

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

YAŞAMIN SON DÖNEMİNDEKİ HASTALARIN
YAKINLARINA UYGULANAN AFFETME
PSİKOEĞİTİMİNİN AFFETME, ÖLÜM KAYGISI VE
BAKIM YÜKLERİNE ETKİSİ

MERVE ŞAHİN
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN

AYDIN-2023

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimi ile bana her zaman destek olan, tezimin hazırlanma sürecinin her aşamasında desteğini ve zamanını benden esirgemeyen, katkılarıyla bana yol gösteren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum kıymetli danışmanım Sayın Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN'a derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince bilimsel bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, güler yüzünü ve yardımlarını hiç eksik etmeyen, manevi desteğini her daim hissettiğim değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üye. Mehtap KIZILKAYA'ya desteği için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince akademik bilgi ve becerileri kazanmamı sağlayan, her konuda yardımcı olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Filiz ADANA'ya güveni ve desteği için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini içten duygularla paylaşan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a emeği ve yardımları için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Affetme psikoeğitim programının hazırlanmasında değerli görüş ve önerileriyle katkıda bulunan değerli hocalarım, Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ ve Sayın Prof. Dr. Esra ENGİN'e ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmaya katılan ve araştırmanın gerçekleştirilmesini sağlayan kıymetli hasta yakınlarına; doktora tez sürecimin hızlanmasında katkısı olan, manevi destek ve yardımlarıyla yanımda olan değerli hekim ve hemşire arkadaşlarıma; yüksek lisans eğitimine beraber başladığımız, doktora eğitimi boyunca da birbirimize yol arkadaşı olduğumuz Eda MERT'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Benim bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi, sabır ve sevgilerini esirgemeyen, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim babaannem Sabriye ŞAHİN, kardeşim Sevilay ŞAHİN, halalarım Sevim ve Hülya ŞAHİN'e, özellikle bu günlere gelmemi sağlayan ancak göremeyen, varlığını her daim yanımda hissettiğim canım dedem Hayrettin ŞAHİN ve babam Nedim ŞAHİN'e en içten duygularıyla sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Merve ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Yaşam Sonu Bakım	7
2.1.1. Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler.....	7
2.1.2. Yaşam Sonu Bakımın Amaçları	8
2.1.3. Yaşam Sonu Bakımda Hasta Yakınlarının Önemi	8
2.2. Affetme.....	10
2.2.1. Affetme ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler	10
2.2.2. Affetmenin Boyutları.....	12
2.2.2.1. Kendini Affetme	12
2.2.2.2. Başkalarını Affetme.....	12
2.2.2.3. Durumu Affetme	13
2.2.3. Affetme Modelleri	13

2.2.3.1. Worthington Affetme Modeli	13
2.2.3.2. Enright Affetme Süreç Modeli	14
2.2.3.3. Gordon ve Baucom Affetme Modeli	16
2.2.3.4. Hargrave Affetme Modeli	16
2.2.4. Affetmeyi Etkileyen Faktörler	17
2.2.4.1. Özür, Empati, Zararın Şiddeti	17
2.2.4.2. Kişilik Özellikleri	18
2.2.4.3. Dindarlık	18
2.2.4.4. Cinsiyet	19
2.2.4.5. Yaş	20
2.2.4.6. Kültür	20
2.2.5. Affetmenin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	21
2.2.6. Affetme ile İlgili Yapılmış Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar	22
2.3. Ölüm Kaygısı	26
2.3.1. Ölüm Kaygısı ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler	26
2.3.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar	28
2.3.2.1. Psikanalitik Kuram	28
2.3.2.2. Varoluşçu Kuram	28
2.3.2.3. Bilişsel Kuram	29
2.3.2.4. Dehşet Yönetim Kuramı	29
2.3.3. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları	30
2.3.3.1. Kültürel (Sosyolojik) Savunmalar	30
2.3.3.2. Bireysel (Psikolojik) Savunmalar	30
2.3.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler	31
2.3.4.1. Yaş	31
2.3.4.2. Cinsiyet	32

2.3.4.3. Medeni Durum.....	32
2.3.4.4. Fiziksel Hastalık	32
2.3.4.5. Ruhsal Hastalık.....	33
2.3.4.6. Yaşam Olayları	33
2.3.4.7. Kişilik Özellikleri	34
2.3.4.8. Sosyokültürel Özellikler ve Din	34
2.3.5. Ölüm Kaygısı ile İlgili Yapılmış Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar	35
2.4. Bakım Yüğü.....	36
2.4.1. Bakım Yüğü ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler.....	36
2.4.2. Bakım Yüğü Etkileyen Faktörler.....	37
2.4.2.1. Yaş	37
2.4.2.2. Cinsiyet.....	37
2.4.2.3. Sosyal Destek Alma Durumu	37
2.4.2.4. Sağlık.....	37
2.4.2.5. Sosyoekonomik Durum	38
2.4.3. Bakım Yüğü ile İlgili Yapılmış Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar	38
2.5. Yaşamın Son Dönemindeki Hasta Yakınlarında Affetmeyi Arttırmada, Ölüm Kaygısı ve Bakım Yüğü Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. Araştırmanın Tipi	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	43
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	44
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	44
3.5. Araştırmaya Alınma, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri	45
3.5.1. Alınma Kriterleri	45
3.5.2. Dışlanma Kriterleri	45

3.5.3. Çıkarılma Kriterleri	45
3.6. Randomizasyon	46
3.7. Affetme Psikoeğitiminin Hazırlanması Süreci	49
3.7.1. Pilot Çalışma	50
3.7.2. Affetme Psikoeğitiminin Uygulanma Süreci.....	51
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	54
3.9. Veri Toplama Araçları.....	54
3.9.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 2)	54
3.9.2. Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ) (Ek 2)	54
3.9.3. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ) (Ek 2)	55
3.9.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ) (Ek 2)	56
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ve Uygulanan İstatistiksel Analizler	56
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	57
4. BULGULAR	58
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	72
5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar	74
6.2. Öneriler.....	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER	100
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney ve Kontrol Grubu için)	100
Ek 2. Anket Formu	110
Ek 3. Heartland Affetme Ölçeği Kullanım İzni.....	116
Ek 4. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni.....	117

Ek 5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanım İzni	118
Ek 6. Etik Kurul İzni	119
Ek 7. Etik Kurul Değişiklik Sonrası Onayı	120
Ek 8. Kurum İzni	122
Ek 9. Affetme Psikoeğitim Programının İeriği.....	124
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	135
ÖZ GEÇMİŞ.....	136



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	: American Cancer Society
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Edinilmiş İmmun Yetmezlik Sendromu
BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
HAÖ	: Heartland Affetme Ölçeğı
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TPÖKÖ	: Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
$\bar{X}$	: Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın CONSORT akış şeması.....	47
Şekil 2. Uygulama şeması	53
Şekil 3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.....	59
Şekil 4. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği kendini affetme ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.....	61
Şekil 5. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği başkalarını affetme ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.....	63
Şekil 6. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği durumu affetme ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.....	65
Şekil 7. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.....	67
Şekil 8. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.....	69

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma modeli	43
Tablo 2. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması.	58
Tablo 4. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği kendini affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	60
Tablo 5. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği başkalarını affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	62
Tablo 6. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği durumu affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	64
Tablo 7. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	66
Tablo 8. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	68

ÖZET

YAŞAMIN SON DÖNEMİNDEKİ HASTALARIN YAKINLARINA UYGULANAN AFFETME PSİKOEĞİTİMİNİN AFFETME, ÖLÜM KAYGISI VE BAKIM YÜKLERİNE ETKİSİ

Şahin M. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Bu araştırma yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin, hasta yakınlarının affetme, ölüm kaygısı ve bakım yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada ön test, son test, bir aylık ve üç aylık izlem randomize kontrollü deneysel yöntem kullanılmıştır. Araştırma İzmir İl Merkezi'ne bağlı Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi'nde, Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında yatan yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları ile yürütülmüştür. Araştırma örneklemine randomizasyon yöntemi ile belirlenen 56 (Deney:28 ve Kontrol:28) hasta yakını alınmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Heartland Affetme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Ki-Kare Testi, Fisher Ki-Kare Testi, bağımsız örneklem t testi ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada deney grubu hasta yakınlarının son test, birinci ay ve üçüncü ay affetme puan ortalamaları, kontrol grubu hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). Deney grubu hasta yakınlarının son test, birinci ay ve üçüncü ay ölüm kaygısı ve bakım verme yüğü puan ortalamalarının, kontrol grubu hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.000$).

Sonuç: Bu çalışmada yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına verilen affetme psikoeğitiminin, hasta yakınlarının affetme eğilimlerini artırdığı, ölüm kaygısı ve bakım yüklerini azalttığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına, palyatif bakım birimlerinde belli aralıklarla grup ya da bireysel affetme psikoeğitiminin planlanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Affetme, Bakım yüğü, Hasta yakını, Ölüm kaygısı, Psikiyatri hemşireliği.

ABSTRACT

THE EFFECT OF FORGIVENESS PSYCOEDUCATION APPLIED TO THE PATIENTS RELATIVES IN THE END OF LIFE ON FORGIVENESS, DEATH ANXIETY AND CARE BURDENS

Şahin M. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Psychiatric and Mental Health Nursing Program, Doctorate Thesis, Aydın, 2023.

Aim: This research was conducted to examine the effect of forgiveness psychoeducation applied to the patients relatives in the end of life on forgiveness, death anxiety and care burdens of their relatives.

Materials and Methods: In the study, pre test, post test, one month and three month follow up randomized controlled experimental method were used. The research was carried out in Bergama Necula-Mithat Öztüre State Hospital affiliated to İzmir City Center, between June 2021 and June 2022 with the patients relatives in the end of life. The patients relatives of 56 (Experimental: 28 and Control: 28) determined by the randomization method were included in the study sample. Data were collected using Personal Information Form, Heartland Forgiveness Scale, Thorson Powell Death Anxiety Scale, and Caregiver Burden Scale. In the analysis of the data, in addition to descriptive statistics, Chi-Square Test, Fisher Chi-Square Test, independent sample t test and two-way analysis of variance in repeated measurements test were used.

Findings: In the study, it was found that post test, first month and third month mean forgiveness scores of the patients relatives in the experimental group were statistically significantly higher than the patients relatives in the control group ($p=0.000$). It was found that the post test, first month and third month mean death anxiety and caregiving burden scores of the patients relatives in the experimental group were statistically significantly lower than the patients relatives in the control group ($p=0.000$).

Conclusion: In this study, it was concluded that the forgiveness psychoeducation given to the patients relatives in the end of life increased the tendency of forgiveness of the patients relatives and reduced their death anxiety and care burdens. It has been recommended to plan group or individual forgiveness psychoeducation at certain intervals in palliative care units for the patients relatives in the end of life.

Key Words: Forgiveness, Care burden, Patient relative, Death anxiety, Psychiatric nursing.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşam süresinin uzaması, kanser, kronik hastalıklar ve dejeneratif nörolojik hastalıklardaki artış, hastane yatışlarının ve tedavi sürelerinin uzamasına, hastaların uzun süreli bakım ihtiyacına neden olmaktadır (Hudson ve diğerleri, 2010). Yaşam sonu bakım; tedavi edilemeyen ve yaşamı tehdit eden hastalıklar nedeniyle yaşamın son dönemindeki hastaların acısını dindirme veya önlemeyi, hastaların fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin belirlenip karşılanmasını amaçlayan bir bakım türüdür (WHO, 2021).

Yaşam sonu bakım, hasta ve hasta yakınlarının, ölümcül hastalık tanısı konulmasından yas evresine kadar uzanan bir süreç olarak görülmektedir (Elçigil, 2012). Bu süreçte hemşirelik bakımının yanı sıra ölümcül hastalık tanısı olan bireyin yakınından; refahı sağlama, acıyı azaltma, hastanın bakımı sırasında yaşam sonu bakımı kolaylaştırmak için özbakım, yara bakımı, beslenme, pozisyon verme gibi çeşitli görevleri yerine getirme ve sürekliliğini sağlamada yardımcı olmaları beklenmektedir (Nijboer ve diğerleri, 2000; Van der Lee ve diğerleri, 2018). Bu sürecin hasta ve onlara bakım veren hasta yakınları üzerine birtakım olumlu ve olumsuz etkileri olmaktadır. Hasta yakınları üzerine olumlu etkileri; hasta yakınlarının bakım verdiği hasta ile sevgi ilişkisinin artması, diğer bireylerden sosyal destek alması, yaşadığı olaylara ve deneyimlere anlam bulması, kendine daha fazla saygı duyması ve hastası ile ilişkilerinin daha fazla gelişmesi olarak bildirilmektedir (Hudson ve Aranda, 2014; Krug ve ark, 2016). Bakım vermenin bu olumlu özelliklerinin yanı sıra hasta yakınları, hastalığa bağlı olarak hastalarının yaşadıkları semptomların yönetimi, ekonomik zorluklar gibi güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Hudson ve Aranda, 2014; Hudson ve diğerleri, 2010; Krug ve ark, 2016). Ayrıca hasta yakınları bakım verme konusunda bilgi ve becerilerinin olmaması, hastalarına bakım verirken yanlış yapma, zarar verme ve yapılması gereken uygulamaları yapamama gibi nedenlerle kaygı da yaşamaktadırlar (Aksakal, 2014). Aslında yaşamın sonuna yaklaşmış bireylere bakım verme nedeniyle yaşanan olumsuzluklar, hasta yakınına fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen bir yük olarak görülmektedir (Fujinami ve diğerleri, 2015). Literatürde bu durum, bakım yükü olarak adlandırılmaktadır (Adelman ve diğerleri, 2014; Arslantaş ve Adana,

2011; Awad ve Voruganti, 2008; Schene ve diğerleri, 1998). Sürekli bakım vermenin getirdiği bakım yükü, hasta yakınlarının kendilerine yeterince zaman ayırmalarını engellemekle birlikte, ruhsal sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Başka bir deyişle bakım yükü, bakım verenlerin kendi işlevselliklerinde bozulma sonucu, fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunların neden olduğu sıkıntı durumudur (Adelman ve diğerleri, 2014). Bunun sonucunda hasta yakınları hastalarını kaybetme korkusunun yanında, mutsuzluk, huzursuzluk, depresyon, sosyal izolasyon, kaygı, öfke, korku, suçluluk, endişe, umutsuzluk ve utanç duyguları gibi duygusal ve psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar (Hudson ve Aranda, 2014; Hudson ve diğerleri, 2010; Krug ve diğerleri, 2016). Adelman ve diğerleri (2014)'nin palyatif bakım hasta yakınlarının bakım yükünü incelediği çalışmada, bakımını üstlendiği hastasıyla aynı evde kalan, bakımı için fazla zaman harcayan hasta yakınlarında bakım yükünün arttığı ve bu nedenle de sosyal izolasyon, ekonomik kaygılar ve depresyon gibi duygusal ve ruhsal sıkıntılar yaşadıkları bildirilmiştir. Hasta yakınlarının en yoğun yaşadığı diğer ruhsal sıkıntılar; korku, sıkıntı hissi, çaresizlik, ağlama isteği, ümitsizlik, konuşmak istememe, güçsüzlük, anksiyedir. Ayrıca, hastasının sona doğru yaklaştığını görmesi bireyde kaybetme korkusu ve ölüm kaygısı duygularının oluşmasına neden olmaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003; Haun ve diğerleri, 2014; Karaaslan, 2013; Uslu ve diğerleri, 2018). Aslında ölüm kaygısı, ölüm beklentisinin bir sonucu olarak bilinçli ya da bilinçsiz olarak ortaya çıkmakta ve hasta yakınlarını rahatsız edici kaygı, korku veya huzursuzluktur (Neimeyer, 1997). Semenova ve Stadtlander (2016) tarafından yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları ile yapılan çalışmada, hasta yakınlarının ölüm kaygısının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada ölüm kaygısı baş etmeyi engelleyen bir faktör ve psikolojik sıkıntının da önemli bir yordayıcısı olarak görülmüştür. Hasta yakınları çoğunlukla kendi hissettikleri bu duyguları görmezden gelerek bakımını sağladıkları hastalarının moralini yüksek tutmaya çalışmaktadırlar (Nijboer ve diğerleri, 2000). Aslında, hasta yakınları bunu yaparken çok ciddi bir çaba sarf etmekte, kendilerine dair birçok duyguyu inkar etmekte ve bastırmak zorunda kalmaktadırlar. Bu da, her şeyi kendi iç dünyalarında yaşayan hasta yakınları için ruhsal bir çökkünlüğe ve diğer hastalıklara zemin hazırlamaktadır (Nijboer ve diğerleri, 2000).

