması bu zorlukları hafifletmekte ve bireylerin süreçle başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır. Bu bulgular, bakım verenlere yönelik sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin ve dürüst iletişim konusundaki farkındalığın artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Sosyal bağlamda yaşananlar, bakım verenlerin hastalarının yanında olma çabalarını ve bu süreçte üstlendikleri sorumlulukları da derinden etkilemektedir.

4.2.4. Hastanın yanında olma

Bu kategori beklentisel yas sürecinde aile üyelerinin, hastayla geçirilen zamana ve onların bakımına yönelik duygusal ve fiziksel çabalarını kapsamaktadır. Katılımcılar, hem hastanın yanında bulunma sorumluluğunu hissederken hem de yaklaşan kayıp ihtimaline karşı tetikte olma durumu yaşamaktadırlar. Bu süreç, bireylerin uykusuzluk, sosyal hayattan uzaklaşma gibi zorluklarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Aynı zamanda, hastaya son günlerinde iyi bakma ve mutlu etme çabası yas sürecine anlam katmanın bir yansıması olarak değerlendirilmektedir.

Tetikte olma ve her an bir şey olacak düşüncesi, bireylerin kaybın yaklaştığına dair hissettikleri sürekli bir endişeyi ifade ederken, sorumluluk hissi ve destek sağlama duygusu, bireylerin kendilerini tamamen hasta kişiye adanmış ve bu süreçte fedakarlıklarını öne çıkardığını göstermektedir. Son olarak, son günlerinde hastayla ilgilenme başlığı ise, aile üyelerinin hastanın hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarına öncelik vererek onları mutlu etme çabalarını içermektedir (Şekil 4.9.).



Şekil 4.9. Hastanın yanında olma kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Tetikte olma

Beklentisel yas sürecinde hastalarının terminal dönemde olması, bakım veren kişilerde her an bir şey olacakmış hissini yaratmaktadır. Sürekli bir teyakkuz halinde olan hasta yakınları

hem hastalarının ölme ihtimalini değerlendirmekte hem de her an bir sorun yaşanabileceği düşüncesi içine girmektedir.

“Her an, her şey olacak diye düşünüyoruz. Her dakika olacak diye düşünüyoruz. Her an olacak diye bekliyoruz yani.” (K1, eş, erkek)

“Ben buradayım, şu an iple çekiyorum, yetişeyim acaba ne oldu? Ama bir şey olmamıştır inşallah.” (K7, kızı)

“İşte bazen böyle gece kalktığımda bile bir bakıyordum, hani acaba bir sıkıntı var mı diye odaya bakıyordum. Anneme bakıyordum.” (K9, kızı)

“Tabi hocam mesela gece kalktım; annem soluk alıyor mu, almıyor mu, acaba öldü mü, son şeyleri olunca. Yani ister istemez bir kontrol ediyorum. Soluk alınca hemen sevinirim, “oh duruyor diyorum” mesela. Ha öyle bir şey olsa hocalara haber ederim, kızlarını toplarım.” (K11, gelini)

K5 isimli katılımcı da babasının ölüm anını kaçırmamak adına ortak refakatçiyle nöbetleşe uyduklarını belirtmektedir. Katılımcı bu sebeple beklentisel yas sürecinde uykusuzluk problemi yaşamaktadır.

“O uyuyamamak var tabii. Onu düşünüp uyuyamamak var. Bir şey olursa yanında olalım. Son nefesinde yanında olmak için tabii ki uykuya uyumamaya çalışıyoruz. Birimiz bekleyip birimizin yatması hep ondan. Birimiz gece nöbeti tutuyor, birimiz günümüz nöbeti tutuyor. Ondan yana.” (K5, kızı)

K6 isimli katılımcı ise beklentisel yas sürecinde annesinin her an ölebilecek olması ihtimaline karşılık sosyal hayata katılamamaktadır. Kendi hayatından fedakarlık ederek bakım verme sürecinde annesinin yanında bulunmaktadır.

“Her şeyimizden kaldık. Öldü ölecek. Gidemiyorum mesela ben. Ben hafta sonu mesela menzile gitmek istiyorum. Ama bırakıp gidemiyorum. Gittiğim zaman “öldü mü, ne olacak?” diyorum yani. O zaman vicdan azabı çekerim diyorum. Gelinecek bir yer de değil ben hemen iki saat sonra gelsem diyorum onun için yani.” (K6, kızı)

Sorumluluk hissi ve destek sağlama

Katılımcılar, yakınlarına olan sevgi ve bağlılıklarından kaynaklı her daim hastalarının yanında olduklarını belirtmekte ve destek sağlamaktadır. Çoğu katılımcı bunun kendisinin sorumluluğunda olduğunun farkındalığıyla bakım verme işini gerçekleştirmekte ve kendi hayatlarından fedakarlık ederek son günlerinde hastalarının yanında olmaktadır.

“Mesela benim şu anda şehir dışına çıkma gibi bir olasılığım yok. İstedğimden, böyle bir ihtiyacım olduğu için söylemiyorum. Annemi bu şekilde burada bırakıp da gidip de şehir dışına çıkmak istemem veya herhangi bir sosyal etkinlikten çok fazla bulunmak istemem.” (K2, oğlu)

“İşte bakıcı tuttuk dediler ya, ben kendim gideceğim bakacağım dedim. Biz ondan sonra geldik. Öyle işte” (K4, eş, kadın)

“Biz sonuna kadar babamızın yanındayız yani” (K5, kızı)

“Hepsi var, hepsi var. Olmalıyım burada diyorum. Olmalıyım. Annemin yanında olmalıyım. Dışarıdakiler telefon açınca yanımda kendimi gördüğüm için de çok mutlu hissediyorum. Kızı yanında. Onu gördükleri için ben çok mutlu oluyorum” (K7, kızı)

K3 isimli katılımcı babasına olan sevgisinden dolayı sabah çalışıp akşam babasına bakarak uykusuz bir şekilde bakım verme işini sürdürmektedir. Bundan bahsederken de bu durumdan memnun olduğunu dile getirmesi son günlerinde hastasının yanında olmanın kendisi için çok kıymetli ve önemli olduğunu göstermektedir.

“Ben buraya geliyorum, direkt işten geliyorum. Sabahtan akşama da çalışıyorum. Akşam buraya direkt geliyorum sabaha kadar hiç uyumadığımı bilirim yani günlerce uyumadığımı biliyorum ama hiçbir zaman gocunmadım yani.” (K3, oğlu)

K8, eşinin hastalığını öğrendiğinde, emekliliğinin de etkisiyle sonradan kurduğu işini devrederek tüm zamanını ve ilgisini eşinin bakımına adanmıştır. Bu durum, eşine duyduğu derin sevgi ve bağlılığı açıkça göstermektedir.

“Oldu tabi, çalışan, idealist bir insandık. Hayalleri olan, onların çoğunu terk etmek zorunda kalıyorsunuz. Değişik olmaz olur mu? Sorumluluğunu bilen bir insan olarak neye ağırlık vermemiz gerekiyorsa oraya yönlendik şey ettik yani.” (K8, eş, erkek)

Son günlerinde hastayla ilgilenmek

Hastanın son günlerinde bakım veren aile üyeleri sevdiklerinin duygusal ve fiziksel iyiliği için yoğun çaba göstermektedir. Katılımcılar, hastanın sadece fiziksel ihtiyaçlarını karşılamamakta, onun kendini değerli ve yalnız hissetmemesi için ellerinden geleni yapmaktadırlar. Hastanın yanında olmak, onunla zaman geçirmek, ihtiyaçlarına özen göstermek ve duygusal desteği sürdürmek aile üyelerinin bu süreçteki temel öncelikleri arasında yer almaktadır.

“Yani mümkün olduğu kadar yanında durmaya çalışıyorum. Elinden tutup mesela hareket ettirip kendisiyle ilgilenildiğini hissettirmek.” (K8, eş, erkek)

“Yani hastamızı asla yalnız bırakmamaya çalışıyoruz. Ondan sonra hep yanında oluyoruz. Onun yanında yiyip içiyoruz. Arada ben dışarıya nefes almak için çıkıyorum. Kardeşim onu da yapmıyor.” (K5, kızı)

“Hayır yani zaten geldiğimden beri zaten gidiyorum 2-3 saat dinleniyorum. Yani akşam üzeri gidiyorum dinleniyorum, direkt buraya geliyorum. Başka bir şeyim yoktu, sosyalim yoktu. Evet, rahatsızlandım dişten, omuzdan rahatsızlandım. Diş doktoruna, bir de omuz doktoruna gittim o kadar. Başka bir yere gitmedim. Yani bir akraba ziyareti

bile yapamadım. Ablamın yanından ayrılmak istemedim. Onun için geldim dedim, zamanım bütününi onunla geçirmek istedim. Hiçbir yere gitmedim.” (K10, kız kardeşi)

K3 ve K11’in alıntılarında de görüleceği üzere hastayı mutlu etme ve son günlerini olabildiğince huzurlu geçirmesini sağlama çabası, bu başlığa hakim olan duygusal yoğunluğu açıkça göstermektedir.

“O bize kızıyor, biz onu teselli etmeye çalışıyoruz. Bazen agresif oluyor hastalığından dolayı, ya işte onu, onu üzmemeye çalışıyoruz öyle söyleyim yani, en fazla şeyimiz çabamız o. Onu kırmamak yani” (K3, oğlu)

“Hastanın gönlü kırılmasın dedik. Onun son anlarında mutlu edelim dedik. Hatta o da dedi, “kızım cevizimiz var, cevizleri çırpın, havalar iyiyken kurutun. Evde olan bir şey, evde yaparsın” dedi. “Olsun anne” dedim, “onlar olur gider, yaparım ben” dedim. Benim yapacağımı da biliyor zaten. Bilmem hocam yani. Üzmek istemiyoruz ama “yok, ben yapmam anne, boş ver anne” desem ister istemez, kafa orada takılı kalacak. Ama işte bir şeyler oluyor hocam yani.” (K11, gelini)

Beklentisel yas süreci, hastaların terminal dönemdeki yakınlarının duygusal ve fiziksel çabalarını içeren bir süreçtir. Aile üyeleri, bu süreçte hastalarının yanında olma, onlara bakım sağlama ve yaklaşan kayıptan duyulan endişe ile başa çıkma sorumluluğu taşımaktadırlar. Katılımcıların ifadelerinde, bu süreçte yaşadıkları duygusal yükün, sürekli bir teyakkuz hali ve uykusuzluk gibi zorluklarla birlikte geldiği görülmektedir. Beklentisel yas sürecinde hastaların son günlerinde yanlarında olabilmek, onların mutlu olmasını sağlamak ve ihtiyaçlarına özen göstermek aile üyelerinin öncelikleri arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, hastaların yanında olma ve onları destekleme, katılımcıların fedakarlık yaparak günlük yaşamlarından vazgeçmeleri ve sorumluluklarını yerine getirmeleri ile kendini göstermektedir. Aile üyeleri, sevgi ve bağlılıkları doğrultusunda hastalarının bakımına odaklanarak, onları fiziksel ve duygusal olarak desteklemektedirler. Ayrıca, hastaların son günlerinde yalnız kalmamaları ve kendilerini değerli hissetmeleri için ellerinden geleni yapmaktadırlar.

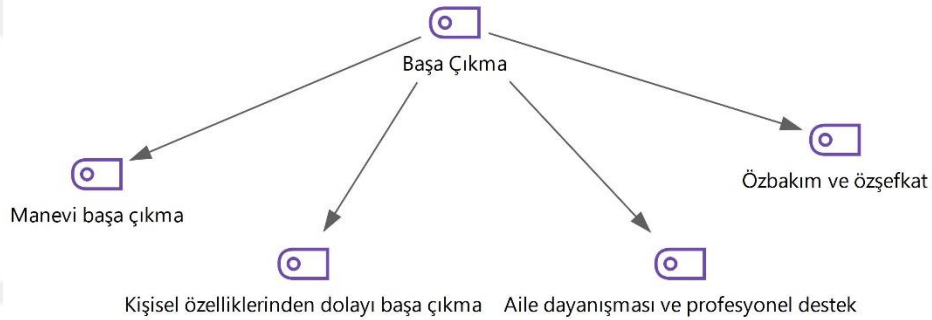
Sonuç olarak, beklentisel yas süreci, yakınlarını kaybetme korkusuyla paralel olarak, fedakarlık, sorumluluk ve destek sağlama duygularının yoğun şekilde yaşandığı bir dönemdir. Aile üyeleri, bu süreçte hastalarına duydukları derin sevgi ve bağlılıkla onları en iyi şekilde desteklemek için çeşitli çabalar sarf etmektedirler. Bu, hem fiziksel hem de duygusal düzeyde hastanın son günlerini mümkün olduğunca huzurlu ve anlamlı hale getirme çabası olarak değerlendirilmektedir.

Beklentisel yas sürecinde hastanın yanında olma, yalnızca fiziksel bir destek sağlama amacı taşımamakta, aynı zamanda bireylerin kayıp olgusuyla başa çıkma stratejilerinin bir

parçası olarak öne çıkmaktadır. Hastalarının yanında bulunarak onlara duygusal ve fiziksel destek sunan aile üyeleri, bu süreçte sorumluluklarını yerine getirmenin sağladığı tatmin duygusuyla başa çıkma kapasitelerini güçlendirmektedirler. Ayrıca, hastaların son günlerinde değerli hissetmelerini sağlama çabası, aile üyeleri için manevi bir motivasyon olmaktadır.

4.2.5. Başa çıkma

Bu kategori bireylerin beklentisel yas sürecinde karşılaştıkları zorluklara karşı geliştirdikleri çeşitli başa çıkma stratejilerini kapsamaktadır. Bireyler, manevi inançlarını, kişisel dayanıklılıklarını, sosyal desteklerini, sağlık çalışanlarını ve özbakım becerilerini kullanarak duygusal ve fiziksel sıkıntılarıyla baş etmeye çalışmaktadırlar. Alt başlıklar, bu süreçte kullanılan başa çıkma yöntemlerini ayrıntılı bir şekilde analiz etmeye imkan tanımaktadır (Şekil 4.10.).



Şekil 4.10. Başa çıkma kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Manevi başa çıkma

Bu yöntem bütün görüşmelere hakim olan bir başa çıkma stratejisidir. Bir kişi hariç katılımcılar bütün görüşme boyunca manevi inançlarından yola çıkarak konuşmuşlar ve dini inançlarını ölümü kabullenme, yakınlarının kaybıyla başa çıkma, bu süreci anlamlandırma, belirsizliklere ve duygusal tepkilerine karşı bir yanıt olarak görmüşlerdir. Manevi başa çıkma yönteminde de çeşitli stratejileri kullanmaktadırlar.

Dua ile başa çıkma beklentisel yas sürecinin getirdiği duygusal ağırlıkların ve sevdikleri insanları kaybedecek olmanın yükünü azaltmak adına önemli bir yöntemdir. Bakım veren aile üyeleri hem kendi zorluklarını azaltmak ve güçlenmek hem de hastalarının acılarının ve ağrıların hafiflediğine inanarak ölüm sürecine anlam katmak amacıyla dua etmekte, Kur'an okumakta, dini rutinlerine devam etmektedir.

“Biz babamıza dualarımızı da okuyoruz, Kur'an'ımızı da okuyoruz. Ondan sonra korktuğu zaman, mesela böyle çok nöbet geçirdiği zaman böyle şifa duaları okuyoruz. Üflüyoruz, sakinliyor onlarla. Felak, Nas okuyoruz.” (K5, kızı)

“Kur'an okuyorum mesela geleli altıncı cüzdeyim. Namaz kılıyorum, derslerim var benim de sizlerin dersleri olduğu gibi, mübareklerin verdiği dersler... Onların burada okuduklarımı, yazdıklarımı halama geliyorum başına.... Gidiyorum hemen ayarlıyorum. Rabbim sana emanet diyorum. Gidiyorum mescitte namazımı kılıyorum. Geliyorum tesbihatı burada yapıyorum. Beş dakika koyamıyorum yani..”