Yaşamın son dönemindeki hastalar ve yakınlarının bütüncül bakımını yerine getirmekte olan hemşireler, çoğu zaman hastalara odaklanıp hastaların gereksinimlerini karşılarken, hasta yakınlarının ihtiyacı olan gereksinimleri, yaşadığı korkular ve endişeler hakkında konuşmak için vakit ayıramamaktadırlar (Adelman ve diğerleri, 2014).

Hasta yakınlarının bu şekilde yok sayılmaları, bir süre sonra "görünmez" bireyler haline gelmelerine, dolayısıyla karşılanmamış psikososyal gereksinimlere ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır (Adelman ve diğerleri, 2014; Hudson ve Aranda, 2014). Ayrıca hasta yakınları bu sıkıntıları daha fazla yaşamaları, hasta yakınlarının hastalarıyla olan iletişimlerinin bozulmasına, hastalarına uygun şekilde yardım edememelerine, destek olamamalarına ve bakım verme sorumluluklarını tam olarak yerine getirememelerine de neden olmaktadır (Sarı ve diğerleri, 2010). Oysaki günümüzde bilimsel ve tıp alanındaki gelişmelerle yaşamın son dönemindeki hastalar ve yakınları, hastalık belirtilerini azaltan, yaşam kalitelerini iyileştiren palyatif bakım birimlerinde bakım ve tedavi almaktadır (Eues, 2007). Etkili bakım ve tedavinin de başarıya ulaşmasında hastanın olduğu kadar hasta yakınlarının da bakım ve tedavi sürecine dahil edilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Sperner-Unterweger, 2010).

Yaşamın sonuna gelmiş hastaların yakınlarının yas sürecini daha uyumlu geçirmelerini, hastalarının ölümüne kadar geçen süreyi daha anlamlı kılmalarını ve psikolojik iyi oluşlarını sağlamak için affetmenin önemli bir süreç olduğu öne sürülmektedir (McCullough ve diğerleri, 1997). Affetmek, bireyin kendine, başkasına veya duruma karşı öfke, kırgınlık, kızgınlık gibi duygularla baş etmesi, maruz kalınan durumun üzüntüsü ve etkilerini inkar etmesi değil, sevgi, merhamet ve yardımseverlik hislerini göstermeye çabalamasıdır (Enright ve diğerleri, 1992).

Affetmek, fiziksel, ruhsal sağlığı ve psikolojik iyi oluşu etkilemektedir. Affetmek, kişinin kontrol, özsaygı ve özdeğer duygularını yeniden kazanmasını sağlamaktadır (McCullough ve diğerleri, 1997). Affetmek, kişiye manevi ve ruhsal olgunluk kazandırırken öfke, suçluluk, utanç, kaygı, pişmanlık ve üzüntü gibi negatif duyguların azalmasına; kişinin sağlıklı ilişkiler kurmasına; ikili ilişkilerde ilişki doyumunun artmasına; kişinin anı yaşama becerisini geliştirmesine yardımcı olmaktadır (McCullough ve diğerleri, 1997). Aynı zamanda affetmek, kişinin sağlıklı ilişkiler kurmasını, ilişki doyumunun artmasını ve ölümü kabul etmesini sağlamaktadır (Tekinalp ve Terzi, 2012).

Worthington ve Scherer (2004) affetmenin, duygu odaklı başa çıkma yöntemi olduğunu ve yaşam doyumu, psikolojik iyi oluş, ruhsal ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkilediğini ifade etmektedir. Kramer ve diğerleri (2006) tarafından yaşamın son dönemindeki hasta ve aileleri ile yapılan çalışmada da, yaşamın son döneminde yarım kalmış-çözülmemiş aile içi çatışmaların ortaya çıktığı ve bu sorunların ruhsal sıkıntılara, hastaların acı çekmesine neden olduğu belirtilmektedir. Botcharova (2007) kişilerarası

çatışmayı çözmede yaşanan acılarla yüzleşmenin bireyleri intikam duygusundan alıkoyacağını ve affetme ile uzlaşmaya varılacağını belirtmektedir. Recine ve diğerleri (2019) tarafından hemşirelerle yapılan bir çalışmada, affetmeye karar veren hasta ve hasta yakınlarının, ilk olarak, suça ve suçluya karşı hissettikleri öfkenin kendileri için zararlı olduğunun farkına varmalarının sağlanması gerektiği ifade edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının, bu öfkeyi bırakmasının onları özgürleştireceği, acıyı azaltacağı ve iyileştireceği içgörüsünün de kazandırılması gerektiği belirtilmiştir.

Kongsuwan ve Locsin (2009) tarafından yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, hemşireler, hasta ve yakınlarının geçmiş hayatında iyi şeyler yapmadıklarına inandıklarını, bilinçli oldukları süre boyunca affetmeye ihtiyaç duyduklarını, bu konuda bireylerin motive edilmesi ve cesaretlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Festa ve Tuck (2000) tarafından hemşirelerle yapılan bir diğer araştırmada, affetmenin hastalıkları hafifletme ve iyileştirme üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle, affetmenin hemşirelik uygulamalarında, hasta ve yakınlarına bütüncül bakım sağlamada merkezi bir öneme sahip olduğu belirtilmiştir. Ferrell ve diğerleri (2014) tarafından palyatif bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada da, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarının affetme ile, öfkeyi bırakma ve hayatın kısalığını anlamaya yönelik yeni bir bakış açısı kazanabilecekleri ifade edilmiştir. Affetmenin, onlar için neyin gerçekten önemli olduğunun farkına varmalarını sağlamada ve bakım yükünü azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu süreçte, hemşireler tarafından hasta ve yakınlarının öfkeyi bırakmaları ve affetmeyi seçmeleri için yargılayıcı olmayan, ilgi gösteren, dinleyen, önemseyen, güvenilen insanlara açılmaya ve suç ya da suçlu ile ilgili duygularını paylaşmaya istekli olduklarının gözlemlendiği ifade edilmiştir. Böylece hemşireler, affetme ile yaşamın son dönemindeki hasta ve yakınlarına daha iyi bir bakım sağlanmış olacağını savunmuşlardır.

Baker (2005)'ın palyatif bakım hasta ve aileleri ile yapmış olduğu çalışmada, yaşamın son dönemindeki çoğu hastanın son anlarındaki bakışlarının umutsuzluk, suçluluk, acı ve üzüntü duygusu olarak yorumlandığı ifade edilmiştir. Hasta ve yakınlarının çözülmemiş, unutulmamış, onarılmamış, affedilmeyen aile ve kişilerarası sorunların, çatışmaların olduğu belirtilmiştir. Bu süreçte affetmenin, ölmekte olan hasta ve aileleri için paha biçilemez bir hediye olduğu savunulmuştur.

Bütün bunlardan anlaşıldığı gibi, hasta yakınları yaşamın son dönemindeki hastalarına bakım verirken fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden birçok sıkıntı yaşamaktadırlar.

Yaşadıkları bu sıkıntılardan dolayı hasta yakınları, yaşamın son dönemindeki hastalarına uygun şekilde yardım edememekte, destek olamamakta ve bakım verirken sorumluluklarını tam olarak yerine getirememektedirler.

Affetme; sonuç değil, bir süreçtir. Yaşamın son dönemindeki hastalarına bakım veren hasta yakınlarının hem fiziksel hem de ruhsal olarak iyileşmeleri, duygularını ifade edebilmeleri, sosyal hayatta huzurlu olmaları ve yaşamdan doyum sağlamaları için affetmenin önemli bir etken olduğu söylenebilir. Ayrıca hasta yakınlarının hem kendilerini hem de hastalarını anlamaları, hasta ile etkileşimlerinin artması, aralarındaki bağların güçlenmesinin yanı sıra olumsuz duygularının azalması, yas sürecini uyumlu ve anlamlı geçirmeleri, sorunlar, engeller karşısında sağlıklı çözümler bulmaları ve etkin baş edebilmeleri için yardımcı bir süreç olarak kullanılması uygun görünmektedir (Baker, 2005; Exline ve diğerleri, 2012; Ferrell ve diğerleri, 2014; Festa ve Tuck, 2000; Kongsuwan ve Locsin, 2009; Recine ve diğerleri, 2019; Toussaint ve diğerleri, 2014; Worthington ve Scherer, 2004).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireleri sadece bakımı uygulamakla kalmayıp aynı zamanda danışmanlık ve eğitici rolleriyle, aldıkları eğitimlerle bireysel ya da grup psikoeğitimleri uygulayabilmektedirler (T.C. Resmi Gazete, 2010). KLP hemşireleri, bu süreçte hasta yakınlarının öfke, suçluluk, üzüntü, pişmanlık gibi duygularını ifade etmeleri, baş etme yöntemlerini güçlendirmeleri, etkili destek güçlerini harekete geçirmeleri ve bunların hayatlarına olan etkisinin farkına varmaları için desteklemelidir (Ferrell ve diğerleri, 2014; McCullough ve diğerleri, 1997; Tekinalp ve Terzi, 2012; Wade ve diğerleri, 2005). KLP hemşirelerinin, rollerini göz önüne alarak, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına affetme psikoeğitimi uygulayarak affetme eğilimlerini arttırmada, ölüm kaygısı ve bakım yüklerini azaltmada etkili olabileceği gibi hasta yakınlarına gereksinim duyduğu bakım, eğitim ve danışmanlık desteğini de sağlayabileceği söylenebilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin affetme, ölüm kaygısı ve bakım yüklerine etkisini incelemektir.

1.3. Araştmanın Hipotezleri

Hipotez 1, H_0 : Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 1. ay ve 3. ay izlem testleri) anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 2, H_1 : Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 1. ay ve 3. ay izlem testleri) deney grubu lehine anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 3, H_0 : Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 1. ay ve 3. ay izlem testleri) anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 4, H_1 : Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 1. ay ve 3. ay izlem testleri) deney grubu lehine anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 5, H_0 : Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BYYÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 1. ay ve 3. ay izlem testleri) anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 6, H_1 : Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BYYÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 1. ay ve 3. ay izlem testleri) deney grubu lehine anlamlı farklılık vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Sonu Bakım

2.1.1. Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler

Yaşam sonu bakımı Amerikan Kanser Derneği; yaşamının son aşamasındaki hastaların semptom kontrolünün yapıldığı, sevdikleriyle beraber zaman geçirebildiği, yaşam kalitesine odaklanan aile merkezli bir bakım şeklinde tanımlamaktadır (ACS, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ise yaşam sonu bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşılaşan hasta ve yakınlarının fiziksel, spiritüel ve psikososyal semptomlarının tanınması ve değerlendirilmesi ile yaşam kalitesinin artırılması, ağrı ve diğer semptomların da hafifletilmesi ve önlenmesi ile iyileştiren hümanist yaklaşım ve bütüncül bir bakımdır (WHO, 2021).

Giersbergen ve Geçit (2017) yaşam sonu bakımı, sağlığın azaldığı, organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirdiği ve canlı olma durumunun sona erdiği süreç olarak tanımlamaktadır. Genel olarak, yaşam sonu bakım; artık tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, ölümün birkaç saatten birkaç hafta ya da bir aya veya istisnai durumlarda daha da uzun sürelere kadar uzayan bir zaman diliminde, ölmekte olan hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini yerine getirmek için psikososyal teknik ve becerilerinin kullanılmasını gerektiren, iyi ölümü kolaylaştıran, hasta ve ailelerine bu son evrede olabildiğince rahat ve huzurlu yaşayabilmeleri için verilen destek ve bakım programı olarak tanımlanabilir (Uysal, 2012).

Kısacası, yaşam sonu bakımda amaç, yaşamın süresini uzatmaktan ziyade fiziksel, ruhsal, spiritüel semptomları olan hastanın yaşamının son anına kadar olan süreçte yaşam kalitesini artırmaktır (Özçelik, 2020). Bireyin kaybından sonraki yas sürecinde de hasta yakınlarını desteklemektir (Kabalak ve diğerleri, 2013). Cicely Saunders ifade ettiği gibi "Bireyin yaşamına günleri değil, günlerine yaşam katmaktır." yaşam sonu bakımda hastanın kabulünden ölümüne kadar geçen sürecin temel prensibinin özetidir (Hospice, 2021).

2.1.2. Yaşam Sonu Bakımın Amaçları

Yaşam sonu bakımı, özel bir bakımdır. Yaşam sonu bakım; ölmekte olan hastalara, hastalığın son evresinde olan kanser hastalarına, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alzheimer ve AIDS hastalarına, ileri dönem organ yetmezliği olan hastalara (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin), hastalığına çare bulunmamış kişilere uygulanması gereken bir bakımdır.

Dünya Sağlık Örgütü (2012)' ne göre yaşam sonu bakımın amaçları;

Hasta ve yakınlarının,

- Ağrı, acı ve diğer semptomlarını azaltmak,
- Yaşamı onaylamak ve ölmeyi doğal süreç olarak kabul etmek,
- Ruhsal, psikososyal ve spiritüel yönden de bütüncül bir bakım sağlamak,
- Hastaların ölümüne kadar bireysel ve destekleyici bakım sunarak, bağımsız şekilde yaşamalarını sağlamak,
- Yaşam kalitesini yükselterek hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilmek,
- Hasta ve yakınlarının yas, üzüntü, korku, çaresizlik, affetme/affedebilme duyguları ile baş etmelerini sağlamak,
- Hastaların insan onuruna uygun onurlu, saygıdeğer, huzurlu ve iyi bir ölümün gerçekleşmesini sağlamak,
- Ölüm sonrası yas sürecinde, hasta yakınlarının gereksinimlerine multidisipliner bir yaklaşım ile danışmanlık yapmaktır.

2.1.3. Yaşam Sonu Bakımda Hasta Yakınlarının Önemi

Yaşamın son dönemindeki hastaya destek ve bakım sağlamak, çoğu zaman hastalığın akut evresi ile bitmemekte ve birkaç yıl devam etmektedir. Bazen, yaşamın son dönemindeki hastaya bakım vermek, günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak veya hastanın farklı görevleri yönetmesine yardım etmek de dahil olmak üzere tam zamanlı bir iş

gibidir (Kim ve Schulz, 2008). Bu uzun süreli bakım, sıklıkla evde eşler, ebeveynler, kardeşler veya çocuklar gibi önemli kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (Nijboer ve diğerleri, 2000). Hasta yakınları, hastaya primer bakım veren kişilerdir. Bu nedenle kanser, "korkulara, belirsizliğe, bozulan yaşam planlarına, yeniden düzenlenmiş programlara ve rutinlere, kişilerarası iletişimin değişmesine, varoluşsal endişelere, hane üyelerinin işleyişinde değişikliklere ve artan hane içi gerilime" neden olan bir aile hastalığı olarak kabul edilebilmektedir (Grov ve diğerleri, 2005). Hasta yakınlarının, bu süreç içinde edindikleri birtakım olumlu özellikler bulunmaktadır. Bunlar, bakım verdiği hasta ile sevgi ilişkisinin artması, diğer bireylerden sosyal destek alma, yaşadığı olaylara ve deneyimlere anlam bulma, kendine saygı duyma ve yakın ilişkilerin gelişmesidir. Hasta yakınları, bakım vermenin bu olumlu özelliklerinin yanı sıra hastalığa bağlı semptomlar, ekonomik zorluklar gibi güçlüklerle de karşılaşmaktadırlar (Hudson ve Aranda, 2014; Hudson ve diğerleri, 2010; Krug ve ark, 2016). Bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları bu güçlükler fiziksel, ekonomik ve psikososyal yaşamlarını etkilemektedir. (Hudson ve Aranda, 2014; Hudson ve diğerleri, 2010; Krug ve ark, 2016). Dolayısıyla, yaşamın son döneminde hastaların hayatında, fiziksel ve ruhsal sağlıklarında, görünümünde, sosyal hayatlarında, iş durumlarında ve gelecek planlarında ki değişimler doğrudan hasta yakınlarını da etkilemektedir (Nijboer ve diğerleri, 2000).

Yaşam sonu bakım hastalarına bakım veren hasta yakınları, hastalarını kaybetme korkusunun yanında, mutsuzluk, huzursuzluk, depresyon, umutsuzluk, sosyal izolasyon, kaygı, öfke, uykusuzluk, korku, endişe, suçluluk, tükenmişlik ve utanç gibi duygusal, fiziksel ve ruhsal sıkıntılar yaşamaktadırlar (Hudson ve Aranda, 2014; Hudson ve diğerleri, 2010; Krug ve diğerleri, 2016). Aslında, bakım verme, bakım veren hasta yakınlarını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkileyen bir yüküdür (Fujinami ve diğerleri, 2015).

Karaaslan (2013)'nın kanserli hastaların yakınları ile yaptığı bir çalışmada, hasta yakınlarının en çok yaşadığı ruhsal sıkıntılar; korku, sıkıntı hissi, ümitsizlik, ağlama isteği, çaresizlik, güçsüzlük ve konuşmak istememe olarak saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada, kanserli hastaların eşlerinin en yoğun yaşadığı duyguların, anksiyete, ümitsizlik ve ölüm kaygısı olduğu belirlenmiştir (Babaoğlu ve Öz, 2003).

Etkin baş etme stratejisine sahip olmayan hasta yakınları, çoğunlukla kendi hissettikleri duyguları görmezden gelerek bakımını sağladıkları hastalarının moralini yüksek tutmaya çalışmaktadırlar (Nijboer ve diğerleri, 2000). Aslında, hasta yakınları bunu yaparken çok ciddi bir çaba sarf etmekte, kendilerine dair birçok duyguyu inkar etmekte ve bastırmak zorunda kalmaktadırlar. Bu da, her şeyi kendi iç dünyalarında yaşayan hasta

yakınları için ruhsal bir çöökkünlüğe ve hastalıklara zemin hazırlamaktadır (Nijboer ve diğerleri, 2000).

Sağlık profesyonelleri, yaşam sonu bakım hastalarına bakım veren yakınları ile hastalının bakımı, onların yaşadığı korkular ve endişeler hakkında konuşmak için çoğu zaman vakit ayıramamaktadırlar (Adelman ve diğerleri, 2014). Hasta yakınlarının bu şekilde yok sayılmaları, bir süre sonra "görünmez" bireyler haline gelmelerine, dolayısıyla karşılanmamış psikososyal gereksinimlere ve yaşam kalitesinin de düşmesine neden olmaktadır (Adelman ve diğerleri, 2014; Hudson ve Aranda, 2014). Hatta kimi zaman da, yaşam sonu bakım gerektiren hasta yakınlarının ruh sağlığı ve psikososyal gereksinimleri, bakım verdikleri hastalarının gereksinimlerinden daha fazla olabilmektedir (Elçigil, 2012).

2.2. Affetme

2.2.1. Affetme ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler

Affetme kavramı, yıllar boyunca din, adalet ve felsefe alanlarında incelendiği görülmektedir. Yapılan çalışmalarla, ruh sağlığı alanında da söz edilir bir kavram olmaya başlamıştır (Rotter, 2001). McCullough, Pargament ve Thoresen (2000) psikolojide affetme kavramından uzak durulmasını, affetmenin dini bir konu olarak görülmesi ve uzun yıllar sadece gözlemlenebilir olgulara odaklanılmış olmasına bağlamaktadırlar.

Affetmenin ruh sağlığı, psikoterapi, psikofizyoloji, gelişim ve sosyal psikoloji alanlarında etkileri 1980'lerden sonra giderek artmıştır. Affetme konusuna ilgi artışının sebebi Worthington (1998)'a göre dünyanın birçok yerinde yaşanan çatışmalar rol oynamıştır. Affetme kavramı, günümüzde ruh sağlığı alanında popüler bir araştırma konusu haline gelmiştir (McCullough ve diğerleri, 2000). Affetme kelimesi, Türk Dil Kurumu "hoşgörü ile karşılamak", "bağışlamak", "birinin sorumluluğundaki bir görevden çıkmasına izin vermek" olarak tanımlamaktadır (TDK, 2021). Affetme, "özü kabul etme", "hataya göz yumma", "uzlaşma", "hata yapan kişiyi mazur görme", "incitici olayı unutma ve inkar etme" kavramları ile sıklıkla karıştırılmaktadır (McCullough ve Witvliet, 2002). Oysa, affetme kavramını; Smedes (1984), hatalı kişinin cezalandırılmadan bağışlanması; North (1987), hakkı olan öfke, nefret, kızgınlık gibi duyguların bastırılmasından gönüllü şekilde

vazgeçmesi; DiBlasio ve Proctor (1993), duygusal yaralanma ve ilişkilerin tamiri; Hargrave ve Sells (1997), zarar veren bir kişiye ilişkin öfkenin sonlandırılması; Piderman (2010) ise, kin ve acıdan, kızgınlık ve intikam düşüncesinden vazgeçmek şeklinde tanımlamaktadır.

Teorisyenlere göre ise affetme kavramının tanımları şu şekildedir:

Enright, Gassin ve Wu (1992) affetmeyi, "hatalı kişiye yönelik oluşan olumsuz düşünce ve duygularla (öfke, korku, düşmanlık) baş etmek, maruz kalınan durumun üzüntüsü ve etkilerini inkar etmek değil, zarar veren kişiye yönelik sevgi, merhamet ve yardımseverlik hislerini göstermeye çabalamak" şeklinde tanımlamaktadırlar.

Enright ve Coyle (1998) affetmeyi, "bireyin kendisini inciten ve kendisine zarar veren kişiye karşı sevgi ve merhamet göstererek, gücenme, darılma, kin tutma, öç alma gibi olumsuz davranma hakkından vazgeçmek" şeklinde tanımlamaktadırlar.

Enright ve Fitzgibbons (2000) affetmeyi, "bireyin haksızlığa uğradığını düşündüğünde, karşıt tepkilerden ve öfke duygusundan vazgeçmesi; zarar veren kişiye karşı sevgi, merhamet ve cömertliği içeren yardımseverlik ile tepki vermeye gayret etmek" şeklinde tanımlamaktadırlar.

Denham ve diğerleri (2005)'ne göre ise affetme, kişinin kendine yapılan hatayla ilgili hissettiği düşmanlık, kızgınlık, öfke ve korku gibi negatif duyguların sevgi, merhamet gibi pozitif duygulara dönüşmesidir. Yani incinen kişinin zararın bıraktığı izleri kabullenmesi ve gönüllü olarak cezalandırmaktan, öç almaktan ve kin tutmaktan vazgeçmesidir.

Bugay ve Demir (2012) affetmeyi, "kişinin zarara ilişkin nefret, öfke, hayal kırıklığı, kızgınlık ve intikam alma gibi olumsuz davranışlardan farkında olarak vazgeçmesi ve yerine merhamet, cömertlik, empatik anlayış ve sevgi gibi olumlu duygular ve tepkiler geliştirmek" şeklinde tanımlamaktadırlar.

Affetme konusundaki araştırmaların çoğu, kişinin başkalarını affetme istekliliğine odaklanmıştır (Ayten ve Gashi, 2012; Bugay ve Demir, 2011; Krause ve Ellison, 2003). Oysa affetme hem kendine dönük hem de kişilerarası affetme boyutları içeren bir süreçtir.

"Affetme"nin; kendini affetme, başkalarını affetme, durumların veya olayların affedilmesi olarak boyutları bulunmaktadır.

2.2.2. Affetmenin Boyutları

2.2.2.1. Kendini Affetme

Kendini affetme, bireyin kendine odaklanan bir yapıdır. Hall ve Fincham (2005)'e göre kendini affetme; kişinin kendisiyle çok çetin yüzleştiği, sancılı ve zor bir süreçtir. Breitbart (2018)'a göre ise kendini affetmenin ön koşulu, kişinin kendisinin koşulsuz sevgiye layık olduğuna inanmasıdır. Bu süreçte kişinin, yaptığı hatanın sorumluluğunu üstlenmesi ve hissettiği duyguları açıkça belirtmesi gerekmektedir. Yoksa kişi yaptığı hatayı duygusal ve bilişsel süzgecinden geçirmeden kendini affetme sürecine girerse, bu gerçek bir affetme olmayıp, inkar veya bastırma olacaktır.

Enright (1996)'a göre, "kendini affetmek, pişmanlık, utanç ve suçluluk duygusundan kaynaklanmaktadır." Örn. "Ben kötü biriyim" demek utanç hissettiren, acı veren aşağılayıcı bir duygudur. Böyle bir duyguya değersizlik, küçük düşme hissi, güçsüzlük ve çekingenlik duyguları eşlik etmektedir. Bunun yerine, "kötü bir şey yaptım" hissi ile belirli bir davranış üzerine odaklanmak gerekir. Böylece yapılan bir suça ilişkin öfke, pişmanlık, suçluluk gibi duygular özür dileme, yapılan hatayı itiraf etme gibi davranıştaki düzelmeyi sağlamaktadır. Aslında kendini affetme ile kişiler utanç, suçluluk, öz eleştiri, öfke duyguları ile sağlıklı bir şekilde baş etmektedirler.

2.2.2.2. Başkalarını Affetme

İnsanlar, başkası tarafından haksızlığa uğradığında hissettiği öfke, üzüntü, kızgınlık gibi duygulardan isteyerek vazgeçip, haksızlığa karşı sevgi, merhamet, cömertlik gibi olumlu duygular hissederse, gerçekten kişiyi affetmiş olur (Enright ve Fitzgibbons, 2000).

İncinen kişilerin bazıları yaşanan durumu ya da kişiyi mazur görerek, yok sayarak, tahammül ederek veya hoşgörü ile karşılayarak olumsuz duygularını azaltmaya çalışırken, bazıları da intikam alarak, kin güderek içini soğutmaya ve acılarını azaltmaya çalışabilir (Witvliet, 2005). Ayrıca suçlu kişi, incinen kişiye karşı hatanın sorumluluğunu inkar ederek, hatasını basite indirgeyerek, samimiyezsiz bir şekilde özür dileyerek veya savunmacı bir tavırla tepki vererek davranıyorsa incinen kişi için affetmek zor ve ruhsal olarak da endişeli

bir hale gelmektedir. Aslında, incinen kişi hatanın nedenleri ve sonuçları üzerine düşünüp, duruma karşı daha az suçlayan bir anlayış geliştirdiği zaman öfkeden merhamete doğru duygusal bir ilerleme sağlanmış olur (Rusbult ve diğerleri, 2005).

2.2.2.3. Durumu Affetme

Durumun affedilmesi, doğal afetler, hastalık gibi kişinin kontrolünün dışındaki olayları veya durumları affetmeyi kapsar. Sebebi olmayan bir olayı affedebilme eşsiz bir tutumdur. Olumlu beklentilerini yok eden olaylar karşısında örn. "iyi insanların başına sebepsiz yere kötü olaylar gelmez" ya da "ben sağlıklıyım" yargılarını taşıyan birisi kanser gibi bir hastalığa yakalandığında üzüntü, kızgınlık, öfke, suçluluk duygularıyla "bunu hak etmiyorum, hayatım mahvoldu" gibi olumsuz duygu ve düşünceler oluşturabilir. Nasıl ki, olumludan olumsuzu dönüşen düşünce ve duygular oluyorsa, aynı şekilde negatiften pozitif dönüşen bu gibi olaylar da affedilebilir (Thompson ve diğerleri, 2005).

2.2.3. Affetme Modelleri

2.2.3.1. Worthington Affetme Modeli

Worthington (2005)'a göre üç tür affetme bulunmaktadır:

a) Affetmeye Karar Verme Modeli: Hata yapan kişiye karşı kırgınlıkları affetme, kızgınlık, öfke, kırgınlık gibi duygulardan ve düşüncelerden kurtulmaya karar vermeyi gerektirir.

Affetmeye karar verme, kişinin zarar veren kişiye karşı davranışını değiştirmeye niyet etmesidir. Hata yapan kişinin devam eden bir ilişkiyi artık istememesi durumunda intikam almaktan, kin tutmaktan, zarar vermekten kaçınmak için özel bir davranışsal olarak niyet ifadesidir (Worthington, 2005).

b) Duygusal Affetme Modeli: Hata yapan kişiye, olaya, duruma yönelik olumsuz duyguların olumlu duygularla değiştirilmesidir. Aslında, affetme öfke, kızgınlık gibi negatif duyguların azalmasına ve hata yapan bireye yönelik merhamet, sevgi, duygudaşlık, empati

gibi olumlu duyguların artmasına neden olmaktadır (Wade ve diğ erleri, 2005).

Worthington (1998) tarafından geliştirilen "Worthington Affetme Piramit Modeli"dir. Bu model, "REACH" kelimesi ile kısaltılan, belirli bir hatayı affetmeye yönelik beş aşamadan oluşmaktadır (Worthington, 2001; Worthington, 1998).

R–(Recall) "Hatırlama/Duyguları uyandırma":  z nt /acı veren kırgınlıklarınızı düşünmek ve hatırlamak.

E–(Empathize) "Empati": İnciten kişinin bakış açısını anlamaya çalışmak.

A–(Altruism) " zgecilik/Başkalarını düşünme":  zgecil bir şekilde affetmeye karar vermek.

C–(Committing) "Söz vermek": Sizi inciten kişiyi alenen affetmek ve affettiğinizi ifade etmek.

H–(Holding On) "Sözünde durmak/Sürdürmek": Kırıldığınızı unutmamak, fakat affetmeyi seçtiğinizi kendinize hatırlatmak.

c) Kişilerarası Affetme Süreci: Zarar veren kişiyle devam eden bir ilişki içinde olup olunmaması durumunda, affetme ya suçlu ile incinen kişi arasında veya arkadaş gibi üçüncü bir kişinin desteği ile sağlanmaktadır. Affetme süreci, genellikle zarar veren kişi ile üçüncü kişinin eşliğinde sağlanır. Böylece, hesaplaşma oluşabilmekte, ancak iletişim devam etmemektedir (Worthington, 2005).

2.2.3.2. Enright Affetme Süreç Modeli

Enright (1996) affetmeyi süreç müdahale modeli olarak sunmuştur.

Affetme Süreç Modeli, kendini ve başkalarını affetme olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu süreçte müdahaleler; ortaya çıkarma, karar, çalışma ve derinleşme olarak dört aşamada gerçekleştirilmektedir.

Ortaya ıkarma Evresi

1. Etkisiz baş etme mekanizmalarının (bastırma, inkar gibi) incelenmesi
2. Öfkeyle yüzleşmesi
3. Utanç, küçük düşürülme gibi duyguları hazır olduğunda kabul etmesi

4. Enerji yükünün bilincinde olması
5. Zararın, bilişsel olarak sürekli tekrar ettiğinin farkında olması
6. İncinen bireyin, benliğini kendisini inciten kişiyle karşılaştırabileceği içgörü kazanması
7. Kişinin, zarar gördükten sonra kalıcı değişim yaşayabileceğini fark etmesi
8. Dünyada olup bitenler hakkında 'adalet' görüşüne ilişkin içgörü kazanması

Karar Evresi

9. Kişinin daha önce deneyimlediği eski stratejilerinin çözüme ilişkin katkı sağlamadığını fark etmesi
10. Affetmenin bir alternatif olduğunu dikkate almada istekli olması
11. Zarar veren kişiyi affetmeye karar vermesi

Çalışma Evresi

12. Bireyin, zarar veren kişinin yerine kendini koyarak, suçluya baktığı bağlamı tekrardan tasarlaması
13. Suçluya karşı merhamet ve empati duyması
14. Acıyı kabul etmesi ve acıya dayanması
15. Suçluya etik bir hediye vermesi

Derinleştirme Evresi

16. Acı çekmesi ve affetme sürecinde diğerleri ve kendisinin anlamını bulması
17. Geçmişte yaptığı hatalardan dolayı başkalarının affetmesine ihtiyaç duyduğunun farkına varması
18. Kişinin artık tek başına olmadığının içgörüsü
19. Bireyin zarar görmesi neticesinde, hayatta yeni hedefler koyması gerektiğinin farkına varması
20. Negatif duygularının azalması ve pozitif duygularının artmasını fark etmesi.

Ortaya çıkarma aşamasında; kişi yaşamış olduğu suçun kendisi ve başkaları için ne ifade ettiği, bu suçun kişinin hayatında ne denli önemli olduğu ile ilgili farkındalık kazanmaktadır. Karar evresinde; kendini affetmenin işe yarayıp yaramadığını anlamaya

çalışmaktadır. Çalışma evresinde; kendini affetmeye karar veren kişi kendini farklı bir bakış açısıyla anlamaya çalışmaktadır. Son evre olan derinleşme aşamasında ise; kazandığı yeni bakış açısıyla kişi negatif duygularının yerine pozitif duygularını koyar.

Waltman (22) koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada, Enright'in affetme süreç modeline dayalı 10 haftalık bireysel affetme programının kalp hastaları üzerinde psikolojik ve fizyolojik etkilerini incelemiştir. On yedi katılımcının kan basıncı ve nabız ölçümlerinin yanında öfke, affetme, umut ve kaygı düzeylerine de bakılmıştır. Affetmeye istekli deney grubunun, öfke ve affetme düzeylerinde olumlu yönde fark bulunmuştur.