“Duaya çok sığınyorum. Dua etmeyi çok seviyorum. Kur'an okuyorum. Namaz kılıyorum. Ondan sonra şey bir tane Şifahî Şerif diye bir kitap tavsiye etmişti bir arkadaşım. Onu okumak beni rahatlatıyor” (K9, kızı)

“İşte bazen sesli kuran açıyorum yanımda hani o da dinlesin diye.” (K9, kızı)

“Allah'ım cennete gitsin. Cennetlik bir meyletsin. Başka bir şey istemiyorum. Ben öyle diyorum.” (K3, oğlu)

“Evet yapıyoruz. Yasin Şerif açıyorum. Anneme dua ediyorum. Anne hakkını helal et diyorum. Benimki de sana çok helal olsun. Anne sütü gibi sana helal olsun. Bunların hepsini burada diyorum hemşireler de görüyor. Yani bunu da içtenlikle yapıyoruz ha.” (K7, kızı)

K10 isimli katılımcı ise ölümü anlamlandırma aracı olarak dini inançlarını kullanmaktadır. Hem ölümün kaçınılmazlığı hem de ablasının yaşının fazla olması gereği kendini telkin ederek dua etmektedir.

“Yani biz çocuk değiliz, görmüş geçirmişiz yani yanıyoruz ama kendi kendimizi yine de teselli etmeye çalışıyoruz. İlk değil son değil. Hayat böyle devam edecek. Rabbim her ailede sıralı ölümler versin. Dediğim gibi hiçbir anne baba evlat acısını başta görmesin. Bu böyle bir şey.” (K10, kız kardeşi)

K6 ise palyatif bakım servisindeki manevi destek uzmanından çok memnun kaldığını, düzenli aralıklarla kendisini ziyaret etmesinin kendisini manevi anlamda güçlendirdiğini belirtmektedir. Ayrıca annesinin acılarının son bulması adına bir evlat olarak ne kadar zor da olsa Allah'tan annesinin ölümünü dilemektedir.

“Muhabbet etmeleri bize, vaaz vermeleri, yardım etmeleri, güler yüzlü olup vallahi hoca hanım buraya geliyor anlatıyor. Çok hoşumuza gidiyor. Mesela ne öğrendim? “Ya Rabbi sıkıntımızı en düşük noktaya kadar düşür. Allah'ım. Bizim dayanamayacağımız gücü bize yükleme Allah'ım. Evet. Biz senden merhametli değiliz. Ama işte annemiz diye üzülüyoruz. Sen tabii ki merhametlisin, en merhametli sensin. Biz merhametimizden değil yani”. Dedikleri bunları tazeleyince gönlümüzde.” (K6, kızı)

“Evet biz yaralar iyi olacak çıkacağız diye yani, yani çok da yani çıkacağımızı Allah biliyor yani beklemiyoruz. ... Çünkü çok acı çekiyor ya. Rabbim rahmetini sunsun diye dua ediyoruz.” (K6, kızı)

Katılımcılar, bakım verme sürecinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmak için maneviyatın şükretme boyutunu sıklıkla vurgulamaktadır. Hastaları ya da kendileri ne kadar zor şartlarda olurlarsa olsun kendilerinden daha kötü durumda olanları ya da kendilerine dair daha kötü ihtimalleri düşünerek mevcut durumları hakkında minnettarlıklarını ifade etmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin buldukları durumu daha olumlu bir çerçevede değerlendirmelerine olanak sağlamaktadır.

“Muhtaç olmamak için de yarın ölecek gibi ahirette bugün hiç ölmeyecek gibi dünyaya devam ediyoruz. Her sabah kalkıyoruz, bakıyoruz, yarabbi gün doğmuş elhamdülillah sağlığımız sıhhatimiz yerinde. Anamıza bakıyoruz daha yaşıyor. Ya Rabbi sen bilirsin. Artık sana bıraktık biz. Sen ayarla.” (K6, kızı)

“Çok şükür yani manevi yönümüzden dolayı. Psikolojimizi bozacak bir şeyimiz olmaz. Sonuçta inançlı insanlarız. Yani her şeyin Allah'tan geldiğine inanan olarak fazla bir zorluğumuz olmuyor.” (K8, eş, erkek)

“Ama ölümünde hayırlısı. Şuraya bir kadın gelmiş bugün... Arkadaşlarım söylüyor. Bağırır. Gece de bağırır. Gene bunun şükür ıstırabı yok. Ona dua ediyorum.” (K4, eş, kadın)

Katılımcılar, hastaya bakmanın ve bu süreçteki fedakarlıklarının, hem bu dünyada hem de ahiret yaşamında manevi bir karşılık bulacağına dair güçlü bir inanca sahiptir. Bu inanç, bireylerin sorumluluklarını yerine getirme motivasyonunu artırmaktadır.

“Öbür tarafa yatırım yapıyorsun ya. Allah'ın huzuruna çıkacağız. Hesap vereceğiz.” (K5, kızı)

“Hiçbir kaygım yok. Normalde dini yönden de bunların gerek hastanın hastalığı olduğu sürece, gerekse bakanın baktığı sürece çok ağır, iyi mükâfatları olduğunu biliyoruz. Bu bilinçle kendimizi kârlı hissediyoruz. İnşallah kurtuluşumuza vesile olacak. Bu dünyanın geçici olduğunu biliyoruz. Esas ebedi aleme gittiğimiz zaman tüm iyiliklerin, kötülüklerin de orada olduğunu biliyoruz. Ben eşimin, benim bundan çok mükâfat alacağımızı biliyorum, çocuklarımızın karşılığı var.” (K8, eş, erkek)

“...ve hani demek ki benim bunu yaşamam gerekiyormuş. Yani bazen her yaşanan sıkıntının da sonunda bir mükâfat olduğuna da inanan bir insanım. O yüzden onunla da öyle başa çıktığımı düşünüyorum.” (K9, kızı)

K10 isimli katılımcı ise kendinden yola çıkarak gelecekte de kendisinin aynı durumda bulunma ihtimaline yönelik manevi bir yatırımda bulunmaktadır. Ayrıca çocuklarına ve çevresine örnek olacak bir davranış biçimi sergileyerek bakım verme eylemini gelecek kuşaklara aktarılacak bir değer olarak gördüğünü belirtmektedir.

“Yani zaten bunu gerektiren bir şey. Bugün ablam yarın ben. Ne demişler ne ekersen onu biçersin. Mecbur olacağız ki hep çocuklarımıza örnek olalım, yeğenlerimize de örnek olalım, yani bunu zaten gerektiren bu.” (K10, kız kardeşi)

Katılımcılar hastalarının son zamanlarında onlara destek olmanın, yanlarında bulunmanın ve ellerinden gelen tüm çabayı sergilemenin vicdani rahatlığı içerisinde. Manevi başa çıkmanın alt boyutu olarak bakım veren aile üyeleri geçmişe dair bir pişmanlığın olmaması ile hastaların ve kendilerinin bu zorlu süreçleriyle baş etmektedir.

“Yani bize bir ağır şey yok. Biz elimizden geleni yaptığımız için sıkıntı yaşamıyoruz yani.” (K3, oğlu)

“Evet o şeyden gönlümüz rahat. Gerçekten bazen böyle şimdi şu anda belki hatırlıyordur bilmiyorum. Gözlerimin içine... Tabii ben buradayım. Öteki çocuklar, şeyler yok. Hepsi orada. Böyle tam derine bakıyor benim gözlerim içine.” (K7, kızı)

“Yani hanım şuanda şey yapmış olsa herkes görevini yapmış, mutlu vaziyette olduğumuzu, o yönden hiçbirimizde şey çekmeyiz. Aniden gitmiş bir durum olmadı.” (K8, eş, erkek)

“Şu son dönemdeki birlikte yaşanmışlık ve bana düşen sorumluluklar üzerime düşeni yapmama aslında bir nebze vicdanım rahat. Hani elimden geleni yaptığımı düşünüyorum bazen böyle işte ziyarete gelenler, çevremdekiler sürekli “annen çok şanslı, iyi ki sen varsın, sen çok hayırlı bir evlatsın, evlatların da sana hayırlı olsun” falan gibi sözler söylüyorlar. Onlar beni çok etkiliyor. Eğer bunu yapabildiysek, görevimizi hakkıyla yerine getirebildiysek ne mutlu diye düşünüyorum.” (K9, kızı)

Bakım veren aile üyeleri bu süreçte baktıkları yakınlarından aldıkları dualarla güçlendiklerini, ailelerinden ve hastalarından aldıkları duaları manevi bir motivasyon kaynağı olarak değerlendirmektedir. Duaların sadece duygusal dayanıklılıklarını arttırmakla kalmayıp aynı zamanda fiziksel acılarını da hafiflettiğini belirtmektedir.

“Duaya gün veriyoruz, dua alıyoruz diye. Gücümüz ondan aldığımızı hissediyoruz yani. Çünkü kendi de akıl ererken biraz daha konuşurken diyordu “mekanınız cennet olsun, mekanınız nur olsun, Allah sizden ebeden razı olsun, yatın kalkın hakkın didarını görün.” diye böyle dua ediyordu. Bize güç veriyordu sanki.” (K6, kızı)

“Burada koşturmaktan ayaklarımın altı patladı. Topuklarım patladı ama dizimde acı hissetmiyorum. Babamın dualarından diyorum. Annemin dualarından. Annem biz olmasaydı kendi asla babama bakamazdı. O da çok dua ediyor.” (K5, kızı)

Manevi başa çıkma çalışmanın önemli bir boyutudur. Katılımcıların çoğu dini inançları gereği hastalarının ölmesine anlam yüklemekte ve beklentisel yas sürecinin çoklu zorluklarıyla ve belirsizliğiyle başa çıkmaktadır. Bu anlamda bakım veren aile üyeleri dua ederek, dini

ritüellerini gerçekleştirerek, şükrederek, karşılığını alacağını düşünerek, ellerinden gelen tüm çabayı sarf etmenin getirdiği vicdani rahatlıkla ve hastalarından aldıkları duayla baş etmektedir.

Kişisel özelliklere dayalı başa çıkma

Beklentisel yas sürecinde bakım verenler kendi karakterlerinin güçlü olmasından kaynaklı da bu süreci iyi yönettiklerini ifade etmektedir. Katılımcılar kendilerini güçlü ve dayanıklı olarak gördüklerini, zorlayıcı durumlar karşısında bu özelliklerini ön plana çıkararak baş ettiklerini belirtmektedir.

Fedakarlık, sorumluluk bilinci ve pozitif düşünme gibi kişisel nitelikler, bireylerin bu süreçteki dayanıklılıklarını artırmaktadır. Kendilerini güçlü hissetmek ve bu güce inanmak, bakım verenlerin karşılaştıkları zorluklara karşı dirençlerini artırarak, bakım verme sürecindeki rollerini daha anlamlı bir hale getirmektedir. Aynı zamanda, olumlu bir bakış açısıyla yaşanan durumu anlamlandırma çabası, bakım veren aile üyelerinin duygusal ağırlıklarından kurtulmalarına katkı sağlamaktadır. Bu başlık, bireylerin karakter özelliklerinin, yas sürecinde dayanıklılık ve başa çıkma becerilerini nasıl şekillendirdiğini ele almaktadır.

“Ben kendimi güçlü hissediyorum evet. Güçsüz olsaydım daha zor olurdu bu süreç diye düşünüyorum. Bunu benim kendim yorumlamam çok doğru olmayabilir ama güçlü olduğuma inanıyorum ben karakter olarak her zaman.” (K2, oğlu)

“Genel olarak çok fedakârımdır, çok vericiyimdir. Hep sanki o benim görevimmiş gibi düşünürüm. Kendimi o yüzden çok yıprattım. Onlar da buna alıştılar herhalde. Hep sen, hep sen. Hiç başka kimsenin fayda, yardım istemezler. O yapamaz, o beceremez. Sen yaptın, o yapamaz. Yani böyle bir rolüm var. O da beni hep güçlendirdi, hep ayakta tuttu.” (K5, kızı)

“Vallahi ben sıkıştığım zaman daha da hep kendimi güçlü göstermeye çalışırım. Göstermem. Yani üstüne üstüne giderim yani kendimi zorlarım da yine başarmaya gayret ederim.” (K10, kız kardeşi)

“Olmaya çalışıyorum ama güçlüyüm. Kesinlikle güçlüyüm. Durmalıyım, ayakta durmalıyım.” (K7, kızı)

K8 isimli katılımcı manevi yönünü burada da ön plana çıkarmakta ve insan olmanın getirdiği genel özelliklere vurgu yapmaktadır.

“Tabi tabi. Sorumluluğunu bilen insansanız bunları da yönetmeyi aklınızda iyi yapıyorsanız hiçbir sorun da altından kalmıyorsunuz. Aşıyorsunuz. Sonuçta şey diyorsunuz yani. Hepsi Cenab-ı Allah'ın verdiği bir aklı kullanmak yani. Cenab-ı Allah'ın en akıllı insanı yaratmış yani, insan çok bu yönde üstün yani. Aşamayacağı zorluk da yoktur yani.” (K8, eş, erkek)

K9 isimli katılımcı beklentisel yas süreci bağlamında kendini oldukça iyi tanımlamıştır. Kendini güçlü, mücadeleci, olaylar karşısında optimist yaklaşımlı, psikolojik dayanıklılığı yüksek, küçük şeylerden mutlu olan, minnettar olmayı bilen biri olarak gördüğü için bu süreçte de aynı bakış açısını sergileyerek annesinin kaybı karşısında zorluklardan daha az etkilenmiştir.

“Güçlü olduğumu düşünüyorum, mücadeleci olduğumu düşünüyorum. Ondan sonra hani resilience deniyor ya, dayanıklı olduğumu düşünüyorum olan şeyler karşısında. Bardağı dolu tarafından bakmaya çalışan bir insan olmuşumdur her zaman. Olumlu olmuşumdur. Yani ufak tefek şeylerden mutlu olmayı bilirim, severim. Yani şükrederim ben her zaman halime şükreder bir yapım vardır.” (K9, kızı)

Aile dayanışması ve profesyonel destek

Daha önceden de farklı başlıklar altında incelenmiş olmasına rağmen kişiler aile üyeleriyle birlik olmayı başa çıkma stratejisi olarak kullanmaktadır. Bakım verdikleri kişi ile dayanışma içinde olmak anlamında anlaşılabilceği gibi bakım verme sürecinde diğer aile üyeleriyle birbirine destek olmak olarak da yorumlanabilmektedir. K1 ve K3 isimli katılımcılar sosyal çevresinden aldıkları destek sayesinde ayakta kaldıklarını belirtmektedir.

“Herkes, tüm ailemiz olmak üzere oğlum, gelinim, herkes öyle yani. Herkesin içinde bu acı var yani her an her şey olacak diye... Herkes dua ediyor Yani herkes hayırlısı neyse o olur. Tüm günlerce, aylarca bak yani biz bu işle uğraşıyoruz. Herkes şifa diliyor. Herkes sadece aile etrafımız değil, apartmanda oturan komşularımız. Hayır, günübirlik arıyorlar soruyorlar.” (K1, eş, erkek)

“Kurumsal destek değil de birbirimize destek veriyoruz. Kardeşlerimiz zaten birbirimize destek veriyoruz. Yani yıkılmamaya gayret gösteriyoruz. Eşimiz tabii, çoluğumuz, çocuğumuz tabii destek veriyor. Onlar olmasa sıkıntı yani. Hepimiz birbirimize kenetliyiz şu anda yani. Herkes birbirini gözetmek zorunda. Yani onlarla biz, biz onlarla, onlar bizle yani iç içeyiz zaten. Hepimiz birbirimize destek vermek zorundayız yani. Şu şekildeyken başka türlü olmaz yani.” (K3, oğlu)

“Yani, ailemiz birbirimize destek olmaya çalışıyoruz.” (K9, kızı)

K11 isimli katılımcı kayınvalidesine bakım vermekte ve bu süreçte annesinin diğer çocuklarını yani diğer kardeşlerin iyiliğini düşünerek fedakar bir yaklaşım sergilemektedir.