2.2.3.3. Gordon ve Baucom Affetme Modeli

Gordon ve Baucom (2003), travma yaşayan bireylerin ve büyük suçların affedilmesine ilişkin bilişsel affetme modelini geliştirmişlerdir.

Gordon ve Baucom (2003), affetmenin, süreç gerektiren bir ihanet, bireyin eski eşe yönelik beklentilerini, varsayımlarını ve genel anlamda ilişkilerini bozan kişilerarası bir travma durumlarında gerekli olduğunu ileri sürmektedirler.

Modele göre, affetme etki, anlam ve devam etmek olarak üç aşamada gerçekleştirilmektedir. Etki evresinde; kişi yaşadığı acı, üzüntü gibi duygularını fark eder. İkinci aşama olan anlama evresinde, kişi neden acı çektiğini ve suçlu kişiyi anlamaya çalışır (ihanetin ilişkiyi nasıl etkilediğini). Son evre ise, kişinin acı, üzüntü hislerini anlamlandırmaya çalıştığı, suçlu kişinin kendisine ve ilişkisine dair gerçekçi, yeni beklentiler oluşturduğu iyileşme ve harekete geçme evresidir. Böylece öfke, acı, üzüntü gibi olumsuz duyguların azalması, güven, sevgi gibi diğer olumlu duyguların yeniden kazandırılması sağlanmış olur (Gordon ve Baucom, 2003).

2.2.3.4. Hargrave Affetme Modeli

Hargrave (1994), aile içerisinde affetmeyi ele alan bir model sunmuştur.

Model, aklama ve affetme olarak iki ana başlığa ayrılmaktadır. Aklama evresi; incinen kişinin, suçlu kişinin kusurlu davranışlarına yönelik içgörü kazanması ve anlayışlı olma

abasıdır. İçgörü, aile içinde yaşanan acıları ve ilişkisel hasarları somutlaştırma yeteneği olarak bilinir. İçgörü kazanıldığında, yaşanan acılar azalır, oluşabilecek ilişkisel zararların önüne geçilir. Anlayış, suçlu kişinin içinde bulunduğu koşulu, çabası, niyeti, sınırlılıkları ve gelişimine dikkat etmeyi içerir. Anlayışın gelişmesi ile kişi, suçlu kimsenin sorumluluklarını ortadan kaldırmasa da, suçlu kişinin de yanılabilceğini ve yanlış yapabileceğini kabul edebilir hale gelir. Anlayış gerçekleştiğinde, suçluluk hissinde azalma gerçekleşir (Hargrave, 1994).

İkinci süreç ise, affetme evresidir. Affetme evresi; gerçekleşen hasarı karşılamak için telafi fırsatı sunma ve açık bir şekilde affetme davranışı ile olur. Böylece, suçlu kişinin davranışının sorumluluğunu alması ile ailede zarar gören güven yeniden oluşturulur ve geleceğe umutla, yeni bir güven ilişkisi içinde bakılır. Hargrave (1994) bu dört ögeyi birer istasyona benzetmektedir. İnsanların, affetmeyi ve ilişkisel güveni sağlamaları için bu istasyonlar arasında gidip gelmeleri gerektiğini ifade etmektedir.

2.2.4. Affetmeyi Etkileyen Faktörler

2.2.4.1. Öözür, Empati, Zararın Şiddeti

Kişilerarası ilişkilerde affetmek için özür dilemek, her durumda ön koşul değildir. Çünkü bazı durumlarda incinen kişinin, zarar veren kişi ile iletişime geçmesi mümkün olmamaktadır. Fakat affetmek için, pişmanlık ifadesi ve samimi bir özür dileme güçlü bir faktör olarak kabul edilebilmektedir (Mullet ve Azar, 2009).

Mullet ve Azar (2009)'ın, Hristiyanlar ve Müslümanlarla yaptıkları bir çalışmada, özür dilemenin, affetmeye doğru atılan ilk adım olduğu, mağdurun kızgınlığının azalmasında ve zarar veren kişiye yönelik pozitif duyguların oluşmasında önemli olduğu saptanmıştır. Bugay ve Demir (2011)'in öğrencilerle yaptıkları bir çalışmada da, özür dilemenin ve suçta algılanan sorumluluğun affetmeyi arttırdığını, suçun büyüklüğü, suçun neden olduğu sonuçlar ve suçluya verilen önemin artmasıyla da affetmenin azaldığını tespit etmişlerdir. Yani, zararın şiddeti arttıkça özürün kabul edilme olasılığı azalmakta ve affetme zorlaşmaktadır (Fehr ve diğerleri, 2010; Hall ve Fincham, 2005). Zararın şiddeti ve suça yönelik özellikler de affetmeyi etkilediği kabul edilen faktörlerdendir.

Affetmeyi etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri ise empatidir. Zarar veren kişi ile empati kuran bireylerde, empati eğilimlerin artmasına yönelik affetme eğilimlerin de arttığını belirten çalışmalar yer almaktadır (Alpay, 2009; Aşçıoğlu Önal, 2014).

2.2.4.2. Kişilik Özellikleri

Bir kişilik yapısı olarak affedicilik, durumlar ve olaylardan bağımsız olarak kişinin affetme eğilimini göstermektedir. Fehr ve diğerleri (2010)'nin affetme üzerine yaptıkları bir metaanaliz çalışmada, affetme eğiliminin, nevroitiklik ve öfke ile negatif ilişkili; affedicilik, uyumluluk, duygusal empati ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Atçeken (2014)'in evli çiftlerle yaptıkları bir çalışmada da, nevroitiklik kişilik özelliğine sahip kişilerin daha olumsuz duygu ve davranışlara sahip oldukları için affetme eğilimlerinin daha düşük olduğu; dışadönük, uyumluluk, sorumluluk ve deneyime açıklık kişilik özelliğine sahip kişilerin ise daha fazla uzlaşmacı oldukları düşünülerek, affetme eğilimlerinin daha fazla, intikam davranışlarının ise daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, affetme eğilimi ile alçakgönüllülük pozitif ilişkili; narsizmin negatif ilişkili olduğu ifade edilmektedir.

Ayten (2009) yaptığı çalışmada, başkalarını affetme eğiliminin alçakgönüllülükle pozitif, gurur ile negatif ilişkisi olduğunu ifade etmektedir. Çalışmadan çıkan bu sonuç, kişinin kendisine yapılan olumsuz davranışı "gurur meselesi" olarak algıladığında zarar veren kişiyi anlama ve yaptığı hatanın affetme eğilimini azalttığı, zarar veren kişiden intikam alma eğilimini ise arttırdığını göstermektedir.

2.2.4.3. Dindarlık

Din, başkalarını affetme, "bağışlama" değerini övmekte, beşeri ilişkilerin sağlıklı şekilde devam edebilmesi ve toplumsal uyumun sağlanması için insanların affetmesini öğütlemektedir. Bu sebeple dindarlığın, affetme eğilimini arttıran ve süreci destekleyen bir unsur olması beklenmektedir. Nitekim literatürde, dindar kişilerin affetme eğiliminin daha fazla olduğunu ve affetmeye değer verdiğini göstermektedir (Ayten, 2009; Freese, 2004; Miller ve Hoffman, 1995; Uysal, 2015).

2.2.4.4. Cinsiyet

Affetme düzeyini ve affetmenin sonuçlarını etkileyebilecek bir diğer faktör 'cinsiyet' tir. Affetme ile cinsiyet ilişkisindeki farklılıklara sebep olan faktörler; kültür, bağlanma stilleri, dini yönelim, adalet tanımlaması, ahlaki gelişim ve baş etme yöntemleridir (Gull ve Rana, 2013; Miller ve diğerleri, 2008).

Miller ve diğerleri (2008)'nin metaanaliz çalışmasında, kadınların affetme eğilimlerinin, erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İntikam duygusunun affetmeye engel olduğu düşünüldüğü için, bu duruma sebep olabilecek tek değişkenin intikam alma duygusu olduğu saptanmıştır. Toplumsallaşma sürecinde de, kadınlar ilişkideki uyumu yakalamaya yönlendirilirken, erkekler adaleti kendi elleriyle sağlama ve saldırgan olma konusunda yüreklendirilmektedirler (Miller ve diğerleri, 2008). Literatürde, ayrıca, cinsiyet faktörü dindarlık düzeyini de etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, kadınların erkeklerden daha affedici olmasını, kadınların erkeklerden daha dindar olmasına bağlamışlardır (Freese, 2004; Miller ve diğerleri, 2008; Miller ve Hoffman, 1995). Dinin, evlilik, aile değerleri gibi sosyal ilişkileri etkilediği, bunun da kadın ve erkeklerin zarar veren kişiye yönelik yaklaşım tarzlarını şekillendirdiği ifade edilmiştir (Miller ve diğerleri, 2008).

Kohlberg ve Gilligan'ın teorisine göre, kadınlar ilişkilerini korumaya daha çok isteklidir. Bu, ahlaki gelişim, kadınların ilişkilerini koruma, devam ettirme isteği ve ilişkilerine verdikleri önem, kadınları adalet aramaktan ziyade daha çok affetmeye teşvik etmektedir (Miller ve diğerleri, 2008). Yine Kohlberg ve Gilligan'ın teorisine göre, erkekler bir suçla karşılaştığı zaman, öç alma, adaleti sağlama gibi teşebbüslerle kadınlardan daha fazla bireysel adalet arama eğilimi içinde olurlar (Miller ve diğerleri, 2008).

Gull ve Rana (2013)'nin Müslümanlarla yaptıkları bir çalışmada, erkekler affetmenin yaşam memnuniyetlerini ve psikolojik iyi oluşlarını artırdığını ifade ederken, kadınlar affetmenin olumsuz duyguları azalttığını ve daha toleranslı olmayı sağladığını ifade etmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda ise, cinsiyet farklılığının kendini ve başkalarını affetmede bir farklılığa neden olmadığı belirtilmiştir (Atçeken, 2014; Ayten, 2009).

2.2.4.5. Yaş

Yaş ile affetme eğilimini inceleyen çalışmalarda, yaşla birlikte affetme eğiliminin arttığı saptanmıştır (Girard ve Mullet, 1997; Mullet ve diğerleri, 1998; Uysal, 2015). Yetişkinlerin affetme eğilimleri kişisel, duygusal ve sosyal şartlara göre değişkenlik gösterirken, yaşlıların ise koşulsuz affetme eğilimde oldukları belirlenmiştir. Bu durumu, araştırmacılar, Enright (1996)'ın teorisine göre, yaşlıların 'Sevgi Olarak Affetme' seviyesine ulaştıkları şeklinde yorumlamaktadırlar. Ayrıca, yaşlıların diğer yaş gruplarına göre, yeni ilişkiler kurma imkanları daha kısıtlı olduğundan devam eden ilişkilerinin sürdürme eğiliminde oldukları şeklinde açıklamışlardır. Affetme ile, yaşlıların ilişkilerini kurtarmaları, ilişkilerinin niceliğini azaltmakta, niteliğini arttırmaktadır (Girard ve Mullet, 1997; Mullet ve diğerleri, 1998; Uysal, 2015).

Krause ve Dayton (2001)'a göre, yaşla birlikte inanç daha derin, önemli ve içten hale geldiğinden, affetme de dinin ayrılmaz bir parçası olduğundan dolayı yaşlı ve genç insanların affetme eğilimleri arasında da bir fark olacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca, yaşlılık döneminde insanların geçmiş yaşanmışlıklarını bütüncül bir şekilde değerlendirdiklerini, pişmanlıklarla yüzleşme, aile, sosyal ve yakın ilişki içindekilerle uzlaşma sağladıklarını belirtmişlerdir (Krause ve Dayton, 2001). Yani, yaşlılık döneminde affetme, pişmanlıklarla yüzleşme, yaşanmışlıkları sağlıklı bir şekilde anlamlandırma, yaşamın sonunu daha huzurlu ve daha iyi geçirmede önemli bir mekanizma olarak değerlendirilebilmektedir.

2.2.4.6. Kültür

Miller ve diğerleri (2008), affetmenin tecrübe edilmesi ve kavramsallaştırılmasında kültürlere göre farklılık gösterebileceğinden bahsetmişlerdir. Yani, adalet, suç, kabahat ve adaletsizlik kavramlarının anlamlarının kültürlere göre değişkenlik gösterdiği, bunun da affetmenin tanımlanmasında farklılıklara neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Bireylerin içerisinde yaşadığı grup ve grupların benimsedikleri kültürel değerler de, affetme eğilimini etkilemektedir (Ayten, 2009; Miller ve diğerleri, 2008).

Affetmenin, kültürlere göre farklılaşmasındaki en önemli yaklaşım, bireyci ve toplulukçu toplumlar şeklindeki sınıflandırmadır (Kağıtçıbaşı, 2010). Bireyci kültürlerde,

bireyler içinde bulundukları gruptan bağımsızdır; bireyin davranışları kendi gereksinimleri, tercihleri doğrultusunda belirlenir ve özerklik ihtiyacı büyüktür. Ayrıca, kişinin, başkalarıyla çatışması olağandır. Toplulukçu kültürlerde ise, kişi kendini grubun bir parçası olarak görür ve kişinin davranışları grubun istekleri doğrultusunda belirlenir. Kişi için grubun amaçları, bireysel amaçların önüne geçer ve grup içi uyum önemlidir, çatışma hoş görülmez (Kağıtçıbaşı, 2010).

Ayten ve Gashi (2012)'nin Kosovalı ve Türk üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, Kosovalı öğrencilerin hayat memnuniyeti ve affetme eğilimi, Türk öğrencilerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, Kosovalı öğrencilerin kendilerine zarar vereni anlamaya çalışma, zarar verenin iyi yönlerini düşünme, yaptığı hatanın sebebini bulmaya yönelme gibi affetmeye ilişkin özelliklerinin de, Türk öğrencilerinden yüksek olduğu saptanmıştır.

Bugay ve Mullet (2013)'ın Türk ve Fransız üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, Türklerin, Fransız öğrencilerine göre affedilmeyi isteme ve affetme eğilimlerinin daha düşük, koşullara yönelik duyarlılıklarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur.

McFarland ve diğerleri (2012)'nin beyazlar ve siyahilerle yaptıkları bir çalışmada, siyahilerin beyazlara göre affetme eğilimlerinin daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada ayrıca, özellikle yaşlı siyahilerde affetmenin fiziksel ve ruh sağlığı üzerine olumlu etkilerinin, yaşlı beyazlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

2.2.5. Affetmenin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Affetmenin ruh sağlığı üzerine etkilerini incelemek için birçok araştırma yapılmıştır. Literatürde başkalarını ve kendini affetmenin anksiyete ve depresyonu azalttığı, yaşam doyumu, benlik saygısı, umut ve psikolojik iyi oluşu artırdığı belirlenmiştir (Ayten ve Gashi, 2012; Bugay ve Demir, 2011; Hall ve Fincham, 2005; Kaya ve Orçan, 2019; Worthington ve diğerleri, 2007). Ayrıca, affetmenin, bireylerin mutluluk düzeylerini de yükselttiği saptanmıştır (Kaya ve Orçan, 2019). Nitekim bireyin kendine ve başkalarına yönelik hissettiği pişmanlık, öfke, utanç ve suçluluk duygularının çeşitli ruhsal rahatsızlıklara (anksiyete bozukluğu, depresyon, TSSB gibi) neden olabileceği belirtilmektedir (Topbaşoğlu ve Çivitci, 2017; Enright ve Fitzgibbons, 2000).

Krause ve Ellison (2003) yaşı bireylerle yaptığı bir çalışmada, başkalarını affetmenin yaşı bireylerin yaşam doyumunu arttırırken, ölüm kaygısı ve depresif duygularını azalttığını ifade etmişlerdir. Allah'ın affetmesinin dilenmesinin de, depresif duyguları azalttığı ve yaşam memnuniyetini artırdığı ifade edilmiştir. Affedilmenin, kendini affetmeye de yardımcı olabileceği gösterilmiştir.

Witvliet ve diğerleri (2004), TSSB yaşayan gazilerle yaptığı bir çalışmada, kendini ve başkalarını affetmemenin, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğunu arttırdığını bildirmişlerdir. Freedman ve Enright (1996)'ın ensest mağdurları ile yaptığı çalışmada, affetmenin, kaygı ve depresyonda iyileşme sağladığını ifade etmişlerdir. Vatansever (2016) alkol bağımlılığı olan bireylerin alkol bağımlılığı olmayanlara kıyasla kendini affetme puanlarının daha düşük ve utanç-suçluluk duyguları puanlarının ise daha yüksek olduğunu bildirmektedir.