“Öyle olmadığı billah, birbirimize altı kızız, görümceyiz. Hiçbir şey dövüşmedik, çekişmedik. Onlar bana “yenge yenge” derler. Ben onlara “abla” derim. Hani gelip geçtik, hiç dövüşmedik inan ki... Hatta ablamın birisinin özürlü çocuğu var. “Gelemiyorum. Anneme çok üzülüyorum. Annemin son dönemleri” dedi. Hocalarla konuştu da özürlü çocuğumla gelsem de şöyle masada baksam dedi. Ben de “abla olmaz” dedim. “Bu çocuğun senin enfeksiyon kapar ister istemez anneme de zorluk olur sana da” dedim “biz seni anlıyoruz, 5 sene idare ettik de şu son dönemlerinde” dedim” (K11, gelini)

K12, eşinin sağlık durumu nedeniyle yaşadığı zorlukları ailesinden aldığı destekle aştığını ifade etmektedir. Katılımcı, eşinin hastaneye gitmeyi reddettiği durumlarda ailesinin devreye girerek yardımcı olduğunu bu sayede sürecin kolaylaştığını belirtmiştir.

“Aileden aldığım yardım, hanım hastaneye gitmek istemiyordu... Bu hastanede konuldu teşhis. Sizin acilen şehir hastanesine gidip bir MR bilmem neye çektirmeniz lazım dediler. Hanım gitmedi oraya. Hanımın ailesinden yardım aldım dedim. “Böyle böyle, ben kavga etmek istemiyorum. Bizi hastaneye götürün.”. Onlar tuttular ikimizi alıp götürdüler hastaneye. Teşhis bu kondu. Bir daha da eve doğru düzgün gelemedik.” (K12, eş, erkek)

K2 ve K8 isimli katılımcılar da hasta ile karşılıklı desteğin önemine vurgu yapmışlardır. K2 ailesinin kendisine olan katkılarından ve ona olan sevgisinden kaynaklı sorgusuz bir şekilde bakım verme sürecinde de kendisinin annesine destek olması gerektiğini düşünmektedir. K8 ise beklentisel yas sürecinde hastasıyla karşılıklı faydayı öne çıkarmaktadır.

“Tamamen sevgiden ibaret bu. Nasıl bu yaşa gelmemde her türlü annem, babam, ailem arkamda destek oluyor ise bu zor günler de doğal olarak ben onun arkasında olmalıyım.” (K2, oğlu)

“Bizim ona faydamız var. Onun bize (Ağlıyor).” (K8, eş, erkek)

Bakım veren aile üyeleri hastanın ve kendilerinin palyatif bakım servisinde aldığı hizmetten oldukça memnun görünmektedir. Palyatif bakım servisinde çalışan doktorlar, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve temizlik görevlilerinin kendileriyle birebir ilgilenmesi, güler yüzlü ve ilgili davranmaları, servisteki fiziki koşulların bakım verenlerin beklentisel yas sürecine uyumunu arttırmaktadır ve süreci kolaylaştırmaktadır.

“Yani hiçbir gereksinim yok, hiçbir ihtiyacımız yok, hiçbir şey yok, hiçbir şey yok. Biz bir kendimiz su getiriyoruz, başka onun ötesi hiçbir şey yok. Su bile koymuş devlet buraya, arıtma tesisi yani sebiline varıncaya kadar koymuş da biz geldik, yapmayalım işte, beşlik şişe alıyoruz, koyuyoruz. Hiçbir ihtiyaç yok yani ne bakıma ne hastanenin bakıcının ne refakatçinin devletın eksigi yok. Allah'a şükürler olsun yani her şeyini karşılıyorlar. Sonsuz karşılanmış. Allah sayılarını eksik etmesin yani çalışan personelleri güler yüzlü, sevecen. Her şey yani her şeyiyle dört dörtlük şey.” (K1, eş, erkek)

“Bence güzel. Yani devletin bu şekilde imkan sağlaması hoş bence. Bir şikayetim var. Daha iyi olabilir mi? Tabii ki olabilir. Ama bunun bir sınırı da yok. Benim buradan zaten temel beklentim annemin sağlık durumunun yakından doktor tarafından, doktorlar tarafından kontrol edilmesi, gerektiğinde farklı bölümlere konsültasyon olarak farklı bölümlerden destek almamız. Çok büyük böyle bir beklenti içinde değil zaten. Fazlasıyla yerine getiriyorlar hocalarım, sağolsunlar.” (K2, oğlu)

"Kolaylaştırdı. Rabbim devletimize zeval vermesin. Hakikaten güzel bir ortam. Sistem de güzel. Yani Allah razı olsun diyoruz. Başka bir şey değil yani. Faydalı bir yer yani. Öyle söyleyeyim yani." (K3, oğlu)

"Doktorlar da, hemşeriler de elinden gelen gayreti yaptılar, ilgilendiler, sağ olsun ama yapacak bir şey yok kızım, öyle işte." (K4, eş, kadın)

"Güzel, hizmetleri çok güzel. Sevecenler, hepsi güler yüzlüler. Allah razı olsun. İyiler, her bir dediğimiz iki etmediler. Sadece temizlik konusunda biraz pasifler pek onu şey yapmadım tasvip etmedim." (K5, kızı)

"Valla güzel hizmet. Allah razı olsun. Yemeğimiz, içmemiz yani gelip bakmaları, götürmeleri, getirmeleri güzel. Güzel yani, memnunuz." (K6, kızı)

"Gelen işte bir şeyler sorup sizin gibi gidiyor memnun da kalıyoruz. Çok da güzel yani karşılıyor, maşallah ilgileniyorlar yani bizden bir şeyler alıyorlar. Biz de memnun oluyoruz, onlar da memnun oluyor memnunuz yani" (K7, kızı)

"Ya burayı bildiğimiz için daha önceden yani burada hastayının tamamen bakımı üzerine olan bir servis olduğu için memnun olduk... Sağolsun, sonrasında yardımcı oldu. Memnun olduk. Buraya geldiğimizde memnunuz. Buradaki ilgiden, yapılan şeylerden gayet iyi." (K8, eş, erkek)

"Palyatif bakım servisi gerçekten iyi düşünülmüş. Çok ihtiyaç olan bir servis bence. Hem hasta hem hasta yakınları için. Fiziki koşullar yeterli. İhtiyacı görüyor. Sağlık personeli ilgili...diğer hastanedeki diğer arkadaşlarımızla arada ziyarete falan geliyor o açıdan memnunum, psikososyal destek güzel kurgulanmış bir sistemi var hani günlük fizyoterapist geliyor, haftada bir psikolog geliyor. Hani böyle ne kadar işlevsel bilmiyorum. Şu an çok uzun kalmadığım için onun hakkında çok yorum yapamayacağım. Ama mantığı güzel kurgulanmış bir sistem olduğunu düşünüyorum. Yeme-içme de gayet yeterli, temizlik de yeterli. Memnunum yani." (K9, kızı)

"Ama Allah razı olsun hocaların hepsi birbirinden iyi. Çok ilgileniyorlar hocalar." (K11, gelini)

"Güzel bir yer. Güzel bakılıyor. Güzel bakılıyor ama biz onkoloji hastasıyız. Burada onkoloji yok işte. Yani o hastalığın devamını vermiyorlar burada. Sadece bakıyorlar." (K12, eş, erkek)

Özbakım ve Özşefkat

Bu başlık bütün katılımcılar arasında çok belirgin olarak mevcut olmasa da literatürdeki öneminden kaynaklı çalışmaya katkı sağlayacağı düşünülmüştür. K2 ve K9 isimli katılımcıların kendi iyi oluşlarına önem vermek için bakım verme sürecinden bağımsız olarak etkinliklerde buldukları anlaşılmaktadır. Katılımcılar, tamamen hastaya odaklanmanın duygusal ve fiziksel yorgunluğu artırabileceğini fark etmiş ve bunun önüne geçmek için kendi ihtiyaçlarına da zaman ayırmayı tercih etmişlerdir.

“Yani bu sorunlarla nasıl başa çıkıyorum yani böyle sevdiğim şeyleri yapmaya çalışıyorum. İşte mesela tiyatroyu çok severim. Takip edip varsa bir tiyatroya gitmeye çalışıyorum. Kendime zaman ayırmaya çalışıyorum. Bazen bir kitap okumaya çalışıyorum. Bazen bir yürüyüş yapmaya çalışıyorum... Yani ne bileyim işte arkadaş ziyaretleri, dost sohbetleri, belki bir gezi, eğlence, bu tarz sosyal etkinlik gibi şeylerden çok kopmamalı bence. Onlara da bir yandan devam etmeli. Hayatını tamamen sadece o hastaya odaklı yaşamamalı diye düşünüyorum.” (K9, kızı)

“Olabiliyor tabii ki. Ben biraz daha sakin bir insanım. 20 günlük süreçte arkadaşlarımla dışarıya çıkıp da böyle bir kafa dağıtmak için böyle bir zaman geçirdim. Bu süreçte eşimin annesi burada kaldı. Herhalde gündüz 4'ten gece saat 3'e, 4'e kadar falan bir dışarıda vakit geçirdim. O sosyalleşmek için benim için iyi oldu. Bu 20 gün boyunca yapılan bir şey. Yapmasaydım bir şey kaybeder miydim? Kaybetmezdim tabii ki. Yani belki çok çok daha uzun bir süreçlerde buna ihtiyaç duyabilirim.” (K2, oğlu)

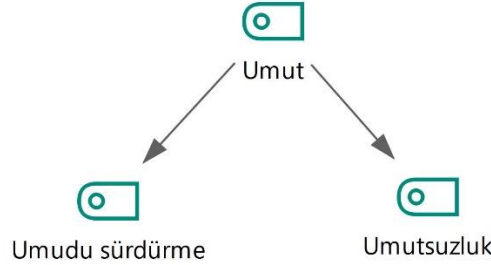
Beklentisel yas, bir bireyin yakınıni kaybetmeden önce, kayıp olgusuna dair hissettiği kaygı, korku ve belirsizlik duygularının etkisiyle şekillenen karmaşık bir duygusal süreçtir. Bu süreçte, başa çıkma stratejileri, bireylerin duygusal ve psikolojik dayanıklılıklarını artıran önemli bir rol oynamaktadır. Birçok katılımcı, beklentisel yas sürecinde manevi inançların büyük bir rahatlama kaynağı olduğunu belirtmiştir. Manevi değerler, bireylerin bu süreci daha az stresli ve anlamlı bir şekilde deneyimlemelerine olanak tanımaktadır. Bireysel özelliklerin başa çıkma stratejilerindeki rolü, araştırmada dikkat çeken diğer önemli bir bulgudur. Katılımcılar, geçmiş deneyimlerinin, duygusal zekalarının ve kişisel güçlerinin, başa çıkma süreçlerini nasıl şekillendirdiğinden bahsetmişlerdir. Bu özellikler, kaybın etkisiyle başa çıkmak ve duygusal dengeyi sağlamak için önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Aile içindeki dayanışma, beklentisel yas sürecinde başa çıkma stratejilerinin önemli bir bileşeni olarak ortaya çıkmaktadır. Katılımcılar, zorlu anlarda aile üyeleri arasındaki duygusal destek ve yardımlaşmanın, sürecin yönetilebilir olmasına katkı sağladığını belirtmişlerdir. Aile üyeleri, bir yandan bakım süreçlerinde birbirlerine destek verirken, bir diğer yandan duygusal güç de oluşturmaktadır. Bu dayanışma, kayıp sürecini daha az travmatik hale getirmekte ve bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını artırmaktadır.

Beklentisel yas sürecinde başa çıkma stratejileri, çok yönlü bir yaklaşım gerektiren bir olgudur. Manevi inançlar, kişisel özellikler ve aile içindeki dayanışma, bireylerin bu süreci sağlıklı bir şekilde atlatmalarını sağlayan önemli faktörlerdir. Beklentisel yas sürecinde başa çıkma stratejilerinin bireylerin hayatlarında önemli bir destek mekanizması sunduğu, araştırmanın bulguları ile açıkça gözler önüne serilmektedir.

Beklentisel yas sürecinde manevi inançlar ve aile içindeki dayanışma ile desteklenen umut süreci daha sağlıklı bir şekilde atlatmalarına yardımcı olmaktadır.

4.2.6. Umut

Beklentisel yas sürecinde katılımcıların umutlarını sürdürme ve umutsuzluk arasında değişen duygusal deneyimlere sahip olduklarını göstermektedir (Şekil 4.11.).



Şekil 4.11. Umut kategorisine ilişkin MAXMaps grafiği.

Umudu sürdürme

Çoğu katılımcı hastasının ölmek üzere olduğunun farkındalığını geliştirmiş olsa da yine de manevi olarak umut kavramına da anlam yüklemekte ve umutlarını sürdürmektedirler.

“Yaradan istedikten sonra olmaz diye hiçbir şey yok. Olmaz olur mu? Tabii her türlü, her zaman güveniyoruz. Olmaz diye bir şey yok yani yaradan” (K1, eş, erkek)

“Biz yani umut şöyle umut, biz dua ederken şöyle diyoruz: “Rabbim eğer şifası mümkünse şifa ver. Şifası mümkün değilse iki iyilikten bir iyilik ver” diyoruz. Şifası varsa zaten şifasını istiyoruz biz Rabbimden her zaman” (K3, oğlu)

“Allah'ım bilir. Yine de yarabbi yaresulallah. Ümit kesilmez Allah'tan.” (K4, eş, kadın)

K2 ise manevi bakış açısından ziyade daha bilimsel sebeplere dayanarak umudunu sürdürmektedir. Annesinin tıbbi değerlerinin olumlu olmasından kaynaklı iyileşebileceğini ya da mevcut durumunu sürdürebileceğini belirtmektedir.

“Umudum var her zaman. İnsan istediği şekilde umutla yaşar. Annem rahatlatıcı sebeplerim de var. Söylediğim gibi petinin temiz olması, işte kan değerlerinin şu an iyi olması, beyinde herhangi bir değişiklik olmaması bunlar benim için rahatlatıcı ve umut duyacağım olaylar. Ama çok daha kötüleşirse ileride durumu, bu tabii umudumu kaybetme gibi söz konusu olabilir. Yani şu an her zaman böyle oluyor, her zaman iyi yoruyorsunuz ama eşikte gibi bir şeyiz. Yani ben istiyorum ki tabii ki fizik tedaviyle mesela arttırarak fizik tedaviyi, Tabii, kasların daha iyi duruma gelmesi, yemeğini daha iyi yemesi, kasları ve yemeğini yerse belki de ya biraz sosyal hayata tutunmaya çalışırsa bilincinde daha iyi yaşayabileceğini, yerine geleceğini düşünüyorum.” (K2, oğlu)

Umutsuzluk

Bazı katılımcılar ise hastasının sağlık durumunun olumsuz olmasını gözlemlemesinden kaynaklı ya da doktorlarının kesin bir sonuç belirtmesinden kaynaklı hastasının iyileşeceğine

dair umudunu kaybetmiştir. K3 isimli katılımcı manevi bakış açısını sürdürse de yine de doktorlara olan güveninden dolayı hastasının ölümünü beklemektedir.

“Yok, maalesef şuanda hani benim yani şöyle hani dedik ya biraz önce Allah bilir. Hocaların dediğine göre bizde hiç umut bırakmıyorlar yani. Başka bir şey yok.” (K3, oğlu)

“İlk başta vardı, ilk geldiğim günlerde vardı. Ama doktorlar sonuç söyleyince durumu umudum bitti. Umudum bitti.” (K5, kızı)

K6 isimli katılımcı ise dini inançlarından kaynaklı umuda dair çelişkiler ve kafa karışıklığı yaşamaktadır. Ancak hastasının durumunu gözlemlediğinde sağlık durumunun düzelmeyeceğini görmektedir. K12 isimli katılımcı da benzer ifadelerde bulunmuştur.