Worthington ve diğerleri (2007), affetmenin sağlık üzerine etkilerini inceledikleri bir çalışmada, affedememenin, özellikle kardiovasküler ve tansiyon hastalıklarına neden olabileceğini belirtmektedirler. Ayrıca, çalışmada, affedici insanların daha sağlıklı davranışlara sahip olduklarını, fiziksel yönden de sağlıklı olduklarını, daha az anksiyete, depresyon ve kişilerarası problem yaşadıklarını, daha az alkol ve sigara kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Tse ve Yip (2009) tarafından yapılan bir araştırmada, affetmenin depresyonu azalttığı, psikolojik iyi oluş düzeyini yükselttiği ve söz konusu etkileri sayesinde de bireylerin kişilerarası uyum becerilerini geliştirdiği belirtilmiştir.

2.2.6. Affetme ile İlgili Yapılmış Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar

Belen (2021)'in kanser tanımlı hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların affetme eğilimlerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durumun da hastalığa dayanma toleranslarını ve benlik saygısını artırdığı, anksiyete, depresyon ve ruhsal belirtileri azalttığı saptanmıştır. Literatürde, yaşamın son dönemindeki hasta ve yakınları ile yapılan diğer çalışmalarda da, hastaların affetme eğiliminin düşük olması, sıkıntı hissi (Haun ve diğerleri, 2014; Toussaint ve diğerleri, 2017), öfke (Haun ve diğerleri, 2014; Silva ve diğerleri, 2020; Toussaint ve diğerleri, 2017), üzüntü (Silva ve diğerleri, 2020), depresyon (Friedman ve diğerleri, 2010;

Haun ve diğerleri, 2014; Kim ve diğerleri, 2021; Silva ve diğerleri, 2020), anksiyete (Friedman ve diğerleri, 2010; Haun ve diğerleri, 2014; Kim ve diğerleri, 2021; Silva ve diğerleri, 2020), ağrı ve acı (O'Beirne ve diğerleri, 2020; Dashtipour ve diğerleri, 2018; Riklikiene ve diğerleri, 2020) ve suçluluğu (Friedman ve diğerleri, 2010; Toussaint ve diğerleri, 2017) arttırırken; hastalığı kabullenme (Kramer ve diğerleri, 2009), yaşam kalitesi (Friedman ve diğerleri, 2010; Riklikiene ve diğerleri, 2020), umut (Silva ve diğerleri, 2020; Toussaint ve diğerleri, 2017), psikolojik iyi oluş (Friedman ve diğerleri, 2010; Toussaint ve diğerleri, 2017), psikolojik dayanıklılık (O'Beirne ve diğerleri, 2020; Dashtipour ve diğerleri, 2018; Riklikiene ve diğerleri, 2020) ve mutluluğu (Riklikiene ve diğerleri, 2020) azalttığı bulunmuştur. Hasta yakınlarının affetme eğiliminin düşük olması ise suçluluk (Toussaint ve diğerleri, 2017; Van Laarhoven ve diğerleri, 2012), bakım verme yükü (Haun ve diğerleri, 2014; Silva ve diğerleri, 2020), depresyon (Haun ve ark, 2014; Silva ve diğerleri, 2020), anksiyete (Haun ve diğerleri, 2014; Silva ve diğerleri, 2020), umutsuzluk (Silva ve diğerleri, 2020; Toussaint ve diğerleri, 2017) artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda, affetmenin, hasta ve hasta yakınlarının ölümle yüzleşme, ölümü kabullenebilme, iletişim kurabilme, aile içi çatışmalarının çözülmesi ve pozitif ilişkilerin kurulmasına yol açacağı belirtilmiştir (Dashtipour ve diğerleri, 2018; Goman, 2017; Haun ve diğerleri, 2014; Kramer ve diğerleri, 2009; Kramer ve diğerleri, 2006; Silva ve diğerleri, 2020; Silva ve diğerleri, 2017; Sutton, 2016).

Worthington ve Scherer (2004) affetmenin, duygu odaklı başa çıkma yöntemi olduğunu ve yaşam doyumu, psikolojik iyi oluş, ruhsal ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

Recine ve diğerleri (2019) tarafından hemşirelerle yapılan bir çalışmada, affetmeye karar veren hasta ve hasta yakınlarının, ilk olarak, suça ve suçluya karşı hissettikleri öfkenin kendileri için zararlı olduğunun farkına varmalarının sağlanması gerektiği ifade edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının, bu öfkeyi bırakmasının onları özgürleştireceği, acıyı azaltacağı ve iyileştireceği içgörüsünün de kazandırılması gerektiği belirtilmiştir.

Kongsuwan ve Locsin (2009) tarafından yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, hemşireler, hasta ve yakınlarının geçmiş hayatında iyi şeyler yapmadıklarına inandıklarını, bilinçli oldukları süre boyunca affetmeye ihtiyaç duyduklarını, bu konuda bireylerin motive edilmesi ve cesaretlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Festa ve Tuck (2000) tarafından hemşirelerle yapılan bir araştırmada, affetmenin hastalıkları hafifletme ve iyileştirme üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle, affetmenin hemşirelik uygulamalarında, hasta ve yakınlarına bütüncül bakım sağlamada merkezi bir öneme sahip olduğu belirtilmiştir.

Ferrell ve diğerkleri (2014) tarafından palyatif bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarının affetme ile, öfkeyi bırakma ve hayatın kısılalığını anlamaya yönelik yeni bir bakış açısı kazanabilecekleri ifade edilmiştir. Affetmenin, onlar için neyin gerçekten önemli olduğunun farkına varmalarını sağlamada ve bakım yükünü azaltmada etkili olabileceğı belirtilmiştir. Ayrıca bu süreçte, hemşireler tarafından hasta ve yakınlarının öfkeyi bırakmaları ve affetmeyi seçmeleri için yargılayıcı olmayan, ilgi gösteren, dinleyen, önemseyen, güvenilen insanlara açılmaya ve suç ya da suçlu ile ilgili duygularını paylaşmaya istekli olduklarının gözlemlendiğı ifade edilmiştir. Böylece hemşireler, affetme ile yaşamın son dönemindeki hasta ve yakınlarına daha iyi bir bakım sağlanmış olacağını savunmuşlardır.

Toussaint ve diğerkleri (2012) tarafından yaşamın son dönemindeki yetişkinlerle yapılan çalışmada, affetmenin depresyon, umutsuzluk, stres, korku ve ölüm kaygısını azaltmada, insanların acılarını iyileştirmede, benlik saygısı ve yaşam doyumunu arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ölümü kabullenmede büyük umutlar sunabileceğı ifade edilmiştir.

Mickley ve Cowles (2001) tarafından kanser tanılı hastalarla yapılan nitel bir çalışmada, kanserli hastalarla affetme temelli görüşmeler yapılmıştır. Hastaların olumsuz duygularının (öfke, üzüntü, suçluluk gibi) farkına varmaları ve "Bu hissettiğim öfke beni gerektiğı gibi iyileşmekten alıkoyuyor mu?" gibi cümlelerle ifade etmeleri sağlanmışır. Ayrıca, yaşam önceliklerini yeniden düşünmeleri teşvik edilmiştir. Affetme, kırgınlık, acı, öfke, pişmanlık gibi olumsuz duyguların ortadan kaldırılması için bir süreç olarak kullanılmışır. Böylece affetme ile hastaların umut ve yaşam kaliteleri artmış, duygusal iyileşmeleri sağlanmış, aynı zamanda huzurlu ve anlamlı bir ölüm sürecine sahip olmalarına yardımcı olunmuştur.

Keall ve diğerkleri (2011) tarafından yaşamın son dönemindeki hastalarla yapılan nitel bir çalışmada, hastaların yaşamlarını gözden geçirme müdahalesi ile affetme konusu işlenmiştir. Hastaların yaşamlarını hatırlamaları, hissettikleri suçluluk, pişmanlık ve kırgınlıkların ortaya çıkarılması, mevcut durumlarını anlamlandırmaları sağlanmışır.

Böylece, hastaların kendileriyle yüzleşmeleri ile umut, huzur, sevgi duyguları artmış ve hastalar yaşamın sonuna hazırlanmıştır.

Renz ve diğerleri (2019)'nin yaşamın son dönemindeki hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların yarım kalmış-bitirilmemiş işlerin, aile içi çatışmaların ortaya çıktığı ve ruhsal sıkıntılara neden olduğu için yaşamın sonuna odaklanılmıştır. Bu çözülmemiş sorunların, hastaların acı çekmesine neden olduğu ifade edilmiştir. Affetme süreci; inkar, kriz, umut, karar verme ve affetme olarak beş aşamada özetlenmiştir. Hastalara affetme müdahalesi uygulanmıştır. Uygulanan affetme müdahalesi ile, hastaların affetme eğilimleri arttırılmış, pişmanlık ve suçluluk duygularının empati ve sevgiye dönüşmesi sağlanmıştır. Ayrıca bu müdahale ile, hastaların duygularının farkına varmaları ve ölümle yüzleşmeleri de sağlanmıştır.

Tae ve Youn (2006) tarafından uterus, meme ve yumurtalık kanseri teşhisi konan 30 hastayla yapılan çalışmada, hastalara "Affetme Hemşireliği Müdahale Programı" uygulanmıştır. Uygulanan müdahale programının, kanserli kadınların umut ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir.

Liu ve diğerleri (2008) tarafından 12 deney grubu ve 16 kontrol grubundan oluşan kanserli hastalara affetme grup terapisi uygulanmıştır. Affetme ile, nefret duygusunun şefkate dönüştürüldüğü ifade edilmiştir. Bu eğitim ile, deney grubu hastaların kontrol grubuna göre psikolojik iyi oluş ve umut düzeylerinde artma, anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Hansen ve diğerleri (2009) tarafından palyatif bakımda 20 kanserli hastalarla yapılan çalışmada, hastalara affetme terapisi uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan katılımcıların kontrol grubuna göre son test ve izlemde affetme eğilimlerinin arttığı bulunmuştur. Yaşamın son dönemindeki hastaların kendini ve başkalarını affetmesiyle öfke duygusunda azalma, aile ile uzlaşma, umut ve yaşam kalitesinde artma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmacılar şu sonuca varmışlardır: "Palyatif bakımda bütüncül bakımın bir parçası olarak affetme psikoeğitimi, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik uygulanmalıdır."

Exline ve diğerleri (2012) tarafından yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları ile yapılan çalışmada, hastaları ile çözülmemiş çatışmaları ve affetme problemleri olan aile üyelerinin depresif belirtilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, affetme sorunları olan hasta yakınlarının sevdiklerinin kaybı ve yas sürecinde sıkıntı yaşadıkları ifade edilmiştir.

Baker (2005)'ın palyatif bakım hasta ve aileleri ile yapmış olduğu çalışmada, yaşamın son dönemindeki çoğu hastanın son anlarındaki bakışlarının umutsuzluk, suçluluk, acı ve üzüntü duygusu olarak yorumlandığı ifade edilmiştir. Hastaların çözülmemiş, unutulmamış, onarılmamış, affedilmeyen aile ve kişilerarası sorunların, çatışmaların olduğu belirtilmiştir. Bu süreçte affetmenin, ölmekte olan hasta ve aileleri için paha biçilemez bir hediye olduğu savunulmuştur.

Toussaint ve diğerleri (2014) tarafından kanserli hasta (n=38) ve hasta yakınlarından (n=45) oluşan kontrol ve deney grubuna kendini affetme eğitimi uygulanmıştır. Affetme eğitimi sonrası son test ve izlemde kendini affetme, kendini kabul etme, kendini geliştirme ve karamsarlık düzeyleri değerlendirilmiştir. Deney grubu kanserli hasta ve hasta yakınlarının kontrol grubuna göre son test ve izlemde kendini affetme, kendini kabul etme ve özgelelim düzeylerinde artma, karamsarlık düzeylerinde ise azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca kendini affetme eğilimindeki artış, kendini geliştirme ile pozitif, karamsarlık ile negatif yönlü ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

2.3. Ölüm Kaygısı

2.3.1. Ölüm Kaygısı ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler

Thorson ve Powell (1988) ölüm kaygısını, "kendisinin ya da çevresindeki kişilerin ölmesinden korkma", "ölümü kabullenmeme", "ölmekten kaçma" ve "ölmekte olan insan ile etkileşime girmek isememe" olarak çok kapsamlı bir şekilde tanımlamışlardır. Neimeyer (1997) ise ölüm kaygısını, ölüm beklentisinin bir sonucu olarak bilinçli ya da bilinçsiz olarak ortaya çıkan kaygı şeklinde tanımlamaktadır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği, ölüm kaygısını "kişinin varlığına hayali veya gerçek bir tehdit algısı şeklinde meydana gelen rahatsız edici korku veya huzursuzluk" olarak tanımlamaktadır (NANDA, 2003).

Kişinin bireysel ölümüyle ilgili beklentisinden kaynaklanan ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilmektedir (Cicirelli, 2003). Ölüm kaygısının boyutları; kimlik duygusunu kaybetme, denetimi kaybetme, gerileme, belirsizlik, yalnızlık, yakınlarını

kaybetme, ölüm sonrası cezalandırılma, acı duyma ve yok olma korkusudur (Karakuş ve diğerleri, 2012).

Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Hastalık ve ölüm düşüncesi kişide yakınlarını kaybetme, onlardan ayrı kalma korkusunu geliştirerek kişinin kimlik duygusunu kaybetme korkusu yaşamasına sebep olabilir. Birey özgüvenini kaybederek kendini değersiz hissedebilir.

Denetimi kaybetme korkusu: Hastalığın ilerlemesi ile birlikte kişi bedenine ait denetimi kaybedeceği korkusu ve kaygısı yaşar.

Gerileme korkusu: Ölümün yaklaştığını düşünen kişi, gerileme döneminde olduğunu düşünerek korku yaşayabilir.

Belirsizlik korkusu: İnsanoğlu için ölüm ve ölüm sonrasında belirsizliği bu korku ve kaygının kaynağıdır.

Yalnızlık korkusu: Özellikle kronik hastalığa sahip ya da hastanede yatmayı gerektiren hastalığa sahip kişiler yakınlarından sık sık ayrılırlar. Hastanede yattıkça kişi ölüm olayına genellikle daha fazla şahit olur ve kendi ölüm duygusu ile yüzleşir. Terk edilme ve yalnız kalma korkusunu daha yoğun yaşar.

Yakınlarını kaybetme korkusu: Sevdiği, birlikte yaşadığı, değer verdiği insanları kaybetmek, onlar olmadan yaşamak, kişide üzüntü ve kaygıya sebep olur.

Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu: Bazı dinlerde kişinin öldükten sonra acı çekeceği ve kendisine çeşitli işkenceler yapılacağı düşüncesi vardır.

Acı duyma korkusu: Bazı kronik hastalıklar ve kanserin ölümle sonuçlanması insana hastalık ve ölüm arasında bir bağ olduğunu düşündürmektedir. Hastalıkların seyri sırasında acı duyulması, bireye ölümün acı verici olduğunu hissettirmektedir. Dinle ilgili görüş ve açıklamalarda ölüm olayının son derece acı verici olduğunun ve ölüm sonrası çekilecek çok büyük acılar olduğunun anlatılması kişinin ölümle ilgili kaygılarının artmasına yol açar.

Yok olma korkusu: Ölümle birlikte bütün bir bedenin yok olacağı düşüncesi ölüm korkusu ve kaygısı uyandırabilecek bir durumdur.

2.3.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar

2.3.2.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın öncüsü Freud (1997), ölümün yaşamın temel parçalarından olduğunu dile getirmiştir. İd ile süperegonun sürekli çatışma haline benzer şekilde, yaşam ve ölüm içgüdüleri de sürekli çatışma halindedir. Bu durum, ölüm içgüdülerinin ego vasıtasıyla agresif eylemler yaratması, yaşam ve ölüm içgüdüsünü kaynaştırılarak ölüm arzusuna engel olmaktadır. Doğumla başlayan yaşam, ölüme doğru ilerlediği için ölüm arzusu insan yaşamının normal bir parçası olarak görülmektedir (Freud, 1997).

Psikanalitik kuram, ölümlerimizle yüzleşemeyeceğimizi savunmaktadır. Bu nedenle, psikanalitik kuram, ölümün inkarı tezinin kaynağı olarak görülmektedir. Bu yaklaşıma göre, insanlar kendilerini ölü olarak düşünemedikleri için, kendi ölümleriyle yüzleşmeleri nerdeyse imkansızdır (Bauman, 2000). Freud (1997) da, kişinin kendi ölümünü deneyimleyemeyeceğinden dolayı, ölümlülüğüne inanmadığını ve bilincinin de ölümsüzmüş gibi davrandığını savunmaktadır.