“Şöyle baktığım zaman diyorum ki şey iyi olmaz gayrı Rabbim diyorum. Sonra diyorum ki “ya Rabbi senden umut kesilmez” diyorum. “Vallahi ölüleri dirilten Rabbim. Can verecek olan varsa vereceksen sen vereceksin.”. Çok böyle hani aman aman da umutlu değilim. Allah biliyor yani. Baktığımız zaman. Çünkü bitti.” (K6, kızı)

“İnanıcım kalmadı yani iyileşmesine. Çünkü her gün gördüğüm kadarıyla kötüye gidiyor. Her gün başka bir sorun çıkıyor.” (K12, eş, erkek)

K10 ise 10 yıldır ablasının hastalıkla mücadele ettiğini, daha önceleri de benzer durumlara girip iyileştiğini ancak son zamanlarda hastasının iyileşmesine dair ümidinin kalmadığını belirtmektedir.

“Hayır, ben ümidimi kestim. Şahsi kanaatime göre ben ümidimi kestim artık... Düşünüyoruz, kabulleniyoruz. Yani biliyoruz. 10 yıldır zaten bunu bekliyoruz. Ama önce bu kadar değil, diyorum toparlıyor, toparlıyor, iyi iyi ama dört aydır ümidimizi kestik.” (K10, kız kardeşi)

Umut kategorisi, katılımcıların hastalarının terminal dönemiyle ilgili duydukları umut ve umutsuzluk durumlarını yansıtmaktadır. Çoğu katılımcı, hastalarının ölmek üzere olduklarını bilseler de manevi inançlar ya da tıbbi iyileşme belirtileri doğrultusunda umutlarını sürdürmektedirler. Örneğin, bazıları dua ederek, tıbbi iyileşme belirtileri veya manevi inançlarla umutlarını beslemektedir. Ancak, bazı katılımcılar ise doktorların kesin sonuçları ve hastalarının sağlık durumunun kötüleşmesi nedeniyle umudunu kaybetmişlerdir. Bu durum, bazı katılımcıların inançlarında çelişkiler yaşamasına yol açmış, bazılarında ise iyileşme ihtimaline dair umut kalmamıştır. Umut, katılımcıların hastalarına duyduğu sevgi, inanç ve gözlemlerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Beklentisel yas, bakım verenler açısından bakım verme ve yaklaşan kayıp karşısında yaşadıkları zorluklarla birlikte oldukça karmaşık ve çok boyutlu bir deneyim olarak değerlendirilmektedir. Bu süreç, aile üyelerinin hastalarının terminal dönemiyle yüzleşerek kayıp ve belirsizlikle başa çıkmaya çalıştıkları, aynı zamanda hastalarına olan sevgi ve bağlılıkları doğrultusunda, sosyal destek ve kişisel baş etme becerileriyle bu zorlu döneme adapte olma çabalarını içermektedir. Aile üyeleri, hastalarının son dönemlerinde yanlarında olmaktan ve onlara bakım sağlamaktan memnun görünmektedir. Diğer yandansa yaşadıkları kayıplara dair ve hastalarının acı çekmesiyle ilgili yas tutmaktadır. Umutlarını koruma ile gerçekle yüzleşme ve umutsuzluk arasında gidip gelmektedirler. Bu bağlamda, beklentisel yas süreci, yalnızca kayıpla değil, aynı zamanda bu kaybın getirdiği duygusal ve psikolojik çelişkilerle de başa çıkmayı gerektiren bir deneyim olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmada belirlenen alt kategoriler, bu sürecin dinamiklerini daha iyi anlamak ve bireylerin yaşadıkları deneyimleri daha kapsamlı bir şekilde ele almak açısından önem taşımaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma terminal dönemdeki yakınına bakım veren aile üyelerinin ölümün gerçekleşmesini beklediği zaman dilimi olarak ifade edilen beklentisel yas sürecindeki deneyimleri anlamak ve bireylerin ölüme hazır olma durumlarını öğrenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Palyatif bakım servisinde kalmakta olan hasta yakınlarıyla gerçekleştirilen çalışmada veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yüz yüze toplanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler deşifre edildikten sonra tematik analize tabi tutularak bulgular elde edilmiştir. Araştırmanın bulguları iki ana tema çerçevesinde ve 8 kategoride değerlendirilmiş ve 39 alt başlıkla detaylandırılmıştır. Araştırmanın amacına göre ele alınan temalardan ilki bakım veren aile üyelerinin terminal dönemdeki hastalarına dair ölüm beklentisi olarak ortaya çıkmıştır. Bu tema ise ölüme kabullenme ve ölüme hazırlanma olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. Diğer ana tema ise yine araştırmanın amacı doğrultusunda şekillenmiş ve beklentisel yasin yansımaları ismiyle ele alınmıştır. Bireylerin yakınlarının ölümünü beklerken verdikleri duygusal tepkileri, bu süreçteki kayıp algılarını, hastanın son süreçlerinin kendileri için ne ifade ettiği, bu zor süreçle nasıl başa çıktıkları ve umuda dair söylemlerini içeren altı kategoride detaylı olarak açıklanmıştır.

Ülkemizde beklentisel yas sürecinin incelendiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu sınırlılık bu çalışmayı Türkiye'deki araştırmalarla kıyaslayarak tartışma açısından olumsuz etkilese de nitel araştırma yöntemiyle yapılan ve Türkçe yazılan bu çalışmanın özellikle ülkemiz açısından literatüre oldukça katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın ilk ana teması olan ölüm beklentisine dair bulguları değerlendirdiğimizde ilk kategori bakım veren aile üyelerinin ölümü kabullenme durumlarının incelendiği “ölümü kabullenme” kategorisidir. Bireyler sevdikleri kişilerin yakın zamanda ölecek olmalarını kabullenmiş görünmektedir. Bu kabullenmeyi kolaylaştıran bazı faktörler vardır. Bunlar dini inançlarından kaynaklı manevi kabul, hastanın sağlık durumunun kötü olması, çok fazla acı çekmesi ve olumsuz ilerlemesinden kaynaklı kabul, hastanın kendi ölümüne dair beklentisi ve söylemleri, palyatif bakım servisinde kalma dolayısıyla kabuldür.

Bakım verenlerin manevi kabulü başlığında kişilerin özellikle dini inançlarından yola çıkarak ölümün ilahi bir takdir olduğu bakış açısı, bu dünyanın geçici olup ebedi alem olan ahirette yaşama anlayışı ve kutsal olan yaratıcıya kavuşma inancı, kader yaklaşımı, yaşanılanların sınav olduğuna inanma ve mükafatlandırılacağını düşünme, ölümün

kaçınılmazlığı ve bütün insanların ölecek olmasına dair anlamlandırma gibi durumlardan dolayı aile üyeleri sevdiklerinin ölümünü kabullenmekte zorluk çekmemişlerdir. Hovland ve Kramer'in (2019) yaptığı çalışmada da çoğu bakım verenin inançları aracılığıyla teselli bulunduğu ve ölüm sonrası hayata inancın sevdikleri kişinin "daha iyi bir yere gittiği" düşüncesine destek olarak ölümü kabullenmede kolaylaştırıcı bir unsur olduğu belirtilmektedir. Aynı araştırmada aile üyesinin acı çekmesine ve ağrısına tanıklık etmenin ve sevdikleri kişinin fiziksel, duygusal ve ruhsal acısının sona ermesine yönelik isteğin yakınlarının ölümünü kabullenmelerine yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular da benzer niteliktedir ve "hastanın durumundan kaynaklı kabul" başlığı altında değerlendirilmiştir. Hastanın sağlık durumunun kötüleşmesinin bakım verenler tarafından gözlemlenmesi ve sevdiklerinin daha fazla acı çekmemesi amacı, ölüm gerçeğini kabul etmelerine katkı sağlamaktadır. Dumont ve ark.'nın (2008) çalışmasında da kişinin kendi sonluluğunun farkında olması, dini ve manevi inançları, hastalığın semptom yönetimi ve daha az acı çekerek daha kaliteli bir yaşam sonu geçirmesi, huzurlu ve sakin bir ölüm ve hastanın onuruna saygı gösterildiğinin hissettirilmesi beklentisel yas dönemine katkı sağlayan kolaylaştırıcı faktörler olarak öne çıkmaktadır. Schulz ve ark.'nın (2015) yapmış olduğu çalışmada bakım alan kişinin "ölmek istemeye yönelik duygularını ifade etmesi" durumunda, bakım verenlerin ölüme daha hazırlıklı olduğu bulgusu yeni bir bulgu olarak tespit edilmiş olup bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Hastanın kendi ölümüne dair bir kabulünün olması ve bunu aile üyeleriyle paylaşması kişilerin ölümü kabullenmesini kolaylaştıran etkenlerdendir. Ek olarak bir hastada palyatif bakımda kalma ve eşinin iyileştirici tedavilerinin sonlanıp acılarının rahatlatılması yönteminden kaynaklı sezgisel bir kabul olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de bununla ilgili bilgilere rastlamak mevcuttur. İsveç'te meme, yumurtalık veya kolon kanseri nedeniyle eşini kaybeden 907 dul erkek ile yapılan çalışmada eşlerini hayatlarının son döneminde bir palyatif bakım biriminde kaybeden erkeklerin genellikle daha aile odaklı bir yaklaşım veya gelişmiş psikolojik destek içeren bu süreçte, daha yüksek bir hazırlık seviyesine sahip olduğunu göstermektedir (Hauksdóttir ve ark., 2010b).

Aile üyelerinin ölüme hazır olması durumu ve ölüme hazırlanmak için neler yaptıklarına dair bulgular ise "ölüme hazırlanma" kategorisinde ele alınmıştır. Aile üyeleri hastanın ölümüne ilk olarak bilişsel olarak hazırlanmaktadır. Her ne kadar ölümü kabullenmiş olmak aile üyelerinin ölüme zihinsel olarak hazırlanması anlamına gelse de kabullenmenin detaylarının çokluğundan kaynaklı onun ayrı bir kategori olarak açıklanması uygun görülmüştür. Bakım verenler sevdikleri kişilerin ölümünü zihinsel olarak kabul etmelerindeki

en büyük faktörün doktorlar tarafından bilgilendirilmek olduğunu belirtmişlerdir. Çoğu bakım veren doktorların artık hastanın iyileşmesi için herhangi bir tedavinin kalmadığı, hastanın artık ameliyat edilememesi ya da kemoterapi gibi seçeneklerin artık yetersiz kaldığı bilgisini vermesi ve aile üyelerinin hasta ile vedalaşması için bir fırsatının olduğunun söylenmesi üzerine zihinsel olarak yakınlarının ölümünü anlamlandırmaktadır. Cagle ve Kovacs (2011)'in terminal dönem kanser hastalarının bakımını üstlenen gayri resmi bakım verenlerin, hasta bakımı sırasında hissettikleri hazırlıklı olma düzeylerini ve aldıkları desteği incelemeyi amaçlayan makalesinde hastalık ve ölüm süreci hakkında ayrıntılı bilgi verilmesinin ölüme hazırlanma konusunda etkili olduğu belirlenmiştir. Hebert ve ark.'na (2009) göre ise bilişsel hazırlık, bakıcıların ölüme hazırlanmak için ihtiyaç duyduğu hastalığın seyri (tıbbi), toplumsal kaynaklara nasıl erişileceği (pratik), aile içi çatışmaların nasıl çözüleceği (psikososyal) veya yaşam sonu bakımıyla ilgili dini öğretiler (dini/manevi) hakkındaki bilginin sağlık görevlileri tarafından iletilmesidir. Sağlık profesyonellerinin bakım verenlere açık, tutarlı ve ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş bilgi sağlaması bakım veren aile üyelerini bilişsel olarak hazırlayan birincil faktör olarak açıklanmıştır.

Duygusal hazırlık durumu da araştırmada ele alınmaktadır. Bazı hasta yakınları sevdiklerinin ölümüne bilişsel olarak hazır görünseler ve bu süreci birtakım anlamlandırmalar yaparak kabullenmiş olsalar da söylemlerinden, kayıp sonrası oluşacak acıya ve boşluğa henüz hazır olmadıklarından ve görüşme boyunca ağlama ya da ağlamamak için kendini zor tutma durumundan duygusal olarak hazır olmadıkları anlaşılmaktadır. Breen ve ark.'nın (2018) palyatif bakım servisinde kalan hastalarına bakım vermekte olan 16 aile üyesiyle yarı yapılandırılmış görüşmeler aracılığıyla ölüme hazırlanma durumlarını araştıran çalışması aile bakıcılarının ölüm hazırlığına dair karmaşıklığı ve duygusal hazırlığın zorluğunu vurgulamaktadır. Bakım verenlerin bilişsel olarak hazırlıklı olmasına rağmen davranışsal ve özellikle duygusal hazırlık yapmakta zorlandıklarını tespit etmişlerdir. Terminal dönem kanser hastalarına bakım veren birinci derece aile üyeleri ile yapılan ve bakım verenlerin hazırlık durumlarının son 6 ay içinde nasıl değişim gösterdiğini öğrenmeyi amaçlayan bir çalışmada bilişsel hazırlık durumunun hastanın durumunun kötüleşmesinden kaynaklı arttığı ancak duygusal hazırlık durumunun daha karmaşık bir seyir izlediği, bakım verenlerin sevdiklerinin ölümü yaklaşırken duygusal hazırlıktan yoksun olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bilişsel hazır olma durumunun duygusal hazırlığı da kolaylaştırdığı tespit edilmiştir (Wen ve ark., 2021).

Bakım veren kişiler zihinsel olarak hazır olmanın ötesinde hastanın ölümüne vedalaşma/helalleşme, cenaze hazırlıklarının düşünülmesi ve hazırlanması olarak eyleme geçmektedir ve bu durum araştırmacı tarafından davranışsal hazırlık olarak incelenmiştir. Bakım veren kişi ile hasta arasındaki iletişimin ölüme hazırlıkla ilişkili olduğu daha önceki çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Häger Tibell ve ark., 2023). Mevcut çalışmada da aile üyeleri yakınlarıyla ölümün yakın zamanda gerçekleşecek olması ihtimaline karşılık vedalaşmakta ya da geleceğe yönelik olarak konuşmalar yapmaktadır. Bu, ölüme hazırlığın, bireyin eşiyle tedavisi mümkün olmayan hastalığı ve gelecekteki yaşamı hakkında konuşarak desteklenebileceğini ortaya koyan önceki bulgularla uyumludur (Hauksdóttir ve ark., 2010a). Hebert ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada ise davranışsal boyut miras planlaması, cenaze düzenlemeleri planlama, iş programlarını yeniden düzenleme veya genel olarak "meşgul kalma" gibi bakıcıların tamamlamak istedikleri görevleri ifade etmektedir. Bu durum, mevcut çalışmadaki kişilerin hastanın mezar yerine karar verme, cenaze töreninin nerede olacağı ya da neleri içereceğinin aile içinde tartışılması bulgusu ile örtüşmektedir.

Aile üyeleri ek olarak sosyal çevreden gelen yorumlar ve dualar sayesinde de sevdiklerinin ölümüne hazırlanmaktadır. Bouchal ve ark.'nın (2015) Kanada'da gerçekleştirdiği ve terminal kanser hastası yakınlarını kaybeden 8 aile ile görüşmeler yaparak ailelerin beklentisel yas deneyimlerini keşfetmeyi amaçlayan nitel çalışmasında ölüme hazırlığın tek başına yapılan bir süreç olmadığı ve aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık hizmetleri profesyonellerinden destek alındığı açıklanmaktadır.

Ayrıca gözlemlendiği kadarıyla hasta yakınlarının sevdiklerinin ölümünü kabullenmesi durumu ifadelerine yansımaktadır. Bazı katılımcılar hastalarından bahsederken sanki hasta ölmüş gibi geçmiş zaman ekiyle konuşmaktadır. Yapılan literatür taramasında böyle bir bulguya rastlanılmamıştır.

Bu kategoride hasta ile geçirilen son günler de detaylandırılmaktadır. Hasta ile geçirilen son zamanlar akılda kalıcı olduğundan kişiler için değerli görülmekte ve bu zamanları hastayı mutlu ve motive ederek, anılar yaratarak, bakım vermede tüm çabayı göstererek, onu dini açıdan rahatlatarak son zamanlarını yaşatmaya çalışmaktadır. Duke'un (1998), terminal bir hastalıktan sonra eşlerini kaybeden bireylerle yaptığı nitel çalışmasında hastalarının ölümünü beklerken eşlerin, bu zamanın her anını önemli kılmaya çalıştıklarından ve eşleriyle birlikte geçirilen zamanı en iyi şekilde değerlendirme çabalarından bahsedilmektedir.

Çalışmanın bulgularına dair ikinci ana tema ise “beklentisel yasın yansımaları”dır. Bu tema ile araştırmanın ana amacı olan aile üyelerinin beklentisel yas süreci deneyimlerine dair bulgular ele alınmıştır. Beklentisel yasın belirtileri çok yönlüdür ama en önemlisi ve kişilerin hasta ile ilişkisine, hastalığın doğası ve uzunluğuna, diğer aile üyelerinin desteğine, kişisel değerler gibi birçok faktöre bağlı olan duygusal tepkilerdir. Bakım veren aile üyeleri, hastalarının yakın zamanda yaşamlarını yitirecek olmasına ilişkin ruhsal zorluklar yaşamakta ve bunu farklı duygusal tepkilerle ifade etmektedir. Bireyler en yoğun olarak sevdiklerini kaybetme düşüncesinin getirdiği yoğun üzüntü ve acı duygusundan bahsetmektedir. Herhangi bir tedavinin artık işe yaramayacağını bilmenin ve ellerinden gelen çabayı göstermelerine rağmen hastanın kötüleşmesinin getirdiği çaresizlik hissini yaşamaktadır. Yaklaşan kayıp karşısında yaşamdan kopma hissi ve isteksizlik, çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan endişe ve kaygı, hastalık ve kayıpla ilgili hayal kırıklığı, içsel çatışmaların tetiklediği suçluluk duygusu, hastaları hala hayatta olmasına rağmen yaşanan yalnızlık ve geçmişe duyulan özlem gibi duygular öne çıkmaktadır. Ayrıca, bu süreçte yaşanan duygusal dalgalanmalar, belirsizliklerin yol açtığı ikilemler, zihinsel yoğunluk ve karmaşa, bu zorlu sürecin içinde hissedilen anlık rahatlama gibi çeşitli duygu durumları da ele alınmaktadır. Clayton ve ark.’nın (1973) beklentisel yasın terminal dönemdeki ve dul kalma sürecindeki psikolojik etkilerini ve depresif semptomların etkisini incelemeyi amaçlayan çalışmasında aile üyeleri keder, üzüntü, karamsarlık ve duyarsızlık gibi hislerle eş değer depresif ruh hali, yakın gelecekteki kayba dair artan korku ve belirsizlik hissinden yola çıkarak kaygı ve endişe, artan tahammülsüzlük ve kolayca öfkelenme, ölüm sürecinde yeterince destek olamama ya da yapılması gerekenleri yapamamadan kaynaklı suçluluk hissi, kendi hayatının sona ermesi yönünde düşüncelerin ortaya çıkması, ölüm karşısında hayatın anlamını sorgulama, dikkat dağınıklığı ve günlük işlere odaklanamama ve tüm bunların ağlama ve içe kapanma ile davranışa yansımaları gibi semptomlar yaşamaktadır. Ayrıca Clukey’in (2007) yakın zamanda birini kaybetmiş ve bu süreçte hospis hizmeti almış 22 kişi ile yaptığı nitel araştırmasında beklentisel yas dönemine ait duygular öfke, üzüntü, incinmişlik, korku ve kaygı ile bastırılmış yas olarak tespit edilmiştir. Çalışmada ölmekte olan kişinin çektiği acıya tanık olmanın getirdiği incinmişlik hissinden ve ölümün gerçekleşmesiyle sevdiklerinin çektiği acının ortadan kalkmasının bazı katılımcılarda bir tür rahatlama duygusu getirdiğinden bahsedilmektedir. Ek olarak Pereira ve Dias (2007)’in terminal hasta yakınlarının hastanede bakım sürecinde yaşadığı vedalaşma sürecinin duygusal ve psikolojik etkilerini anlamak amacıyla Brezilya’da gerçekleştirdikleri nitel çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın acısını izleyip ona destek olmaya çalışırken kendilerini yetersiz ve çaresiz hissettikleri ve hastanın acısını sonlandırmak için ölümün tek çözüm olabileceğini

düşünerek kendilerini suçladıkları ve bazı aile üyelerinin, ölümün hem hasta hem de kendileri için bir rahatlama olabileceği düşüncesinde oldukları bulgularına yer verilmektedir. Tüm bu duygusal ve davranışsal belirtiler mevcut çalışma ile paralellik göstermektedir.

Beng ve ark.'nın (2013) Malezya'daki bir tıp merkezinde 15 palyatif bakım hastasına bakım veren aile üyesiyle yaptığı nitel çalışmada beklentisel yasın duyguları şok, korku, kaygı, üzüntü ve hayal kırıklığı olarak dile getirilmiştir. Bakım verenler, hastaların terminal tanısını öğrendiklerinde şok yaşadıklarını, hastaların ölümüyle yüzleşmek ve hastaların her an ölebileceği ihtimali karşısında korktuklarını, endişelendiklerini ve üzüldüklerini, hastalarının iyileşmemesine yönelik olarak hayal kırıklığına uğradıklarını belirtmiştir. Çalışmada bu duyguların aynı anda ortaya çıkarak bakım verenler tarafından bir duygu karışımı olarak ifade edildiği açıklanmaktadır. Mevcut çalışmada da aynı bulgular tespit edilmiştir. (K2, oğlu) isimli katılımcının “Çok büyük bir şoktu. Yani 7-8 yıl aradan sonra ... tekrar çıkması bizi çok üzmüştü” ifadesi şok ve hayal kırıklığına, (K5, kızı) isimli katılımcının “O yüzden yani o kadar korkuyoruz ki bir anda olacak. Ne zaman olacak bilmediğimiz için.” ifadesi korkuya ve belirsizlikten kaynaklı kaygıya, (K9, kızı) isimli katılımcının “Yani bir anda böyle bir ağlama geliyor. Bazen de hiçbir şey yokmuş gibi gülesim geliyor. Yani böyle duygusal dalgalanmalar yaşıyorum diyebilirim.” ifadesi ise duygu karışımına karşılık gelerek Beng ve ark.'nın (2013) çalışmasıyla bire bir örtüşmektedir. Ayrıca belirtilen araştırmada “empatik acı” isimli temanın mevcut çalışma ile benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Belirtilen araştırmada hastasının ağrı, kusma, iştah kaybı gibi fiziksel semptomlarına ve yürüyememe, yemek yiyememe gibi işlevsel kayıplarına tanık olmanın ve hastalarının gözlerinin önünde yavaş yavaş ölüyor olmasının bakım verenlerin sevdikleri kişinin ölümünü dilemesine sebep olduğu belirtilmektedir. Mevcut çalışmada da aynı bulgu yer almış ve bakım veren hastalarının ölümlerini “kurtuluş” olarak adlandırmıştır. Malezya'da gerçekleştirilen bir araştırmada elde edilen bulgularla görülen bu derecedeki benzerlik, bakım verenlerin yaşadığı deneyimlerin ne denli evrensel olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada literatürde sıklıkla belirtilen ve yasın ilk aşamalarından olan inkar ve pazarlık tepkilerine rastlanılmamıştır. Bunun kaynağının hastaların dini ve manevi inançları olduğu görülmektedir. Yaşamın, hastalığın ve ölümün Allah tarafından kendilerine ve yakınlarına verildiğine dair inanç bakım verenlerin bu süreçte herhangi bir inkar ve pazarlık davranışı sergilemelerini engellemiştir. Bu bulgu Wong ve Chan (2007) tarafından Çin'de yapılan bir araştırmanın bulgularıyla benzeşmektedir. İnkâr, şok, pazarlık ve depresyon

tepkilerinin olmamasının Çin kültürel inançlarından etkilenmiş olabileceğini çünkü Çinlilerin yaşamın öngörülemez olduğuna ve bir kişinin yaşam kalitesinin ölümden önce ve sonra cennet tarafından belirlendiğine inandıkları çalışmada belirtilmektedir.

Beklentisel yasın yansımaları teması altında ele alınan bir başka kategori de beklentisel yasın en önemli bileşenlerinden biri olan “kayıp”tır. Bu kategori altında kayıp kavramının anlamlandırılması için hastalar ve aile üyeleri arasındaki ilişkiden bahsedilen “varlık” ve “süreklilik ve değişmeyen bağ” başlıkları yer almaktadır. Bu çalışmada varlık başlığı altında aile üyelerinin sevdikleri kişinin sadece fiziksel varlığından bile mutlu olduğu bulgusu yer almaktadır. Ayrıca hastalıktan sonra bakım verenlerin yakınlarına karşı olan sevgi ve bağlılığın daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Pusa ve ark. (2012) tarafından akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybeden hastaların yakınlarının beklentisel yas deneyimlerini anlamak amacıyla İsveç’te gerçekleştirilen çalışmada hastalık sürecinde, hasta ile bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve duygusal yakınlığının arttığı ve bakım verenlerin kendilerini hastaya daha bağlı hissettiği ve aralarındaki bağ ve anlayışın güçlendiğinden bahsedilmektedir.

Rando (2000), beklentisel yası geçmiş, şimdi ve gelecek için yas tutmak olarak tanımlamıştır. Yakınlarının ölümünü bekleyen bireyler, ölmekte olan kişinin geçmişteki hali için yas tutmakta, onunla mevcut anda birlikte olmaya çabalamakta ve gelecekte, artık yaşamayacağı zaman için hazırlık yapmaktadırlar. Bakım veren aile üyeleri sevdikleri kişinin bundan sonra hayatlarında olmayacaklarının farkındalığını geliştirdikten sonra birçok konudaki kayıplarına yas tutmaya başlamaktadır. Bakım veren aile üyelerinin kayıp algıları ilk olarak geçmiş zamana dair kayıplar kategorisi altında analiz edilmiştir. Aile üyeleri sevdikleri yakınlarının geçmişteki anılarını hatırlamakta ve bunlara daha hasta hayattayken özlem duymaktadır. Ayrıca sevdikleri kişinin artık eskisi gibi olmadığına yönelik de yas tuttıkları tespit edilmiştir. Bouchal ve ark.’nın (2015) nitel çalışmasında da benzer bir bulgudan bahsedilmektedir. Araştırmacılar bakım verenlerin yoğun bakım verme deneyiminin ortasında hastanın önceki hali ve birlikte yaşadıkları hayat için özlem duyduklarını ve sevdikleri hakkında birçok hikaye paylaştıklarını belirtmektedir. Mevcut kayıplar başlığı altında ise hasta yakınlarının sevdikleri kişinin hastalıktan kaynaklı şundaki kayıplara odaklanmaları ve artan bağımlılıkları ve kontrol hissindeki azalmadan kaynaklı yas tutmalarına dair bulgulara yer verilmiştir. Costello’nun (1999), Birleşik Krallık’ta hastane ortamında terminal bakım alan ve eşlerini kaybeden kişilerle yaptığı nitel çalışmasında bakım verenlerin sevdikleri kişi hastaneye yattığında kayıp hissi yaşadıklarından bahsetmektedir. Beng ve ark. (2013) da çalışmasında

hastaneye yatmayla beraber bir yokluk hissinden ve bu hissin hastalar konuşmayı veya tepki vermeyi bıraktığında daha da kötüleştiğinden bahsetmektedir. Bu durumun da hastaları hala hayatta olmalarına rağmen bakım verenlerin sevdiği kişiyi tamamen kaybettiklerini hissetmelerine neden olduğu belirtilmektedir. Mevcut çalışmadaki hastaların kendi işlerini yapamamalarından ve kesilen iletişimden kaynaklı yaşanan kayıp bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Geleceğe dair kayıplar ise sevdikleri kişinin olmayacağını düşünmekten kaynaklı bir boşluk hissiyle eş değer tutulmaktadır. Bakım verenler gelecekte sevdikleri kişinin olmamasının yalnızlığı getireceğine inanmakta ve yakınlarına dair anıların tekrar yaşanamayacak olmasına dair yas tuttuklarından bahsetmektedir. Türkiye’de beklentisel yas üzerine gerçekleştirilen sınırlı sayıda çalışmalardan biri olan çalışmada ebeveynlerini kaybetmekte olan genç yetişkinlerin deneyimleri üzerine bir nitel çalışma yapılmış ve ebeveynlerin gelecekte olmayacağı düşüncesi evlatların endişelenmesi, korkması ve üzüntü duymalarına sebep olmuştur. Çocukların bu eksikliği, ebeveynlerinin yaşamlarına kattığı destek, arkadaşlık, koşulsuz sevgi ve güven gibi unsurların kaybı olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Adı geçen çalışmada ebeveynlerinin ölümünü beklerken, gelecekteki kayıplarına yas tutmaya başladıklarından bahsedilmekte bu da mevcut çalışmadaki yakınlarının kaybının gelecekteki boşluk hissiyle anlamlandırılmasına benzer bir bulgu olarak görülmektedir (Ünal, 2019). Beng ve ark.’nın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenler gelecekteki yoklukla ilgili olarak hastaları olmadan gelecekteki yalnızlık, sessizlik ve üzüntüyü öngörmüşlerdir. Çalışmanın bulgularından bir tanesi olan hastaların yeni bir aile kurmasını tavsiye etmesi mevcut çalışmadaki bir katılımcının ifadeleriyle benzeşmektedir. K1, kaybetmekte olduğu eşinin kendisine gelecekte yeniden evlenmesi üzerine öneride bulunduğunu, kendisinin ise bunu redderek yalnızlığı tercih edeceğini belirtmiştir. Clukey’in (2007) hospis hizmeti aldıktan sonra yakınıni kaybeden bakım verenlerle yaptığı nitel çalışmasında katılımcılar, ölümden önceki yas duygusunun, ölüm sonrası kadar yoğun olmadığını belirtmişlerdir. Ölmekte olan kişinin halen hayatta olması kayıp ve yas duygusunu dizginlemiştir. Sevilen kişinin gerçekten ölünceye kadar yasin acısının tam olarak anlaşılmadığından bahsedilmiştir. Bu çalışmada da katılımcılar benzer ifadelerde bulunmuşlar ve bazıları şuanda yas yaşamadıklarını, asıl yokluğun ve boşluğun ve verilecek tepkilerin daha sonradan ortaya çıkacağını ifade etmişlerdir.