Kurama göre, ölüm kaygısı çözülmemiş deneyimlerden kaynaklanan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Bilinçaltında temsili olmayan ölümün kaygısı, terk edilme korkusu, ilk ayrılmadan doğan kimsesizlik gibi ebeveyn korumasının kaybolmasını deneyimleyen çocuğun güçsüz kalışının korkularını sembolize etmektedir (Freud, 1997).

2.3.2.2. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuram, kişinin kendi ölümü ile yüzleşmek zorunda olduğunu savunur. Bu yüzleşmenin kişinin hayatını, önemli ölçüde etkileyeceğini iddia eder. Fakat çoğunlukla, kişi ölümle yüzleşmenin zorluğu karşısında kendi ölümlülüğünü inkar eder ve yüzleşmekten kaçınır. Böylece, kişi kendini korumaya çalışır (Yalom, 2013).

Heidegger (2004), ölüm olgusunun önemini "yalnızca insanlar ölür, diğerleri can verir" diye ifade ettiği, ünlü parolası ile açıklamaktadır. Ölümlü olduğunun farkında olan insan, yaklaşan ölümünü yaşamını anlamlı kılacak davranışlar için motivasyon kaynağı

olarak görür (Heidegger, 2004). Kişinin kendi ölüm düşüncesi davranışlarını biçimlendirdiğinde, kişi kendi yolunu çizmekte ve günlük yaşam tarzları önemini yitirmektedir.

Heidegger (2004)'e göre ölüm kişiye özgürlüğünün fırsatını sunar, fakat paradoksal bir biçimde de ölüm kaçınılmaz bir son olduğu için kişinin özgürlüğünü sınırlandırır. Heidegger (2004), ölümü her bir bireyin yüzleşmesi zorunlu bir durum olarak görmekte ve ölümle yüzleşmenin iğrenme, korku, kaygı gibi duygusal yanıtlarla belirmediğini savunmaktadır.

Koestenbaum (1998)'a göre ölümle yüzleşmek, günlük sorunları ve küçük yarışları önemsiz hale getirmektedir. Öleceğinin farkında olan kişinin, günlük işlerini yaparken aceleci davranacağından bahsetmektedir. Bu acelecilik, kişinin hayatına anlam ve yön veren çalışmalara odaklanmasını sağlayacağından, özgürleştiricidir. Yani, bir kişinin ölümü inkar etmesi, kişinin kendisini kandırmasıdır ve aslında ölüm kaygısının bastırılmasıdır (Koestenbaum, 1998).

2.3.2.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre kaygının, negatif düşünceler, koşullanmalar ve genellemeler sonucu ortaya çıktığı savunulmaktadır. Kişi bir olayı, baş edilemez, kontrol dışı ve bir tehdit olarak algıladığında kaygılanmaktadır. Kuram, kişinin ölüme yönelik negatif düşünceleri sonucunda ölüm kaygısının geliştiğini savunmaktadır (Beck ve Emery, 2006).

2.3.2.4. Dehşet Yönetim Kuramı

Bu kuram, Greenberg tarafından 1996 yılında ileri sürülmüştür. Kuram, kökenini psikodinamik ve varoluşsal bakış açısından almaktadır. İki temele dayanır. Kurama göre, kaygının kaynağı ölümdür. İnsanlar ölümün yarattığı kaygıyı yenmek amacıyla kültürler yaratmakta ve kültürler aracılığıyla hayatlarını anlamlandırmakta, düzenlemekte, ve sürekliliğini korumaya çalışmaktadır. Böylece, kültür insanların yaşamlarına etkileyerek bu kaygıyı azaltmaktadır. Kültürel değer ve düzene bağlanan kişi, güvende hissetmekte ve hayatını anlamlı bulmaya başlamaktadır. Diğer insanlarla ortak değerleri benimsemek kişinin hayatının anlamlı olduğuna güvenmesini sağlarken, farklı değerlere sahip insanlarda

ise güven seviyesi azalmaktadır. Kişiler, bu olumsuz duyguyu yenebilmek için iki seçeneğe sahiptir; başkalarının inançlarını reddetme ve bu değerleri küçümseme veya onları kendi değerlerine yöneltmeye çalışmadır (Solomon ve diğerleri, 1991).

2.3.3. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları

2.3.3.1. Kültürel (Sosyolojik) Savunmalar

İnsan, ölümlü olduğunun farkındadır. Fakat, bir yandan da ölümsüzlüğü istemektedir. İnsanoğlu, yaşamına anlam katan kültürel değerlere bağlanma zorunluluğu hisseder ve kültürel değerlere o kadar bağlanır ki, bu değerlerin geçerliliğinden şüphe etmeden kabullenir. Bunun daha da ötesinde kültürel ve dini geleneklerle hayata bağlanmıştır (Eucken, 2000). Toplumlar ölümü, bir dizi tören ve ayinlerle kültürlere mal ederler. Mezarlık, ölenlerin ruhlarıyla ilgili bir dizi tabu, dua vb. uygulamalar ölümü uzaklaştırmak için verilen çabalar (Kılıçbay, 1999). Diğer bir deyişle tabut, mezar, cenaze törenleri geride kalanlarla ilgilidir (Munn, 2006).

2.3.3.2. Bireysel (Psikolojik) Savunmalar

Birey, ölümcül hastalığı olduğunu öğrendiğinde, ilk gösterdiği tepki sıklıkla inkardır. Bütün insanlar, ölüm kaygısıyla karşılaşır, çoğunda bu duruma uyum sağlamaya yönelik kullanılan baş etme yöntemleri, yer değiştirme ve bastırma (Koestanbaum, 1998). Ancak, bu baş etme yöntemlerinde aşırılık, uyumun bozulmasına, kaygının artmasına ve psikopatoloji gelişmesine sebep olabilmektedir (Yalom, 2013).

Yalom (2013)'a göre bireysel savunmalar ikiye ayrılmakta; bireyin özel olduğuna ilişkin inanç ve nihai kurtarıcının varlığına ilişkin geliştirdiği inançtır.

Özel olma: Kişinin yok olma tehdidinin etkisi altında kalmaksızın tehlikeyle karşılaşma cesareti artar ve ulaştığı güce göre ölüm kaygısı azalır, bunun sonucunda bireyin özel oluşuna yönelik inancı da güçlenir. Özel olmaya ilişkin geliştirilen inanç abartıldığı

zaman, işkoliklik, zoraki kahramanlık, narsisizm ve saldırganlık gibi patolojik davranışlar ortaya çıkabilir (Yalom, 2013).

Nihai kurtarıcı: İnsanlar, Tanrı inancına sıkı sıkıya sarılarak veya çevrelerinden bir lider, daha üst konumdaki kişiler arasından kendi bireysel kurtarıcılarını seçerler. Bilinçaltı süreçlerde gerçekleşen bu çaba ile, insanoğlu ölüm kaygısını yenmeye çalışır. Nihai kurtarıcıya yönelik geliştirilen inanç abartıldığı zaman, depresyon, kendini çekme, bağımlılık, regresyon, pasiflik, kendini kurban etme gibi klinik belirtiler ortaya çıkabilir (Yalom, 2013).

2.3.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

2.3.4.1. Yaş

Bireyin, ölüme verdiği anlam, yaşa göre hayatın her döneminde farklı şekilde algılanmıştır. Okul öncesi dönemdeki bir çocuk için tehdit oluşturacak tek şey anne ve babasından ayrılmaktır. İlkokul ve erken ergenlik döneminde bir kişi için ilişkilerini ve kimlik gelişimini etkileyen bir durumdur. Yetişkinlik döneminde ise ölüm, kişiyi yaşamak istediklerini yaşamasına engel olan ve dünyanın zevklerinden mahrum bırakan bir durumdur (Kızılkaya ve Koştu, 2006). Gençlerin ölüme henüz uzak olmaları sebebiyle ölümü düşünmedikleri ve bu konuda konuşmadıkları kabul edilirken, yaşlıların ise ölüme daha yakın oldukları ve ilerleyen yaşla birlikte ölümü daha çok düşünmeye başladıkları kabul edilmektedir. Gençler, ölümü sağlıklı bedeni yitirme ve geleceğe ilişkin planları gerçekleştirememeleri olarak görüp kaygı hissederken, orta ve ileri yaş dönemlerindeki bireyler yakın çevrelerine ve işlerine karşı olan sorumlulukları tamamlamama sıkıntısı nedeniyle kaygı yaşamaktadırlar (Kastenbaum, 1959).

Yaş ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında, yaş ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışma yer alırken (Templer, 1970), yaşla birlikte ölüm kaygısının azaldığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Dağlı, 2010; Rasmussen ve Brems, 1996; Rasmussen ve Johnson, 1994; Ross, 1997; Russac ve diğerleri, 2007; Thorson ve Powell, 1990; Thorson ve Powell, 1988). Bu durum, ilerleyen yaşla birlikte ölümü kabullenmenin gerçekleşmesi ve sosyal yalıtım, fiziksel problemler gibi

sebeplerle yüksek yaşam korkularının, ölüm kaygısını azalttığı şeklinde yorumlanabilir (Singh ve diğerleri, 2003).

2.3.4.2. Cinsiyet

Cinsiyet ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmayan çalışmalar yer alırken (Avcı, 2012; Erdoğan ve Özkan, 2007; Lewis ve diğerleri, 2000; Mutlu, 2013; Özdemir 2014; Öztürk, 2010; Öztürk ve diğerleri, 2011; Üstüner Top ve diğerleri, 2010), kadınların ölüm kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Abdel-Khalek, 2002; Acehan ve Eker, 2013; Akça ve Köse, 2008; Eke, 2003; Ertufan, 2008; Ertufan, 2000; Kırac, 2007; Lester ve diğerleri, 2006; Özen, 2008; Suhail ve Arkam, 2002; Thorson ve Powell, 1988). Bu durum, kadınların duygularını erkeklerden daha fazla ifade etmesine izin veren geleneksel cinsiyet rolleriyle açıklanabilir (Yıldız ve Bulut, 2017).

2.3.4.3. Medeni Durum

Bireyin toplumsal ilişkiler kurma ve zorlu yaşam olayları ile baş etme konusunda ailenin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (Ertufan, 2008; Kirchhoff ve diğerleri, 2000). Yapılan çalışmalarda, evli olan bireylerin ölüm kaygısı bekarlara göre daha yüksek bulunmuş ve bu durum evlilerin eşlerine, çocuklarına karşı olan sorumluluklarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır (Erdoğan ve Özkan, 2007; Özdemir 2014; Turgay, 2003). Ayrıca psikososyal destek açısından bireyin çocuğunun olması, kişi öldükten sonra soyu devam ettiği için ölüm kaygısını azalttığı düşünülmektedir (Ertufan, 2008; Kirchhoff ve diğerleri, 2000).

2.3.4.4. Fiziksel Hastalık

Kişinin hayatını tehdit eden bir hastalığı olduğunu öğrenmesi; hastalığının tanı ve prognozunun belirsiz olması; tedaviye rağmen semptomlarda yeterli düzelme olmaması; bu

hastalık nedeni ile sakat kalma, yorgunluk, işlevselliğinin azalması; yakınıni kaybetmesi; ağrı, acı deneyimlerine ilişkin kaygı, çaresizlik hissetmesi; yas süreci gibi durumların ölüm kaygısını arttırdığı düşünülmektedir (Kastenbaum, 2007).

Hintze ve diğerleri (1993)'nin HIV pozitif erkeklerle yaptığı bir çalışmada, HIV pozitif erkeklerden sağlık durumu kötü olanların ölüm kaygılarının, diğer erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşamın son dönemindeki kanser hastaları ile diğer hastalığı olanların karşılaştırıldığı çalışmalarda, kanser hastalarının ölüm kaygısının daha düşük olduğu belirtilirken (Dougherty ve diğerleri, 1986; Gibbs ve Lawlis, 1978), kalp ve diyaliz hastalarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise ölüm kaygıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Yılmaz, 2011).

2.3.4.5. Ruhsal Hastalık

Kişinin kontrolünü en çok kaybettiği hissini yaratan panik bozukluk, ilaç yan etkisi gibi kaygının arttığı durumlar, ölüm kaygısının en sık ifade edildiği durumlar olarak düşünülebilir. Çünkü dünyası yok olacaktı gibi hisseden kişiler ölümle ilgili kaygılarını yoğun bir şekilde yaşarlar (Kastenbaum, 2007).

Yapılan çalışmalarda, ölüm kaygısı ile psikoz, anksiyete, fobik kaçınma ve somatizasyon semptomları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunurken (Erdoğan ve Özkan, 2007; Neimeyer ve diğerleri, 2004; Planansky ve Johnstao, 1977), paranoid düşünce ve obsesyon semptomları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Erdoğan ve Özkan, 2007). Alkol ile kontrolünü kaybeden ve kontrolünü kaybetmeyen kişilerde ölüm kaygısını inceleyen çalışmalarda, alkol ile kendini kaybedenlerin ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur (Kumar ve diğerleri, 1982; Zerzan ve diğerleri, 2000).

2.3.4.6. Yaşam Olayları

Ekonomik sorunlar, çalışma koşulları, boşanma, işsizlik, taşınma gibi durumlar ölüm kaygısını arttırabilir. Aileden birinin ölümü kişinin yalnızlık hissetmesine, ölümle yüzleşmesine ve ölüm kaygısı yaşamasına neden olabilmektedir (Cimete, 2002). Ayrıca,

olumsuz hayat şartları ve sorunlarla başa çıkma tepkilerinin de ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mikulincer ve Florian, 1995).

2.3.4.7. Kişilik Özellikleri

Yıldız ve Bulut (2017) kişilik özellikleri ile ölüm kaygısını incelediği bir çalışmada, deneyime açıklık ile ölüm kaygısı arasında negatif yönde, nörotik kişilik ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiş, dışadönüklük ve uyumluluk ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum, olumlu veya olumsuz olarak nitelendirilen kişilik özelliklerinin, ölüme ilişkin duygu, düşünce ve kaygılar üzerinde etkileri olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

2.3.4.8. Sosyokültürel Özellikler ve Din

Her kültürün inanç, tutum ve davranışlarının, kişiyi ölüm kaygısına karşı koruduğu savunulmaktadır. Ayrıca, her kültürün ölüme anlam yükleme ve dile getirme konusunda farklılık gösterebileceği, bazı kültürlerin ölüm kaygısını azaltmada daha etkin oldukları belirtilmektedir (Schumaker ve diğerleri, 1988).

Schumaker ve diğerleri (1991)'nin Japon ve Avustralyalılarla yaptıkları bir çalışmada, Japonların ölüm kaygısının, Avustralyalılardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Abdel-Khalek (2004)'in Mısır, Suriye ve Kuveytli öğrencilerle yaptığı bir çalışmada, Kuveytli öğrencilerin ölüm kaygısının, Suriyeli ve Mısırlılardan daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, her grubun "kabir azabıyla" ilgili korkuları yüksek bulunmuştur.

Din, doğası gereği değişmez bir kavram olmasına rağmen, tarihsel ve toplumsal süreç içerisinde, din ve ölüm arasındaki ilişki de değişmiştir. Genel olarak dinlere bakıldığında her dinin, kişiyi ölüm karşısında yaşanan kaygıya karşı koruduğu söylenebilir (Köknel, 1990).

Ölüm karşısında gösterilen tepkiler, bireyin ve toplumun ölümü algılayışı, inanç sistemleri, ölümden sonraki hayata olan inanç gibi etkenler toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Museviliğe göre hayat da ölüm de bir anlam taşımaktadır. Bu dünyada

düzenli yaşayan insanın diğer dünyada ödüllendirileceğine inanılmaktadır. Hristiyanlığa göre ölen bedendir, ruh ise Tanrı'ya geri dönmektedir. İsa tekrar dirilerek yeryüzüne geri dönecektir. İslamiyete göre ise ölüm, gerçek olan yeni bir hayatın başlangıcıdır (Yanık ve Kara, 2016).

Dindarlık ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, öldükten sonra Tanrı ile buluşacağına ve yeryüzündeki yaşamı için ödüllendirileceğine inanan kişilerin ölüm kaygısının düşük, öldükten sonra cezalandırılacağını düşünen kişilerin ise ölüm kaygısının yüksek olduğu saptanmıştır (Amjad, 2014; Eke, 2003; Gashi, 2011; İnci ve Öz, 2009; Özdemir, 2014; Sinoff, 2017; Taka, 2010). Yapılan başka bir çalışmada, dindarlık düzeyinin ölüm kaygısını negatif yönde, ölümün kabulünü pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (Harding ve diğerleri, 2005).