Beklentisel yasin yansımaları temasının üçüncü kategorisi “sosyal bağlam”dır. Bakım veren aile üyeleri kayıp duygusunun ve deneyiminin getirdiği bir yük olarak sosyal hayata

katılamamaktadır. Kişiler ölüm sonrası yasta olduğu gibi eğlenceli aktivitelere katılamamakta ya da hastalarının her an vefat edecekmiş gibi olmasından kaynaklı plan yapamadıklarından bahsetmişlerdir. Costello (1999), katılımcıların partnerlerinin yaklaşan ölümü nedeniyle sosyal izolasyon ve destek eksikliği yaşadıklarını tespit etmiş ve sosyal izolasyonun bir partnerin ölmekte olduğu ve fiziksel ve duygusal destek için diğerine bağımlı olduğu ilişkilerde gelişebileceğinden bahsetmiştir. Sosyal destek de bu kategorinin önemli bir başlığı olarak öne çıkmaktadır. Aile üyeleri, hastaları ve kendileriyle ziyaret ya da telefon yoluyla iletişime geçilmesinin ve çekirdek aile olarak aile dayanışmasının öneminden bahsetmiştir. Bu bulgular literatürle uyumlu olup yapılan çalışmalar pratik ve psikolojik desteğin öneminden bahsetmektedir (Costello 1999; Duke 1998; Pusa ve ark., 2012). Bu başlıkta ek olarak bazı katılımcıların beklentisel yas sürecinde aile üyelerinin kendi aralarında veya hasta ile affetme yoluyla barış sağladığı bulgusundan bahsedilmektedir. Steinhauer ve ark. (2001)'nin Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık çalışanları, hasta ve aileleriyle odak grup çalışması yoluyla ölüme hazırlık sürecine dair bilgi almayı amaçlayan başka bir çalışmada hazırlık sürecinde yakınlarla vedalaşma ve aile ile barış sağlamanın aile üyelerinde "tamamlanma hissi" sağlayarak ölüm hazırlığına yardımcı olduğundan bahsedilmektedir.

Bakım verenlerin hastayla ya da aile üyelerinin kendi aralarında yaklaşan ölümle ilgili konuşmadıkları tespiti yapılmıştır. Bunun sebebinin hastayı mutlu ve motive etmek ve aile üyelerinden bazılarının ölümü tam olarak kabullenememesi olarak anlaşılmaktadır. Literatürde ölümcül hastalık sırasında aile üyelerinin hastalık ve ölümün gerçekliğiyle ilgili bilgilerin hasta kişiden gizlendiği ve duyguların saklandığı bulgusu yaygındır (Häger Tibell ve ark., 2023; Costello, 1999; Duke,1998).

Beklentisel yasin yansımaları temasının dördüncü kategorisi "hastanın yanında olma" başlığıdır. Katılımcılar sorumluluk hissi, hastanın ölme ihtimaline karşılık tetikte olma, hastanın son günlerinde ona iyi bakım verme ve onu mutlu etme gibi durumlardan dolayı duygusal ve fiziksel bir çaba göstererek hastalarının yanında olmak istemektedir. Bu durum uykusuzluk, sosyal izolasyon, işlerinde ayarlamalar yapma gibi belirtilere sebep olmaktadır. Clukey (2007)'nin yaptığı nitel çalışmada kapsayıcı tema olarak "varlık" temasından bahsedilmektedir. Ölmekte olan kişiyle birlikte olmanın öneminin tüm katılımcılar tarafından belirtildiği bulgusuna yer verilmekte ve kişiler hasta ile olmak için yaşam tarzlarını değiştirmektedir. Duke (1998) yaptığı çalışmada terminal dönem sürecinin ardından eşlerini kaybeden kişilerle görüşmeler yaparak hastalık sürecinde ve ölüm sonrası yaşadıkları

beklentisel yas deneyimlerini araştırmayı amaçlamıştır. Mevcut çalışmadaki hastaların her an ölme ihtimaline karşılık aile üyelerinin hastalarını bırakamama bulgusu ile eş değer olarak belirtilen çalışmada da katılımcıların hepsi eşleri ölürken yanlarında bulunmanın öneminden bahsetmektedir. Bouchal ve ark.'nın (2015) terminal kanser hastası yakınlarını kaybeden ailelerin beklentisel yas deneyimlerini keşfetmeyi amaçlayan nitel çalışmasında katılımcıların sevdiklerinin yanında olması deneyimlerinin merkezi olarak tanımlanmaktadır.

Bařa çıkma kategorisinin altında ise manevi bařa çıkma, kişisel özelliklere dayalı bařa çıkma, aile dayanışması ve özbakım ve özşefkat bulguları analiz edilmektedir. Bařa çıkma kategorisine ve genel olarak araştırmaya hakim olan konu maneviyattır. Katılımcılardan biri hariç tümü dini inançların bu süreç üzerindeki etkisinden sıklıkla bahsetmiştir. Manevi bařa çıkma konusu da katılımcıların beklentisel yas sürecindeki karşılaştıkları tüm zorlukları anlamlandırmada ve gidermede en etkili yol olmuştur. Katılımcılar dua ederek, şükrederek, fedakarlıkta bulunmanın ve karşılaştıkları zorlukların ahiret yaşamında karşılığı olacağını düşünerek, zor zamanlarında hastayla ilgilenmenin vicdani rahatlığı içerisinde olarak, ailelerinden ve hastalarından aldıkları dualarla güçlenerek bu süreçteki sıkıntılarla bař etmektedir. Dini inançlar ve maneviyatın kullanımıyla beklentisel yas deneyimini anlamlandırma ve bununla bařa çıkma literatürde kanıtlanmış bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. (Thulstrup Paulsen ve ark., 2024; Bilić ve ark., 2022; Breen ve ark., 2018; Dumont ve ark., 2008; Pereira ve Dias, 2007; Cagle ve Kovacs, 2011). Türkiye'de gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise palyatif bakım servisindeki hasta ve hasta yakınları süreç içerisinde manevi duygularında değişim yaşadıklarını, daha anlam odaklı bir yaşam felsefesine yöneldiklerini, maddi konuları anlamsız bulduklarını ve manevi, dini konulara yönelimlerinin arttığını belirtmişlerdir. Katılımcıların, sosyal çalışmacılardan manevi destek, hastane yönetimiyle iletişimde aracılık, sosyal aktivitelerde liderlik ve ekonomik, psikolojik desteklere erişimde rehberlik talep ettiği bulunmuştur (Bilgin Kılıç, 2024).

Bakım veren aile üyeleri kişisel özelliklerinden kaynaklı olarak da yas deneyiminde karşılaştıkları zorluklarla bař etmektedir. Hastayı ön plana alıp kendi hayatlarından fedakarlık göstererek, hastaya bakma sorumluluğunun farkında olarak, güçlü yapıları ve olumlu bakış açıları sayesinde bu süreçteki duygusal ve fiziksel sıkıntılarını gidermektedirler. Bilić ve ark.'nın (2022) ileri evre kanser hastalarına evde palyatif bakım sağlayan eşlerin yaşadığı beklentisel yas deneyimlerini anlamayı amaçlayan Hırvatistan'da gerçekleştirdikleri nitel çalışmasında katılımcıların durumu kabullenip olumlu bakış açısı geliştirmesinin beklentisel

yas sürecini daha az stresli hale getirdiğini tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların bakım verme sürecindeki zorlukların üstesinden gelmek için kendilerini ve ailelerini toparlamak adına içsel bir güç bulduklarını ve dayanıklılık geliştirdiklerini belirtmektedir. Ek olarak katılımcıların, genellikle kendi fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını ikinci plana atarak bakım verme rolüne adanmışlıkla bu deneyimdeki zorlukları unuttuklarını ancak bu durumun kimi zaman tükenmişliğe yol açtığı ifade edilmektedir. Tüm bulguların mevcut çalışmadaki kişisel özelliklerle benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

Başta çıkma kategorisinin önemli başlıklarından birisi aile dayanışmasıdır. Sosyal destek ve sosyal çevreden gelen telefonlar ve ziyaretler, çevredeki insanların kendilerine dua etmeleri, aile üyelerinin birbirine her konuda yardımcı olması, hasta ve bakım verenin birbirlerine olan güveni bu zorlu süreci aşmalarında en önemli motivasyon kaynaklarından biri olarak görülmektedir. Ayrıca palyatif bakım servisinde kalmaktan memnuniyet duydukları tespit edilmiştir. Hastane sağlık çalışanlarının hastaları ve kendileriyle ilgilenmeleri, güler yüzlü ve samimi olmaları, hastanın bakımı ve iyiliği için her türlü desteği sunmaları bakım verenlerin beklentisel yas sürecinde önem verdikleri durumlardan biri olarak gözlemlenmiştir. Literatür taramasında da görüldüğü üzere birçok çalışma sosyal desteğin ve sağlık çalışanlarının rehberliğinin beklentisel yas sürecine olan katkılarından bahsetmektedir. Aile, arkadaş, komşu, akraba gibi sosyal sistemlerden alınan destek katılımcılar tarafından önemli olarak değerlendirilmiştir. Bakım verenler, sosyal çevrelerindeki bireylerin beklentisel yas sürecinde kendilerini rahatlatabilecekleri kişiler olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca sağlık profesyonellerinden alınan rehberlik, etkili ve açık iletişim, hastalığın prognozu hakkında gerekli bilgilendirmeleri yapmaları, gece-gündüz erişilebilir olmaları bakım verenler için önemlidir. (Bilić ve ark., 2022; Breen ve ark., 2018; Clukey, 2007; Dumont ve ark., 2008; Bouchal ve ark., 2015; Pusa ve ark., 2012; Wong ve Chan, 2007; Beng ve ark., 2013; Cagle ve Kovacs, 2011, Hauksdóttir ve ark., 2010ab)

Başta çıkma kategorisinin arka planda kalan başlığı özbakım ve özşekfattir. Katılımcılar kendi hayatlarını ve ihtiyaçlarını ikinci plana atmakta ve hastanın son günlerinde kendilerini onların bakımlarına adanmaktadır. Sadece iki katılımcı bu süreçte kısa süreliğine kendine zaman ayırarak rahatlama elde ettiklerinden bahsetmiştir. Pereira ve Dias (2007) da terminal hasta yakınlarının hastanedeki bakım sürecini anlamaya yönelik nitel çalışmada bakım verenlerin kendi eğlenme ve dinlenme zamanlarından vazgeçtiklerini ifade etmektedir. Benzer şekilde Thulstrup Paulsen ve ark. (2024) da Danimarka'da bir üniversite hastanesinin onkoloji

servisinde gerçekleştirdikleri ve tedavi edilemez kanser hastalarının yakınlarının deneyimlerini ve algılanan destek ihtiyaçlarını incelemeyi amaçlayan çalışmada hasta yakınlarının hastalığın getirdiği yoğunluktan uzaklaşmak ve kendi ihtiyaçlarına odaklanmak istediği ancak hastaya olan bağlılık nedeniyle bu ihtiyaçlarını genellikle ertelemek zorunda kaldıklarından bahsedilmektedir.

Beklentisel yasın yansımaları temasının son kategorisi “umut”tur. Bakım veren hasta yakınlarının çoğu ölümü kabullenmiş ve ölüme hazır görünmektedir. Hasta yakınlarının umutlarının kaynağı bir kişi hariç maneviyattır. Breen ve ark.’nın (2018) hastası palyatif bakım alan 16 bakım veren katılımcı ile gerçekleştirilen ve bakım verenlerin ölüme nasıl hazırlandıklarını öğrenmeyi amaçlayan nitel araştırmasında katılımcıların iyileşme umudu olmadığını bilerek hastanın ölüm yeri ve ölüm kalitesi konusunda hazırlık yapmaya çalıştıkları ve dini inanca sahip olanların, inançlarının kendilerine umut sağladığı bulgusuna ulaşılmıştır. Mevcut çalışmada umutsuzluğun ise doktorların kesin olarak hastalığın tedavi edilemez olduğunu belirtmesinden ya da hastalarının sağlık durumunun kötüleşmesinden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Beng ve ark.’nın (2013) Malezya’da palyatif bakım hastasına bakım veren aile üyeleriyle yaptığı nitel çalışmada hastaların yemek yemeyi, konuşmayı ya da tepki vermeyi bırakmasının bakıcılar arasında umutsuzluk yarattığı tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma palyatif bakım servisindeki terminal dönem hastasına bakım veren aile üyelerinin hastalarının ölümünü beklerken yaşadıkları deneyimleri anlamak ve bireylerin ölüme hazır olma durumlarını öğrenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yüz yüze toplanmıştır.

6.1. Sonuç

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler araştırmanın amacı doğrultusunda iki ana temada analiz edilmiştir. Bunlar; ölüm beklentisi ve beklentisel yasın yansımalarıdır.

Palyatif bakım servisinde kalmakta olan hastasına bakım veren aile üyelerinin terminal dönem hasta yakınlarının çoğunun sevdiklerinin ölümünü kabullendikleri ve ölüme hazır oldukları tespit edilmiştir. Aile üyelerindeki bu kabullenmeyi etkileyen temel faktörlerin maneviyat, hastasının sağlık durumunun kötüleşmesi, hasta ile iletişim kurularak kendisinin ölümünü kabul ettiğinin farkındalığı, palyatif bakım servisinde kalmanın ve tedavi edici herhangi bir tedavinin bu serviste uygulanmaması olarak görüşmelerden elde edilmiştir.

Ayrıca çalışmada bakım veren aile üyelerinin ölüme nasıl hazırlandıkları da tespit edilmeye çalışılmıştır. Kişilerin doktor tarafından bilgilendirilerek hastalığın çözümüne dair herhangi bir tedavinin olmadığı ve aile üyelerinin hasta ile vedalaşma fırsatının olduğu söylendiğinde en nihayetinde iyileşmeye dair umutlarının çözüldüğü ve ölüme bilişsel olarak kendilerini hazırladıkları anlaşılmıştır. Bu bilişsel hazırlık kişilerin duygusal olarak hazırlandığı anlamına gelmemektedir. Bakım verenler hastalarını kaybedecek olmaları ve gelecekteki kayıplara dair hala duygusal tepkiler vermektedir. Buna rağmen helalleşme yoluyla hastalarıyla vedalaşmakta, cenaze hazırlıklarına başlamakta ya da hastalarıyla gelecek hakkında konuşmaktadır. Tüm bu hazırlıklar hastaların beklentisel yas sürecindeki duygusal yüklerini arttırsa da ölüme hazırlanma açısından bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Costello (1999) da beklentisel yas deneyiminin eşlerinin ölümü öncesinde kaybın gerçekliğine uyum sağlamaya başlamasına olanak tanıdığını belirtmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda ikinci ana tema olan beklentisel yasın yansımaları başlığı altında bakım veren hasta yakınlarının bu süreçte yaşadığı duyguları, düşünceleri ve başa çıkma mekanizmaları incelenmiştir. Literatürle uyumlu olarak bakım verme ve sevdiği kişiyi kaybedecek olmanın getirdiği duygusal tepkiler bu çalışmada tespit edilmiştir. Derin acı

ve üzüntü, kaygı, ikilemler ve duygusal dalgalanmalar, çaresizlik, isteksizlik, hayal kırıklığı, suçluluk, yalnızlık ve özlem, zihinsel yorgunluk ve dağınıklık, rahatlama duygusu beklentisel yas sürecindeki zorluklar karşısında bakım verenlerin tepkilerini içermektedir. Ayrıca kişiler beklentisel yas ve bakım verme bağlamında sosyal olarak da bu süreçten etkilenmektedir. Bu durum yine sosyal destek ile çözülmektedir.

Aile üyeleri her ne kadar kendileri ölümü kabul etseler de bu durumu hastalarıyla ya da bazıları kendi aile üyeleriyle konuşmayarak kaçınma stratejisi uygulamaktadır. Kübler-Ross (2008) gerçeği söyleme ve ölümcül hastalarla dürüst iletişim kurma konusunda tüm dünyada etkili olmuştur. Elizabeth Kübler-Ross, aile üyelerinin hastaya karşı dürüst olmalarının ve onların duygusal ihtiyaçlarını anlamalarının önemine dikkat çekmektedir.