2.3.5. Ölüm Kaygısı ile İlgili Yapılmış Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar

Lau ve diğerleri (2018) tarafından 173 kanserli hastası ve 173 hasta yakını ile yapılan çalışmada, hasta yakınlarının ölüm kaygılarının yüksek olduğunu bulunmuştur. Ölüm kaygısı yüksek olan hasta yakınlarının fonksiyonel olmayan tutumlarının yüksek, yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Uslu ve diğerleri (2018) tarafından 200 kanserli hasta ve 200 hasta yakını ile yapılan çalışmada, ölüm kaygısı yüksek olan hasta yakınlarının umutsuzluk düzeylerinin de arttığı bulunmuştur.

Semenova ve Stadtlander (2016) tarafından yaşamın son dönemindeki hastaların 46 yakını ile yapılan çalışmada, hasta yakınlarının ölüm kaygısının yüksek olduğu, ölüm kaygısı yüksek olan hasta yakınlarının da baş etme yöntemlerinde azalma olduğu belirtilmiştir. Yani, hasta yakınlarının psikolojik açıdan sağlıklı oldukları, bakım vermeye dahil olduklarında ölüm kaygısı ve diğer duygusal tepkileri deneyimleyebildikleri ifade edilmiştir. Ayrıca, ölüm kaygısı baş etmeyi engelleyen bir faktör ve psikolojik sıkıntının da önemli bir yordayıcısı olarak görülmüştür.

Soleimani ve diğerleri (2016) tarafından 330 kanserli hasta yakını ile yapılan çalışmada, ölüm kaygısı yüksek olan hasta yakınlarının daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir.

Ünal (2020) tarafından kanserli hasta yakını (n=25) ve kontrol grubundan (n=48) oluşan çalışmada, gruplararası ölüm kaygısı düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Toussaint ve diğerleri (2012) tarafından yaşamın son döneminde affetmenin depresyon, umutsuzluk, anksiyete, korku ve ölüm kaygısını azaltmada, insanların acılarını iyileştirmede, benlik saygısı ve yaşam doyumunu arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ölümü kabullenmede büyük umutlar sunabileceği savunulmuştur.

Onyechi ve diğerleri (2016) tarafından kanserli hasta (n=32) ve hasta yakınlarından (n=52) oluşan 42 kontrol grubu ve 42 deney grubuna bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Uygulanan terapinin son test ve izlemde deney grubu hasta ve hasta yakınlarının kontrol grubuna göre ölüm kaygısı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır.

2.4. Bakım Yüğü

2.4.1. Bakım Yüğü ile İlgili Tanımlar ve Temel Bilgiler

Bakım verme, zor ve bakım verene ağır yükler getiren bir süreçtir. Başka bir deyişle bakım yüğü, bakım verenlerin kendi işlevselliklerinde bozulma sonucu, fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunların neden olduğu sıkıntı durumudur (Adelman ve diğerleri, 2014).

Literatürde, bakım yüğü nesnel (objektif) ve öznel (subjektif) yük olarak iki başlık altında toplanmaktadır.

Öznel yük; hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, ev ortamındaki gerginlik, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, aile üyelerinin suçluluk, anksiyete gibi fiziksel ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri olarak tanımlanmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Awad ve Voruganti, 2008; Schene ve diğerleri, 1998).

Nesnel yük ise; hastanın bakımıyla ilgili zorlukların aile üyelerini rahatsız etme düzeyi, hastanın rahatsız edici davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı veya hastayla ilgili yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Awad ve Voruganti, 2008; Schene ve diğerleri, 1998).

2.4.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

2.4.2.1. Yaş

Yaş arttıkça bakım verme yükü de artmaktadır (Chou, 2000; Hsu ve diğerleri, 2019; Rha ve diğerleri, 2015).

2.4.2.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda, hastaların bakımından sorumlu birincil bakım verenlerin genellikle kadın olduğu görülmektedir (Adelman ve diğerleri, 2014; Rha ve diğerleri, 2015). Bu bilgiye göre, kadınların algıladığı bakım verme yükü seviyesi, erkeklerin algıladığından daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Adelman ve diğerleri, 2014; Burnette ve diğerleri, 2017; Rha ve diğerleri, 2015).

2.4.2.3. Sosyal Destek Alma Durumu

Bakım verenler için, güçlü aile bağının ve sağlıklı ilişkilerin sosyal destek kullanımının arttırdığı ve bakım vercinin yükünü azalttığı bildirilmektedir (Chou, 2000; Song ve diğerleri, 2011).

2.4.2.4. Sağlık

Teel ve Press (1999) yaptıkları bir çalışmada, Alzheimer, Parkinson ve kanser hastalarının yakınlarının daha fazla yorgunluk, daha fazla uyku bozukluğuna ve daha az enerjiye sahip oldukları saptanmıştır. Bakım verici, kalp yetmezliği, diyabet ya da hipertansiyon gibi kronik bir hastalığı olan yaşlı bir birey ise, onun için bakım verme daha zor olabilmektedir. Ayrıca bakım verende, gastrointestinal bozukluklar, güç kaybı, uyku bozukluğu, yorgunluk, baş ağrısı ve kilo kaybı görülebilmektedir (Given ve Reinhard, 2017).

2.4.2.5. Sosyoekonomik Durum

Bakım verenler için ekonomik masraflar en büyük yük olarak algılanmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Gott ve diğerleri, 2015). Chua ve diğerleri (2016) kanserli hastaların yakınları ile yaptıkları bir çalışmada, 50 yaşın altındaki bakım verenlerin yarısının aktif olarak bir işte çalıştığı ve bakım verme rolünü üstlenen beş bakım verenden birisinin yakınına bakmak için aktif çalıştığı işinden vazgeçtiği, dörtte birinin de ekonomik durumunun kötüleştiğini bildirmektedirler. Yapılan bir diğer çalışmada, tedavi süresince ailelerin %62'si Lösev, Valilik, Kaymakamlık, Sosyal Yardımlaşma Vakıfları gibi yardım kuruluşlarından yol gideri için maddi destekte bulunmuş; %49'u akraba ve tanıdıklarından borç almış veya bankadan kredi çekmiş; %25'i sahip oldukları mal varlıklarını satmak zorunda kalmışlardır (Bozkurt ve diğerleri, 2019).

2.4.3. Bakım Yüğü ile İlgili Yapılmış Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar

Literatürde, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları ile yapılan çalışmalarda, hasta yakınlarının bakım yükü arttıkça tükenmişlik (Eğici ve diğerleri, 2019; Hassankhani ve diğerleri, 2019), anksiyete ve depresyon düzeylerinde (Borges ve diğerleri, 2017; Govina ve diğerleri, 2015; Grov ve diğerleri, 2006; Grunfeld ve diğerleri, 2004; Ustaalioğlu ve diğerleri, 2017; Rhee ve diğerleri, 2008; Yakut, 2019) artma; hazır olma düzeylerinde (Ekiz, 2021), psikolojik iyi oluş (Burnette ve diğerleri, 2017; Grant ve diğerleri, 2013) ve yaşam kalitelerinde azalma olduğu bulunmuştur (Borges ve diğerleri, 2017; Burnette ve diğerleri, 2017; Cengiz ve diğerleri, 2021; Eğici ve diğerleri, 2019; Grant ve diğerleri, 2013; Yıldız ve diğerleri, 2016).

Toseland ve diğerleri (1995) tarafından 80 kanserli hasta ve hastaların eşlerinden oluşan hasta yakınlarına psikososyal müdahale programı (destek, baş etme ve problem çözme becerileri) uygulanmıştır. Bu müdahale programının ise, hasta yakınlarının depresyon, anksiyete, bakım yükü, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

McLean ve diğerleri (2011) tarafından duygu odaklı terapi programında deney grubunda 22 ve kontrol grubunda 20 kanserli hasta ve hastaların eşleri yer almıştır.

Bu terapi programının son test ve izlemde deney grubu hasta ve hasta eşlerinin kontrol grubuna göre empatik yaklaşım ve evlilik işleyişini arttırırken, hasta eşlerinin umutsuzluk, depresyon ve bakım yükü üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Belgacem ve diğerleri (2013) tarafından semptom yönetimine yönelik bir eğitim programında deney grubunda 33 ve kontrol grubunda 34 kanserli hasta ve hasta yakınları yer almıştır. Deney grubu hasta yakınlarının kontrol grubuna göre yaşam kalitesinde artma ve bakım yükünde azalma olduğu tespit edilmiştir.

Northouse ve diğerleri (2010) tarafından kanserli hastaların yakınları ile yapılan metaanaliz bir çalışmada, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim, beceri eğitimi (iletişim, baş etme ve problem çözme becerileri) ve terapötik danışmanlık müdahalelerinin etkisi incelenmiştir. Yapılan bu müdahalelerin, hasta yakınlarının bakım yükünü önemli ölçüde azalttığı, baş etme davranışlarını ve öz yeterliliklerini (bakımı sağlamak için algılanan güven, hazırlık) artırdığı, yaşam kalitelerini de iyileştirdiği saptanmıştır.

Uğur ve Fadiloğlu (2012) tarafından 50 kanser hastasının yakınlarının fiziksel ve ruhsal gereksinimleri doğrultusunda uygulanan planlı eğitimin, son test ve izlemde bakım yükünü azalttığı saptanmıştır.

Bahrami ve Farzi (2014) tarafından deney ve kontrol grubundan oluşan 64 kanserli hasta yakınına, problem çözme modeline dayalı destekleyici bir eğitim programı uygulanmıştır. Uygulanan eğitim programının, deney grubu hasta yakınlarının kontrol grubuna göre bakım yükünün azalmasında ve yaşam kalitelerinin yükselmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Shum ve diğerleri (2014) tarafından 70 deney ve 70 kontrol grubundan oluşan 140 kanserli hasta yakınına hemşireler tarafından telefonla psikoeğitim programı uygulanmıştır. Deney grubu hasta yakınlarının kontrol grubuna göre son test ve izlemlerde depresyon, anksiyete ve bakım yükü azalırken, yaşam kalitelerinde artma olduğu saptanmıştır.

Lee ve diğerleri (2016) tarafından yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları üzerine yapılmış olan girişimsel bir çalışmada, deney grubunda yer alan hasta yakınlarının kontrol grubuna göre bakım yükünün hastalarının ölümüne yaklaştıkça son test ve izlemlerde anlamlı düzeyde azaldığı ve öz yeterliliğinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Ayrıca, verilen eğitim hasta yakınlarının hastalarının ölümüyle yüzleşmesinde etkili olduğu saptanmıştır.

Yaman (2020) tarafından 60 palyatif bakım hasta yakını ile yapılan çalışmada, gevşeme egzersizi uygulamasının hasta yakınlarının bakım yükü, kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin azalmasında etkili olduğu görülmüştür.

2.5. Yaşamın Son Dönemindeki Hasta Yakınlarında Affetmeyi Arttırmada, Ölüm Kaygısı ve Bakım Yükünü Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşirelik, hastalık, ölüm, yaşlılık gibi konular karşısındaki girişimlerinin farkında olarak yalnızca hasta bireyi değil aynı zamanda hasta bireyin yakınlarını da bakımın içerisine katarak bütüncül bir bakım veren multidisipliner bir meslektir (Brosche, 2007). Eğitim ve uygulama alanındaki gelişmeler, teknolojik ilerlemeler, yaşanan sosyal olaylar uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu uzmanlık alanlarından birisi de konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireliğidir. Bu bağlamda hemşirelik yönetmeliğinde KLP hemşiresinin rol ve sorumlulukları içerisinde, 'fiziksel sağlıkta bozukluğu olan hasta ve yakınlarının ruh sağlığı ve psikososyal bakımındaki görevleri' açıklanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2010). Bu sayede KLP hemşiresi rolü gereği eğiticilik, danışmanlık, hasta ve yakınlarının duygularının farkına varması, emosyonel bozuklukların bakım ve tedavisi, öfke kontrolü, kriz yönetimi ve kriz durumunda ruhsal bozuklukların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlerde etkilidir (Kocaman, 2006).

Hemşirelik bakımında öfkenin, korkunun ifade edilmesi, manevi sıkıntılar ve bireylerin affetme ihtiyacı tanımlayıcı özellikler olarak kabul edilmektedir. Bireylere suçun hatırlatılması, suçlu ile empati kurması, affetmeyi taahhüt etmesi, affetmeme duygularının üstesinden gelmesi de etkili hemşirelik girişimlerinin bileşenleri arasında yer almaktadır (Wade ve diğerleri, 2005). Ayrıca, KLP hemşireleri yaşamı tehdit eden hastalıklarda da hasta ve yakınlarının hastalığı kabullenmesinden yas evresine kadar acısını önleme veya dindirme, fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin belirlenip karşılanmasına yönelik de girişimlerde bulunmaktadır (Hudson ve diğerleri, 2010). Hemşirelik bakımının yanı sıra yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarından da; refahı sağlama, acıyı azaltma, hastanın bakımı sırasında yaşam sonu bakımı kolaylaştırmak için özbakım, yara bakımı, beslenme, pozisyon verme gibi çeşitli görevleri yerine getirme ve sürekliliğini sağlamada yardımcı olmaları beklenmektedir (Nijboer ve diğerleri, 2000; Van der Lee ve diğerleri, 2018). Bu süreç içinde yaşamın son dönemindeki hastalarına bakım veren hasta

yakınları hastalığa bağlı olarak hastalarının yaşadıkları semptomların yönetimi, ekonomik zorluklar gibi güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Hudson ve Aranda, 2014; Hudson ve diğerleri, 2010; Krug ve ark, 2016). Ayrıca hasta yakınları bakım verme konusunda bilgi ve becerilerinin olmaması, hastalarına bakım verirken yanlış yapma, zarar verme ve yapılması gereken uygulamaları yapamama gibi nedenlerle kaygı da yaşamaktadırlar (Aksakal, 2014). Aslında yaşamın sonuna yaklaşmış bireylere bakım verme nedeniyle yaşanan olumsuzluklar, hasta yakınının fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen bir yük olarak görülmektedir (Fujinami ve diğerleri, 2015). Sürekli bakım vermenin getirdiği bakım yükü, hasta yakınlarının kendilerine yeterince zaman ayırmalarını engellemekle birlikte, ruhsal sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun sonucunda hasta yakınları sıkıntı hissi, mutsuzluk, huzursuzluk, çaresizlik, depresyon, sosyal izolasyon, kaygı, öfke, korku, suçluluk, endişe, umutsuzluk ve utanç duyguları gibi duygusal ve psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar. Ayrıca, hastasının sona doğru yaklaştığını görmesi bireyde kaybetme korkusu ve ölüm kaygısı duygularının oluşmasına neden olmaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003; Haun ve diğerleri, 2014; Karaaslan, 2013; Uslu ve diğerleri, 2018). Semenova ve Stadtlander (2016) tarafından yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları ile yapılan çalışmada, hasta yakınlarının ölüm kaygısının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada ölüm kaygısı baş etmeyi engelleyen bir faktör ve psikolojik sıkıntının da önemli bir yordayıcısı olarak görülmüştür. Hasta yakınları bu sıkıntıları daha fazla yaşamaları, hasta yakınlarının hastalarıyla olan iletişimlerinin bozulmasına, hastalarına uygun şekilde yardım edememelerine, destek olamamalarına ve bakım verme sorumluluklarını tam olarak yerine getirememelerine de neden olmaktadır (Sarı ve diğerleri, 2010).

Yaşamın sonuna gelmiş hastaların yakınlarının yas sürecini daha uyumlu geçirmelerini, hastalarının ölümüne kadar geçen süreyi daha anlamlı kılmalarını ve psikolojik iyi oluşlarını sağlamak için affetmenin önemli bir süreç olduğu öne sürülmektedir (McCullough ve diğerleri, 1997). Affetmek, sosyal, fiziksel, ruhsal sağlığı ve psikolojik iyi oluşu etkilemektedir. Affetmek kişinin kontrol, özsaygı ve özdeğer duygularını yeniden kazanmasını sağlamaktadır (McCullough ve diğerleri, 1997). Affetmek, kişiye manevi ve ruhsal olgunluk kazandırırken öfke, suçluluk, utanç, kaygı, pişmanlık ve üzüntü gibi negatif duyguların azalmasına; kişinin sağlıklı ilişkiler kurmasına; ikili ilişkilerde ilişki doyumunun artmasına; kişinin anı yaşama becerisini geliştirmesine yardımcı olmaktadır (McCullough ve diğerleri, 1997). Aynı zamanda affetmek, kişinin sağlıklı ilişkiler kurmasını, ilişki doyumunun artmasını ve ölümü kabul etmesini sağlamaktadır (Tekinalp ve Terzi, 2012).