Bakım veren aile üyelerinin beklentisel yas sürecinin getirdiği zorluklar ve duygusal tepkilerle nasıl başa çıktıkları da bu çalışmada tespit edilmiştir. Bu tespit hasta yakınlarının bu süreçte neye ihtiyaçları olduğunun anlaşılması adına hem teorik hem de pratik olarak önemli katkılar sunmaktadır. Hasta yakınlarının en önemli başa çıkma stratejisi manevi anlamlandırmadır. Kişiler dini inançları gereği dua ederek, dini ritüeller sergileyerek, ellerinden gelen çabayı gösterdiğinin farkındalığıyla vicdani olarak rahatlama duygusu sayesinde sevdiklerinin yakında vefat edecek olması ile baş etmeye çalışmaktadır. Ayrıca sosyal destek sistemleri ve sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve ilgisi hasta yakınlarının sürece uyumunu arttırmaktadır. Çok fazla olmasa da bazı katılımcılar kendilerine ait bir zaman yaratarak kişisel bir rahatlama yaşamaktadır.

Bakım verenlerin hastalarının iyileşmesine dair umutlarının olmadığı gözlemlense de yine de manevi olarak umut kavramına anlam yükledikleri anlaşılmaktadır.

6.2. Öneriler

Bakım veren aile üyelerinin ölümü kabullenmeleri ve hastalarının ölümüne hazır olmalarının beklentisel yas sürecini kolaylaştırdığı ve hastalık ve ölüm karşısında daha güçlü kalmaları ve bu sürecin getirdiği duygusal zorluklara karşı daha dirayetli olmalarını sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca bilişsel hazır olma durumunun duygusal hazırlığı da kolaylaştırdığı tespit edilmiştir (Wen ve ark., 2021). Bu sonuçtan hareketle kişilerin ölümü kabullenmelerine yardımcı olacak stratejilerin belirlenmesi önemli görülmektedir. Araştırma bulgularına göre aile üyeleri en çok doktorların ölüm hakkında kesin bir bilgilendirme yapması sonucunda ölüme zihinsel olarak hazır hale gelmektedir. Bu sonuca göre doktorların aile üyeleri ile hastalarının

durumu hakkında açık bir iletişim kurmaları gerekmektedir. Literatürde de sağlık çalışanlarının bakım verenlere açık, tutarlı ve ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş bilgi sağlamasının bakım veren aile üyelerini bilişsel olarak hazırlayan birincil faktör olduğu kanıtlanmıştır (Hebert ve ark., 2009). Doktorlar tarafından hastanın durumu ve ölüm hakkında verilecek bilginin aileler tarafından kolay anlaşılabilir ve ailelerin duygularını yansıtacak şekilde empatik olması önemlidir.

Aile üyelerinin hastanın ölümü hakkında hem hastayla hem de kendi aralarında bu durumu açıkça konuşmadığı sonucuna varılmıştır. Rando'nun (1988a) beklentisel yas sürecinde aile üyelerinin ölecek olan sevdikleriyle açık bir iletişim sürdürerek korkular, pişmanlıklar ve dilekler hakkında konuşmasının hastanın vefatından önce tamamlanmışlık hissiyle ölüme hazırlığı kolaylaştırdığı bilgisinden ve araştırmadaki bulgudan yola çıkarak aile üyelerinin ve hastaların bu süreçte sağlık çalışanları tarafından desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Psikolog veya sosyal hizmet uzmanları aileye dürüst iletişim konusunda yol gösterebilir. Gerekli durumlarda tüm ailenin ya da belirli üyelerin bir araya geldiği aile görüşmeleri gerçekleştirmek ve geçmiş, mevcut ve gelecek kayıplar ve duygular üzerine tartışmalar yapmak aile üyelerinin hastanın vefatından sonra pişmanlık yaşaması ve karmaşık yas tepkileri vermesini önleyebilir.

Maneviyat ve dini inançlar bakım veren aile üyelerinin hem ölümü kabullenmelerinde, hem ölüme hazırlanmalarında hem de hastalarını kaybetmek olmanın getirdiği duygusal zorluklarla baş etmelerinde kullandıkları önemli bir kaynak olarak tespit edilmiştir. Bu bulgudan hareketle palyatif bakım servisindeki hastaların ve onlara bakım veren aile üyelerinin manevi olarak desteklenmesi önemlidir. Manevi destek uzmanlarının veya din görevlilerinin palyatif bakım servislerindeki multidisipliner ekiplerin bir parçası olarak yer alması, hastaların ve ailelerinin manevi ihtiyaçlarının karşılanması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu uygulamanın tüm ülkedeki palyatif bakım servislerinde standart bir uygulama haline gelebilmesi için yasal düzenlemeler yapılmalı ve ilgili kurumlar, bu uzmanların istihdamını zorunlu kılacak şekilde yönlendirilmelidir. Ek olarak sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakım alanındaki bilimsel araştırmalarla bu bakımın manevi boyutunu ön plana çıkarabilir ve manevi sosyal hizmet bağlamında kanıta dayalı uygulamaları kendi görüşmelerinde kullanabilir. Bu uygulamaların hasta ve ailesinin ölümü beklerkenki süreç olan beklentisel yas deneyimlerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Palyatif bakım merkezlerinde sosyal hizmet uzmanlarının rollerine bakıldığında, hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve sorunlarının giderilmesi, hastalıkla başa çıkma süreçlerinin desteklenmesi, kabul ve karar verme süreçlerine yönelik destek sunulması, miras çalışmaları yapılması, yas bakımı ve keder yönetimi çerçevesinde bireylerin tepkilerinin işlenmesine yönelik destek sunulması gibi çok çeşitli görevleri bulunmaktadır. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda geçerli olan “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”ye göre psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi çeşitli meslek elemanlarının merkezde çalışmasının zorunlu olmaması, uygulanacak psikososyal müdahalelerin çeşitliliği dikkate alındığında bir eksiklik yaratmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım servislerinde tam zamanlı olarak multidisipliner ekibin içine dahil olması son derece önemlidir.

Bu araştırma, bakım veren aile üyelerinin ölüme hazırlık durumlarını, bu süreçte düşündükleri, hissettikleri ve gerçekleştirdikleri eylemleri anlamayı; ayrıca beklentisel yas deneyimlerinin özünü ve bu deneyimin getirdiği zorluklarla hangi becerileri kullanarak başa çıktıklarını keşfetmeyi amaçlamıştır. Bununla birlikte, çalışmada herhangi bir müdahale stratejisinin sonuçlarına ilişkin bir değerlendirme yapılmamıştır. Gelecek araştırmaların, bu bulgulardan hareketle hasta yakınları üzerinde olumlu etkiler yaratabilecek müdahale yöntemlerini incelemesi önem arz etmektedir. Özellikle, duygusal destek, pratik yardım ve manevi rehberlik sağlayan müdahalelerin etkilerinin araştırılması palyatif bakım servisi hizmetlerine önemli katkılar sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

- Ahmed, F., Kutluk, T., Yurduşen, S., Şengelen, M., Aydın, B., et al. (2024). Palliative Care in Turkey: Insights from experts through key informant interviews. *Journal of Cancer Policy* (42), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2024.100506>
- Akçakaya, A. (2018). Palyatif bakım. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 48, 36-37.
- Allard, E., Genest, C. & Legault, A. (2020). Theoretical and philosophical assumptions behind the concept of anticipatory grief. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(2), 56-63. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.2.56>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arastaman, G., Öztürk Fidan, İ. & Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenilirlik: Kuramsal bir inceleme. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75. <http://dx.doi.org/10.23891/efdyyu.2018>
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. Routledge.
- Atintaş, M. C. (2022). *Kronik hastalıklarda psikolojik büyüme ve uzamış yas için bir yol haritası: Bilişsel, duygusal ve varoluşsal faktörler* (Tez no. 754572) [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.
- Batchelor, N. H. (2010). Palliative or hospice care? Understanding the similarities and differences. *Rehabilitation Nursing*, 35(2), 60-64. <https://doi:10.1002/j.2048-7940.2010.tb00032.x>
- Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The significance of cooperation in interdisciplinary health care teams as perceived by Polish medical students. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 20(954), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>
- Beng, T. S., Guan, N. C., Seang, L. K., Pathmawathi, S., Ming, M. F., et al. (2013). The Experiences of Suffering of Palliative Care Informal Caregivers in Malaysia: A Thematic Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(5), 473-489. <https://doi.org/10.1177/1049909112473633>
- Bilgin Kılıç, Ö. (2024). Palyatif bakım hizmetlerinin sosyal hizmet ve maneviyat açısından değerlendirilmesi üzerine nitel bir araştırma. (Tez no. 890782) [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Bilić, J., Skokandić, L. & Puljak, L. (2022). Anticipatory grief and experience of providing at-home palliative care among informal caregivers of spouses in Croatia: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21(199). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01093-1>
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00062-3)
- Bouchal, S. R., Rallison, L., Moules, N. J. & Sinclair, S. (2015). Holding on and letting go: Families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 72(1), 42-68. <https://doi.org/10.1177/0030222815574700>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Volume III: Loss sadness and depression*. Basic Books.
- Brackenridge, S. (2019). The social worker: An essential hospice and palliative team member. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 49(3), 565-574. <https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2019.01.015>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Psikolojide tematik analiz kullanımı. S. N. Şad, N. Özer ve A. Atli (Çevirenler). *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 7(2), 873-898. <https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.7c.2s.17m>
- Breen, L. J., Aoun, S. M., O'Connor, M., Howting, D. & Halkett, G. K. B. (2018). Family caregivers' preparations for death: A qualitative analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1473-79. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.018>
- Burke, L. A., Clark, K. A., Ali, K. S., Gibson, B. W., Smigelsky, M. A., et al. (2015). Risk factors for anticipatory grief in family members of terminally ill veterans receiving palliative care services. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11(3-4), 244-266. <https://doi.org/10.1080/15524256.2015.1110071>

- Cagle, J. G. & Kovacs, P. J. (2011). Informal caregivers of cancer patients: Perceptions about preparedness and support during hospice care. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(1), 92–115. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.534547>
- Clayton, P. J., Halikas, J. A., Maurice, W. L. & Robins, E. (1973). Anticipatory grief and widowhood. *The British Journal of Psychiatry*, 122(1), 47–51. <https://doi.org/10.1192/bjp.122.1.47>
- Clukey, L. (2007). "Just be there": Hospice caregivers' anticipatory mourning experience. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(3), 150-158. <https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000269998.90334.51>
- Costello, J. (1999). Anticipatory grief: Coping with the impending death of a partner. *International Journal of Palliative Nursing*, 5(5), 223–231.
- Costello, J. & Hargreaves, S. (1998). Anticipatory grief: Some implications for social work practice in working with families facing impending loss. *Practice*, 10(3), 45–54. <https://doi.org/10.1080/09503159808411494>
- Duke, S. (1998). An exploration of anticipatory grief: The lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 829–839. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00700.x>
- Dumont, I., Dumont, S. & Mongeau, S. (2008). End-of-life care and the grieving process: Family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1049-1061. <https://doi.org/10.1177/1049732308320110>
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*, 23(1), 18–22. <https://doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002>
- Fernando, G. & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: A review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), 444–451. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.444>
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A. & Meier D. E. (2018). National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines, 4th edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684-1689. <http://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Foley, K. M. (2005). The past and future of palliative care. *The Hastings Center Report*, 35(6), 42-46. <https://doi.org/10.1353/hcr.2005.0092>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Çev. & Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (cilt. 14, s. 239-260). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis (1957).
- Gizir, C. A. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2). 195-213. <https://doi.org/10.17860/efd.36859>
- Gómez-Batiste, X., Amblàs, J., Costa, X., Lasmarías, C., Santa Eugènia, S., Sanchez, P., et al. (2019). Development of palliative care: Past, present, and future. In R. D. MacLeod & L. Van den Block (Eds.), *Textbook of palliative care* (s. 77–86). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5_2
- Gómez-Batiste, X., Connor, S., Murray, S., Krakauer, E. Radbruch, L., Luyirika, E., Kumar, S., Foley, K. (2017). Principles, definitions and concepts. In Xavier Gómez-Batiste & Stephen Connor (Ed), *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*, (s. 45-62).
- Graham, F. & Clark, D. (2008). The changing model of palliative care. *Medicine*, 36(2), 64–66. <http://doi:10.1016/j.mpmed.2007.11.009>
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E & Tuncer, A. M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1-6.
- Gwyther, L., Brennan, F. & Harding, R. (2009). Advancing palliative care as a human right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (5), 767–774. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003>
- Häger Tibell, L., Årestedt, K., Holm, M., Wallin, V., Steineck, G., et al. (2023). Preparedness for caregiving and preparedness for death: Associations and modifiable thereafter factors among family caregivers of patients with advanced cancer in specialized home care. *Death Studies*, 48(4), 407–416. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2231388>

- Hall, C. (2014). Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7-12. <https://doi.org/10.1080/02682621.2014.902610>
- Hauksdóttir, A., Steineck, G., Fürst, C. J. & Valdimarsdóttir, U. (2010a). Long-term harm of low preparedness for a wife's death from cancer—A population-based study of widowers 4–5 years after the loss. *American Journal of Epidemiology*, 172(4), 389–396. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq147>
- Hauksdóttir, A., Valdimarsdóttir, U., Fürst, C. J., Onelöv, E., & Steineck, G. (2010b). Health care-related predictors of husbands' preparedness for the death of a wife to cancer—a population-based follow-up. *Annals of Oncology*, 21(2), 354–361. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp313>
- Hebert, R. S., Prigerson, H. G., Schulz, R. & Arnold, R. M. (2006). Preparing caregivers for the death of a loved one: a theoretical framework and suggestions for future research. *Journal of palliative medicine*, 9(5), 1164–1171. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1164>
- 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(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010>
- Holm, M., Alvariza, A., Fürst, C.-J., Öhlen, J. & Årestedt, K. (2019). Psychometric evaluation of the anticipatory grief scale in a sample of family caregivers in the context of palliative care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(42). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1110-4>
- Hovland, C. A. & Kramer, B. J. (2019). Barriers and facilitators to preparedness for death: Experiences of family caregivers of elders with dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 15(1), 55-74. <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1595811>
- International Federation of Social Workers. (2014). Global Definition of the Social Work Profession. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, Erişim Tarihi: 10.04.2024
- Işıkhan, V. (2016). Palyatif bakım hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin yeri ve geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2). 97-113.
- Işıl, Ö. & Karaca, S. (2009). Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: Bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 82-87.
- Johansson, Å. K. & Grimby, A. (2011). Anticipatory grief among close relatives of patients in hospice and palliative wards. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(2), 134–138. <https://doi.org/10.1177/1049909111409021>
- Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, A. T. & Akın, S. (2012). S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H. & Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11 (2), 56-70. <https://docplayer.biz.tr/4011850-Yasam-sonu-bakim-organizasyonu-palyatif-bakim.html>
- Kangalgil Balta, G. (2021). *Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: Çalışanların gözünden nitel bir değerlendirme* (Tez no. 658215) [Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Karakaya, C. & Işıkhan, V. (2020). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437–1458. <https://doi.org/10.33417/TSH.737324>
- Kübler-Ross, E. (2008). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families* (40th anniversary ed.). Routledge.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141–148. <http://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>
- Loscalzo, M. J. (2008). Palliative care: An historical perspective. *Hematology*, 2008(1), 465–465. <http://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.465>
- Martin, D. K., Thiel, E. C. & Singer, P. A. (1999). A new model of advance care planning: Observations from people with HIV. *Archives of Internal Medicine*, 159(1), 86–92. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.1.86>
- Meier, D.E. & Beresford L. (2008) The palliative care team. *J Palliat Med*, 11(5), 677-681. <http://doi.org/10.1089/jpm.2008.9907>

- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N. & Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Ed.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (s. 44-61). Cambridge University Press.
- Middleton, A. A., Head, B. A., & Remke, S. S. (2020). The role of social workers in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(4), 573-574. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0698>
- Moon, P. J. (2015). Anticipatory grief: A mere concept? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(5), 417-420. <https://doi.org/10.1177/1049909115574262>
- National Association of Social Workers. (2004). *Standards for palliative and end of life care*. <https://www.socialworkers.org/Practice/NASW-Practice-Standards-Guidelines/Standards-for-Palliative-and-End-of-Life-Care> Erişim Tarihi: 25.03.2024
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2004). Clinical practice guidelines for quality palliative care: Executive summary. *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 611-622. <http://doi.org/10.1089/jpm.2004.7.611>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (4th ed.). Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., et al. (2017). Preloss grief in family caregivers during end-of-life cancer care: A nationwide population-based cohort study. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2048–2056. <https://doi.org/10.1002/pon.4416>
- Önal, G. (2022). *Kronik hastalığı olan yakınlarına bakım verenlerin depresyon, kaygı, tükenmişlik belirtilerinde ve yas düzeylerinde sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü* (Tez no. 733701) [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M. & Karabulut, B. (2010). *Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım*. İzmir: Ege Üniversitesi. Üniversiteliler Ofset
- Özdemir, Y. E. (2024). *2023 Şubat Türkiye depreminde yakınlarını kaybeden çocuk ve ergenlerde uzamış yas bozukluğu sıklığı ve yordayıcılarının araştırılması* (Tez no. 902648) [Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Özgül, N., Koç, O., Gültekin, M., Göksel, F., Kerman, S., et al. (2011). Opioids for cancer pain: Availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, 29-32. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182121bd9>
- Parker-Oliver, D., Washington, K., Smith, J., Uraizee, A. & Demiris, G. (2017). The prevalence and risks for depression and anxiety in hospice caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 20(4), 366–371. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0372>
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., ve Schut H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (s. 25-46). Washington, DC: APA.
- Parkes, C. M. & Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). Routledge.
- Pereira, L. L. & Dias, A. C. G. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal: O processo de despedida no contexto hospitalar. *PSICO*, 38(1), 55-65.
- Prigerson, H. G., Frank, F., Kasi, S. V., Reynolds, C., Anderson, M., et al. (1995). Complicated grief and bereavement related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>
- Prigerson, H. G., Singer, J. & Killikelly, C. (2024). Prolonged grief disorder: Addressing misconceptions with evidence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.10.020>
- Pusa, S., Persson, C. & Sundin, K. (2012). Significant others' lived experiences following a lung cancer trajectory – From diagnosis through and after the death of a family member. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.02.004>
- Radbruch, L. & Payne, S. (2009) White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal Of Palliative Care*, 16(6), 278-289.

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, D., Wenk R. & Ali, Z. (2020). Redefining palliative care-a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rando, T. A. (1986). A comprehensive analysis of anticipatory grief: Perspectives, processes, promises, and problems. In T. A. Rando (Ed.), *Loss and anticipatory grief* (s. 3-37). Lexington, MA: Lexington Books.
- Rando, T. A. (1988a). Grieving: How to go on living when someone you love dies. Lexington, Mass., Lexington Books
- Rando, T. A. (1988b). Anticipatory grief: The term is a misnomer but the phenomenon exists. *Journal of Palliative Care*, 4(1-2), 70-73 <https://doi.org/10.1177/0825859788004001-223>
- Rando, T. A. (2000). The six dimensions of anticipatory mourning. In T. A. Rando (Ed.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers* (s. 51-102). Champaign, IL: Research Press.
- Reynolds, L. & Botha, D. (2006), Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings, *Counselling, Psychotherapy and Health*, 2(2), 15-26.
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E. & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: The relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 376-382. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2015.01.004>
- Sarı, E. (2024). *Yetişkinlerde çevre bilinci ve maneviyat ilişkisi üzerine nicel bir araştırma* (Tez no. 867737) [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Jama*, 282(23), 2215-2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Schulz, R., Boerner, K., Klinger, J. & Rosen, J. (2015). Preparedness for death and adjustment to bereavement among caregivers of recently placed nursing home residents. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 127-133. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0309>
- Sepúlveda, C., Marlin A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*. 22, 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Shuchter, S.R. & Zisook, S. (2005). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, ve W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (s. 23-43). Cambridge University Press
- Silverman, P. R. & Rubin, S. S. (2015). Bereavement/grief interventions. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds). *The encyclopedia of clinical psychology*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp239>
- Silverman, P. R. (2000). *Never too young to know: Death in children's lives*. New York: Oxford University Press
- Simon, J. L. (2008). Anticipatory grief: Recognition and coping. *Journal of Palliative Medicine*, 11(9), 1280-1281.
- Singer, P. A. & Bowman, K. W. (2002). Quality end-of-life care: A global perspective. *BMC Palliative Care*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-1-4>
- Singh, S., Dafoe, A., Lahoff, D., Tropeano, L., Owens, B., et al. (2024). Processes through which palliative care social workers may improve goal-concordant care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(5), 790-791. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.02.464>
- Stajduhar, K. I., Funk, L., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S., et al. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 573-593. <https://doi.org/10.1177/0269216310371412>
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., Grambow, S., et al. (2001). Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 727-737. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(01\)00334-7](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00334-7)
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224 <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

- Sur, H. (2015). Tıbben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü?. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 36, 36-41.
- Tantrarungroj T., Ocharoen P. & Sachdev V. (2022). Grief reaction, depression, anxiety, and coping of relatives after palliative patients' death in Thailand. *PLOS ONE*, 17(10), 1-13 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276583>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). *Ulusal kanser programı 2009-2015*. (Bakanlık Yayın No: 760). M. Tuncer (Ed.). Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/2817/0/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023, Ekim). *Dünya Palyatif Bakım Günü*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html> Erişim Tarihi: 13.03.2024
- Tekindal, M. & Uğuz Arsu, Ş. (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1), 153-182.
- Thompson, N. (2011). *Grief and its challenges*. New York: Palgrave Macmillan.
- Thulstrup Paulsen, B., Kærgaard Johansen, M. L., Kjærsgaard Lund, S., Enggaard, H. & Jørgensen, L. (2024). Anticipatory grief- A neglected phenomenon among relatives of patients with incurable cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 74, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102730>
- Toyama, H. & Honda, A. (2016). Using narrative approach for anticipatory grief among family caregivers at home. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2333393616682549>
- Treml, J., Schmidt, V., Nagl, M. & Kersting, A. (2021). Pre-loss grief and preparedness for death among caregivers of terminally ill cancer patients: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 284, 114240. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114240>
- Turgut, A. Ş. & Soyulu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460–476. <https://doi.org/10.33417/TSH.662982>
- Türk Dil Kurumu. (t.y.). *Palyatif*. Güncel Türkçe Sözlük. 20 Şubat 2024 tarihinde <https://sozluk.gov.tr>
- Türk, U. (2023). *Bilişsel bozukluk hastalarına bakım verenlerde beklentisel yas ve ilişkili faktörler* (Tez no. 786205) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Uzelli Yılmaz, D. & Sarı, D. (2017). Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 20(2).
- Ünal, E. (2019). *An interpretative phenomenological analysis of anticipatory grief: Getting stuck between the problems of the present and the future* (Tez no. 567746) [Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Wen, F. H., Chou, W. C., Hsieh, C. H., Chen, J. S., Chang, W. C., et al. (2021). Distinct death-preparedness states by combining cognitive and emotional preparedness for death and their evolution for family caregivers of terminally ill cancer patients over their last 6 months of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 503-511. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.131>
- Wong, M. S. & Chan, S. W. C. (2007). The experiences of Chinese family members of terminally ill patients – A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2357–2364. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01943.x>
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 4th edition. New York: Springer Publishing Company
- World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee* (WHO Technical Report Series, No. 804). <https://iris.who.int/handle/10665/39524>
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/77932>
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines (2nd ed.)*. World Health Organization, Geneva. <https://iris.who.int/handle/10665/42494>

- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/en>
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (2nd ed.). London, UK: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Yağar, F. (2023). Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi: Veri doygunluğu. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 138-152. <https://doi.org/10.38122/ased.1030365>
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. 11. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.





8. EKLER

8.1. EK 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Sizi “Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Ölümüne Hazır Olma Durumları ve Beklentsel Yas Süreçleri” başlıklı çalışmaya davet ediyoruz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan içtenlikle cevaplamanızdır. **Bu formu okuyup sözel olarak onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.** Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Sizden bu araştırmaya katılmanız için hiçbir ücret talep edilmeyecek, size de ayrıca herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Veri toplamak için yapılacak yüz yüze görüşmenin süreci yaklaşık 45 dakika sürecektir. Görüşme süreci daha sonra analiz edilmek üzere yalnızca ses kaydı yapılarak kayıt altına alınacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya ...@erbakan.edu.tr veya ...@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Bu çalışmadan edinilen bilgiler çalışmamızda yer alan akademik kişiler haricinde kimse ile paylaşılmayacaktır. **Soruları doğru ve eksiksiz doldurmanız önemlidir. Lütfen boş soru bırakmayınız.**

Doç Dr. Hasan Hüseyin TEKİN
Necmettin Erbakan Üniversitesi
N.K Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Y.L. Öğrencisi Fatma BULUT ŞAHİN
Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sosyal Hizmet ABD
Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

8.1.EK 2 Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Görüşme Formu

Görüşme Hakkında Bilgiler	
Görüşme Tarihi:	
Görüşme Başlama Saati:	
Görüşme Bitiş Saati:	
Katılımcı Hakkındaki Bilgiler	
Cinsiyet:	
Yaş:	
Eğitim Durumu (Son Bitirdiği Okul):	
Aylık Ortalama Gelir:	
Gelirin Giderleri Karşılama Durumu:	
Hastaya yakınlık (eş/kardeş/çocuk/ebeveyn/torun):	
Eşi ise kaç yıldır evlisiniz?	
Ne zamandır hastaya bakım veriyorsunuz?	
Geçmişte herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi?	
Hasta Hakkındaki Bilgiler	
Cinsiyet:	
Yaş:	
Eğitim Durumu (Son Bitirdiği Okul/Bölüm):	
Hastalık Öncesi Yaptığı İş:	
Hastalık tanısı nedir?	
Hastalık tanısı ne zaman kondu?	
Ne zamandır palyatif bakım servisinde kalıyorsunuz?	
Terminal döneme ne zaman girdiniz?	
Terminal döneme girdiğiniz bilgisini size kim verdi?	
Terminal dönem hakkında bilgilendirildiniz mi?	
Bakım Veren Aile Üyesinin Hasta ile İlişkisi	
1. Kendinizi nasıl tanımlarsınız? a. Aile içindeki rolünüz nedir? Hastalıktan önce ve sonra olarak tanımlayabilir misiniz?	
2. Hastayı nasıl tanımlarsınız? a. Sizin hayatınızdaki rolü nedir? Sizin için anlamı nedir?	
3. Hasta ile ilişkiniz daha öncesinde nasıldı?	
4. Hastalıktan sonra hastanın sizin hayatınızdaki yeri ve hastaya bakışınız değişti mi?	

EK 2 Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Görüşme Formu (Devamı)

Hastalık Süreci ve Palyatif Bakım Deneyimleri
<ol style="list-style-type: none">1. Hastanın hastalığı ve seyri (ilerleyişi) hakkında bilgi verebilir misiniz?<ol style="list-style-type: none">a. Hastalığı öğrendiğinizde ne düşündünüz, ne hissettiniz, nasıl tepki verdiniz?2. Hastanızın palyatif bakıma alınması süreci hakkında bilgi verebilir misiniz?<ol style="list-style-type: none">a. Hastanızın palyatif bakıma alınacağını öğrendiğinizde ne düşündünüz, ne hissettiniz, nasıl tepki verdiniz?3. Terminal dönem sizin için neyi ifade ediyor?4. Hastanızın terminal dönem süreci hakkında bilgi verebilir misiniz?<ol style="list-style-type: none">a. Hastanızın terminal döneme girdiğini öğrendiğinizde ne düşündünüz, ne hissettiniz, nasıl tepki verdiniz?5. Terminal dönem sürecinden sonra ölüme karşı olan tutumunuzda ne gibi değişiklikler oldu?6. Terminal dönem sürecinden sonra yaşama anlam ve amacınızda ne gibi değişiklikler oldu? (<i>İstekleriniz, ihtiyaçlarınız, talepleriniz, günlük rutinleriniz vs.</i>)7. Terminal dönemdeki hastanıza bakmanın sizin için önemi nedir? (<i>Sevgi, zorunluluk, dini inançlar, toplumsal kaygı vb.</i>)8. Palyatif bakım servisi hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz? (<i>Fiziksel koşullar, sağlık personeli, psiko-sosyal destek, yeme içme temizlik vb. hizmetler</i>)9. Sizce, terminal dönemdeki palyatif hastalarına bakım veren refakatçilerin gereksinimleri nelerdir?
Ölüme Hazırlık-Beklentisel Yas Süreci Deneyimleri
<ol style="list-style-type: none">1. Ölümün sizin için anlamı nedir?2. Hastanın vefatını ne sıklıkla düşünüyorsunuz?3. Beklentisel (Beklenen, olası, hazırlanan) yas süreci denilince aklınıza ne geliyor?4. Hastanızın beklenen vefatı sizi genel olarak nasıl etkiledi?<ol style="list-style-type: none">a. Hastanın beklenen vefatı bedensel sağlığınızı nasıl etkiledi?b. Hastanın beklenen vefatı ruhsal sağlığınızı nasıl etkiledi?c. Hastanın beklenen vefatı sosyal hayatınızı nasıl etkiledi?5. Hastanın vefat edeceği fikriyle nasıl baş ediyorsunuz? (<i>Hasta ile iletişim, yakınlar ile iletişim, anılar, ibadet vb.</i>)6. Hastanın yaklaşan vefatına sizi hazırlayan unsurlar nelerdir?<ol style="list-style-type: none">a. Sağlık personelinin (doktor, hemşire, şu, psikolog vb.) katkıları neler?b. Manevi destek sürecinin (dua, ibadet, din insanı) katkıları nelerdir?c. Sosyal çevrenizin (aile, akraba, arkadaş, diğer hasta refakatçileri) katkıları nelerdir?8. Hastayla son günleriniz nasıl geçiyor, hasta başında neler yapıyorsunuz?9. Hastanızın hastanede mi yoksa evde mi vefat etmesini beklersiniz? Neden?10. Terminal dönemde olmanıza rağmen hastanızın iyileşeceğine dair umudunuz hakkında neler söylersiniz? (<i>Umut varsa kaynakları nelerdir?</i>)11. Hastanın olmayacağı bir geleceği düşündüğünüzde neler hissediyorsunuz?

8.1.EK 3 Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararı



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

Toplantı Sayısı: 40	Toplantı Tarihi: 03.01.2024
---------------------	-----------------------------

Karar Sayısı:2024/658:(Başvuru ID: 17433) N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Birey ve Toplum Sorunları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN'in "Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Ölüme Hazır Olma Durumları ve Beklentisel Yas Süreçleri" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci Fatma BULUT ŞAHİN'in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Birey ve Toplum Sorunları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

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

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN
Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma BULUT ŞAHİN

ASLI GIBİDİR
03.01.2024

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

8.1. EK 4 Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin formu



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Konya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesi

Sayı: E-79735520-79
Konu: Şubat Ayı EPK Toplantısı

07.02.2024

**EĞİTİM PLANLAMA KURULU
(EPK)**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Fakültesi Sağlık Bilimleri Sosyal Hizmet Bölümü Birey ve Toplum Sorunları Anabilim Dalı Doç.Dr. Hasan Hüseyin TEKİN'in sorumlu araştırmacı olduğu hastanemiz çalışan sosyal çalışmacı Fatma BULUT ŞAHİN'in yardımcı araştırmacı olduğu, "Terminal Dönemdeki Palyatif Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Ölümüne Hazır Olma Durumları ve Beklentsel Yas Süreçleri" başlıklı çalışmanın Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimler Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul izni alınmış, nitel çalışmanın hastanemizde yapılmasının, uygun olduğuna (07.02.2024 tarih ve 01-19 no'lu karar gereği) oy birliğiyle karar verilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet MERMER
SUAM Müdürü-Hastane Başhekimi