Festa ve Tuck (2000) tarafından hemşirelerle yapılan bir araştırmada, affetmenin hastalıkları hafifletme ve iyileştirme üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle, affetmenin hemşirelik uygulamalarında, hasta ve yakınlarına bütüncül bakım sağlamada merkezi bir öneme sahip olduğu belirtilmiştir. Ferrell ve diğeri (2014) tarafından palyatif bakım hemşireleri ile yapılan diğeri çalışmada da, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarının affetme ile, öfkeyi bırakma ve hayatın kısalığını anlamaya yönelik yeni bir bakış açısı kazanabilecekleri ifade edilmiştir. Affetmenin, onlar için neyin gerçekten önemli olduğunun farkına varmalarını sağlamada ve bakım yükünü azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu süreçte, hemşireler tarafından hasta ve yakınlarının öfkeyi bırakmaları ve affetmeyi seçmeleri için yargılayıcı olmayan, ilgi gösteren, dinleyen, önemseyen, güvenilen insanlara açılmaya ve suç ya da suçlu ile ilgili duygularını paylaşmaya istekli olduklarının gözlemlendiği ifade edilmiştir. Böylece hemşireler, affetme ile yaşamın son dönemindeki hasta ve yakınlarına daha iyi bir bakım sağlanmış olacağını savunmuşlardır.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireleri sadece bakımı uygulamakla kalmayıp aynı zamanda danışmanlık ve eğitici rolleriyle, aldıkları eğitimlerle bireysel ya da grup psikoeğitimleri uygulayabilmektedirler (T.C. Resmi Gazete, 2010). KLP hemşireleri, bu süreçte hasta yakınlarının öfke, suçluluk, üzüntü, pişmanlık gibi duygularını ifade etmeleri, baş etme yöntemlerini güçlendirmeleri, etkili destek güçlerini harekete geçirmeleri ve bunların hayatlarına olan etkisinin farkına varmaları için desteklemelidir (Ferrell ve diğeri, 2014; McCullough ve diğeri, 1997; Tekinalp ve Terzi, 2012; Wade ve diğeri, 2005). KLP hemşirelerinin, rollerini göz önüne alarak, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına affetme psikoeğitimi uygulayarak affetme eğilimlerini arttırmada, ölüm kaygısı ve bakım yüklerini azaltmada etkili olabileceği gibi hasta yakınlarına gereksinim duyduğu bakım, eğitim ve danışmanlık desteğini de sağlayabileceği söylenebilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin hasta yakınlarının affetme, ölüm kaygısı ve bakım verme yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Affetme psikoeğitiminin değişime olan katkısını ortaya koymak amacıyla "ön test, son test, bir aylık izlem ve üç aylık izlem" ölçümlerinin alındığı randomize kontrollü deneysel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada uygulanan eğitim için hazırlanmış olan araştırma modeli Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Araştırma modeli

Gruplar	Ön Test	Eğitim	Son Test	1 Aylık İzlem	3 Aylık İzlem
Deney Grubu	Kişisel Bilgi Formu Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği	Affetme Psikoeğitim Programı	Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği	Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği	Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği
Kontrol Grubu	Kişisel Bilgi Formu Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği		Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği	Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği	Heartland Affetme Ölçeği Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Bakım Verme Yükü Ölçeği

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İzmir İl Merkezi'ne bağlı Bergama İlçesi'nde bulunan Bergama Necle-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Toplamda 250 yatak kapasiteli, iki genel, bir koroner ve bir yenidoğan yoğun bakım ünitesi, bir ameliyathane salonu, 15 servis birimi mevcuttur.

Araştırma, Palyatif Bakım Birimi'nde yatan, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları ile yapılmıştır. Palyatif Bakım Birimi ekibi bir uzman hekim, iki pratisyen hekim, sekiz hemşire, bir diyetisyen, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir fizyoterapist, bir manevi destek uzmanı ve beş temizlik personeli ile hizmet vermektedir. Palyatif Bakım Birimi, toplamda 17 yataklı bir servis olup; dört odası iki yataklı, dokuz odası tek yataklıdır. Ayrıca, birimde görüşme odası, çok amaçlı toplantı salonu, hemşire odası ve hekim odası bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde, Covid-19 pandemi süreci nedeniyle, iki yataklı odalara da tek hasta yatışı kabul edilmiştir. Birimde monitörlü gözlem odası bulunmamaktadır. Hasta odalarında oksijen sistemi, aspiratör ve kuru hava jakları bulunmakta olup lüzüm halinde acil arabası (acil müdahale malzeme ve ilaçları bulunmaktadır) çekilmektedir. Hastaların özbakımından beslenmesine kadar sorumlu olan, bakımını sağlayan ve hemşirelere yardım eden hasta yakınları da, hastalarının yanında bulunmaktadır. Odalarda hasta yatağı dışında, hasta yakınlarının dinlenebilecekleri ve uyuyabilecekleri sadece bir koltuk mevcuttur. Hasta yakınlarının dinlenebilecekleri, vakit geçirebilecekleri, etkinlik yapabilecekleri başka bir alan bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, Haziran 2020-Kasım 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri, Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Birimi'nde yatan hastaların yakınları ile yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Birimi'nde yatan yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları oluşturmaktadır (N=130).

Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlerken literatürdeki benzer çalışmalar incelenmiştir (Üzüm ve Nehir, 2019; Ay Kaatsız ve Öz, 2020). Çalışmanın örneklem büyüklüğü G Power Programı kullanılarak %95 güven aralığında hesaplanmıştır. Buna göre deney ve kontrol grupları arasında etki büyüklüğü sağlamak için, birçok ortalama arasındaki

farkın büyüklüğünü standart biçimde ifade etmede kullanılan Cohen $f(0.25)$ değerine göre hesaplanmış olup (Cohen, 1988), alfa değeri 0.05 ve 0.80 güç düzeyinde deney grubunda 14 hasta yakını, kontrol grubunda 14 hasta yakını olmak üzere, en az ulaşılması gereken hasta yakını sayısı toplamda minimum 28 olarak bulunmuştur. Olası veri kayıpları da düşünülerek desen etkisi 2.0 alındığında deney grubu için 28, kontrol grubu için 28 olmak üzere ulaşılması gerekli toplam hasta yakını 56 olarak hesaplanmıştır. Çalışma, psikoeğitim sonrası üçüncü ay izlem sonunda 28 deney grubu, 28 kontrol grubu hasta yakını ile tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

3.5.1. Alınma Kriterleri:

1. 18 yaş ve üzeri olmak,
2. Araştırma yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye ve yeterli iletişim becerisine sahip olmak,
3. Palyatif bakım biriminde, yaşamın son dönemindeki hastanın yakını olmak,
4. Hasta ile aynı evde yaşıyor olmak,
5. Hastaya bakım veren birkaç kişi olması halinde, yalnızca bir hasta yakını almak.

3.5.2. Dışlanma Kriterleri:

1. Ücretli bakım verici olmak.

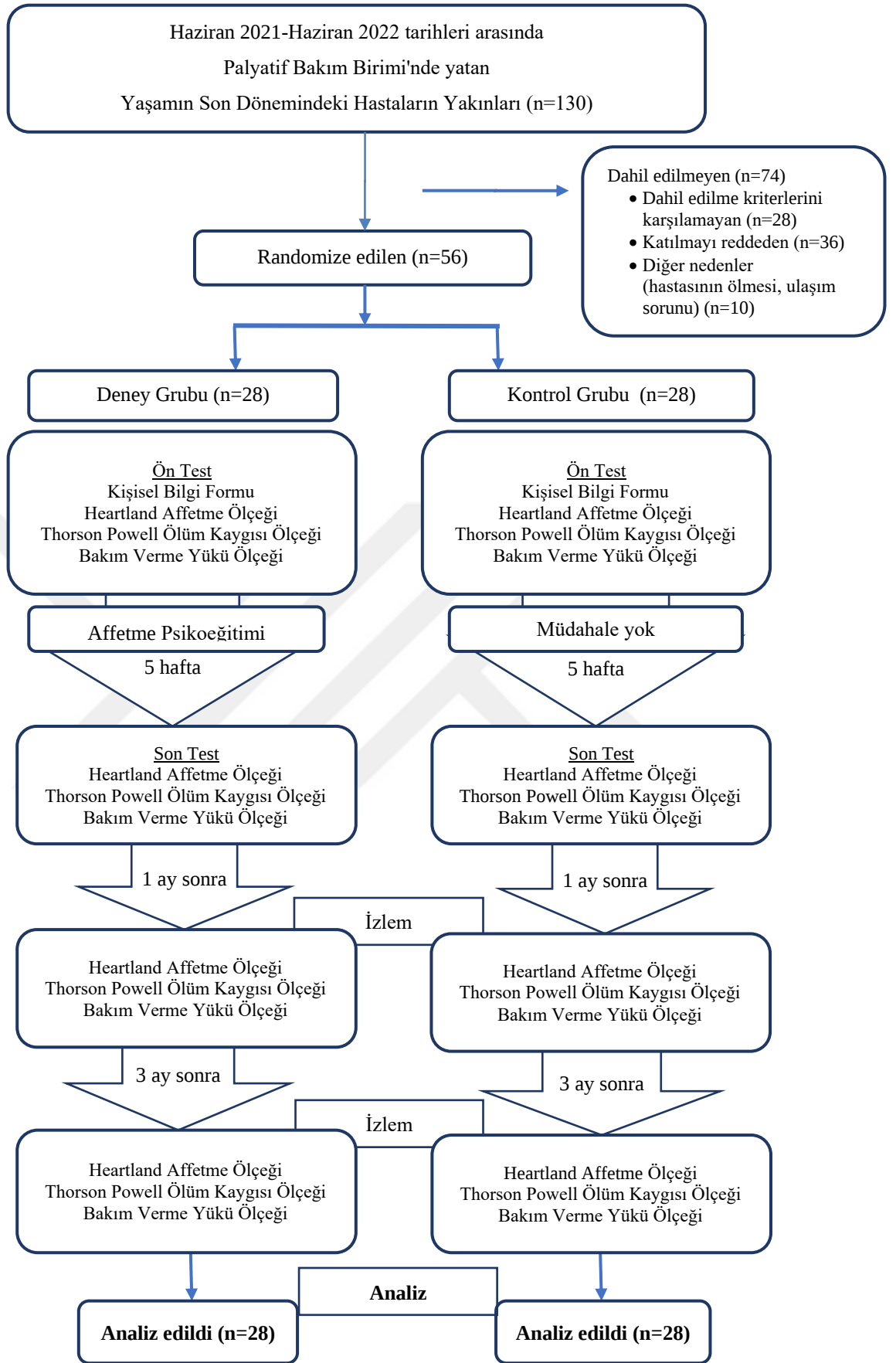
3.5.3. Çıkarılma Kriterleri:

1. Veri toplama formlarını eksik doldurma,
2. 3 oturum üst üste eğitimlere gelmeme,

3. Bakım verdiği hastasının ölmesi (birey eğitilere devam edebilecek, ancak toplanan veriler araştırma için kullanılmayacaktır.).

3.6. Randomizasyon

Araştırmaya katılmayı kabul eden 56 yaşamın son dönemindeki hastanın yakını çalışma grubuna alınmıştır. Çalışmada hasta yakınları, hastalarının yatış sırasına göre sıralandırılmışlardır. Başlangıç aşamasında yapılan kura ile tek numaraların deney, çift numaraların ise kontrol grubuna atanmasına karar verilmiştir. Buna göre araştırma verilerinin toplanması aşamasında araştırmanın yapılacağı palyatif bakım birimine yatan hasta yakınlarının (araştırmaya katılım kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü) randomizasyon (kontrol 1, deney 1 şeklinde) yöntemi ile hangi grupta (deney veya kontrol) yer alacakları belirlenmiştir. Grup sayısına ulaşıldıkça psikoeğitim uygulanmıştır. Katılımcıların uygun olduğu gün ve saatler göz önünde bulundurulmuştur. Oturumların gün ve saatlerine birlikte karar verilmiştir. Araştırmanın akış şeması şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın CONSORT akış şeması

Randomizasyon sonrası deney ve kontrol grubunda yer alan hasta yakınları arasında, sosyodemografik özellikler açısından fark olup olmadığının kontrolü yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu hasta yakınları arasında sosyodemografik özellikler açısından fark olup olmadığı ki-kare testi ile incelenmiştir.

Tablo 2. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Test değeri	P
	N	%	N	%	N	%		
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	47.18±9.81		44.89±9.99		46.04±9.87		t=-0.864	0.391
Cinsiyet								
Kadın	22	78.6	21	75.0	43	76.8	X ² =0.100	0.752
Erkek	6	21.4	7	25.0	13	23.2		
Medeni Durum								
Evli	24	85.7	22	78.6	46	82.1	X ² =0.487	0.485
Bekar	4	14.3	6	21.4	10	17.9		
Yakınlık Derecesi								
Eşi	12	42.9	8	28.6	20	35.7	X ² =1.528 ^f	0.706
Annesi	7	25.0	8	28.6	15	26.8		
Babası	8	28.6	10	35.7	18	32.1		
Kardeşi	1	3.6	2	7.1	3	5.4		
Eğitim Durumu								
İlkokul	19	67.9	11	39.3	30	53.6	X ² =8.163 ^f	0.017*
Lise	5	17.9	3	10.7	8	14.3		
Lisans	4	14.3	14	50.0	18	32.1		
Yaşanan Yer								
Köy	4	14.3	7	25.0	11	19.6	X ² =4.973 ^f	0.083
İlçe	21	75.0	13	46.4	34	60.7		
İl	3	10.7	8	28.6	11	19.6		
Aile Yapısı								
Çekirdek	26	92.9	23	82.1	49	87.5	X ² =1.469 ^f	0.422
Geniş	2	7.1	5	17.9	7	12.5		
Çocuk Sayısı								
Yok	1	3.6	6	21.4	7	12.5	X ² =4.082	0.043*
Var	27	96.5	22	78.5	49	87.5		
Dini İnanç								
Zayıf	3	10.7	3	10.7	6	10.8	X ² =0.095 ^f	0.953
Orta	8	28.6	7	25.0	15	26.8		
Güçlü	17	60.7	18	64.3	35	62.5		
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	7	25.0	12	42.9	19	33.9	X ² =2.657 ^f	0.266
Gelir gidere eşit	19	67.9	13	46.4	32	57.1		
Gelir giderden fazla	2	7.1	3	10.7	5	8.9		

X²: Ki-kare test istatistiği, ^f:Fisher ki-kare test istatistiği, t:bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0.05

Deney ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından fark olup olmadığı kıkare testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda deney ve kontrol grubunda yer alan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikler açısından yaş, cinsiyet, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, yaşanan yer, aile yapısı, dini inanç ve gelir durumuna göre aralarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı, grupların benzer sosyodemografik özelliklere sahip olduğu ($p<0.05$); eğitim durumu, çocuk sayısına göre ise istatistiksel olarak fark olduğu ve grupların benzer dağılmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 2).

3.7. Affetme Psikoeğitiminin Hazırlanması Süreci

Hazırlanan affetme psikoeğitim programı için öncelikle affetmeyi artırma konusunda yapılan deneysel çalışmalar incelenmiştir. Hansen (2009)'ın yaptığı deneysel çalışmada Enright (1996)'ın affetme süreç modeli temel alınarak bilişsel, davranışsal, duyuşsal evreleri içeren dört oturumdan oluşturulmuş bir program hazırlanmıştır. Diğer bir çalışma da, Toussaint ve diğerleri (2014)'nin Worthington'un REACH Affetme Modeli'ni temel alarak yaptığı psikoeğitim programıdır. Bu çalışmada, uygulanan affetme psikoeğitimi, kişilerin duygusal affetmeyi kavramasına yardımcı olmak için kullanılan Worthington'un REACH Affetme Modeli'ne dayanmaktadır. Bu modelde, duygu, düşünce ve davranışların etkileşim halinde olduğuna dikkat çekmektedir. Bu model, "REACH" kelimesi ile kısaltılan, belirli bir hatayı affetmeye yönelik beş aşamadan oluşmaktadır (Worthington, 2001; Worthington, 1998).

R–(Recall) "Hatırlama/Duyguları uyandırma": Üzüntü/acı veren kırgınlıklarınızı düşünmek ve hatırlamak.

E–(Empathize) "Empati": İnciten kişinin bakış açısını anlamaya çalışmak.

A–(Altruism) "Özgecilik/Başkalarını düşünme": Özgecil bir şekilde affetmeye karar vermek.

C–(Committing) "Söz vermek": Sizi inciten kişiyi alenen affetmek ve affettiğinizi ifade etmek.

H–(Holding On) "Sözünde durmak/Sürdürmek": Kırıldığınızı unutmamak, fakat affetmeyi seçtiğinizi kendinize hatırlatmak.

Affetme psikoeğitiminin standart bir içeriği olmaması ve farklı gruplarda, gruplara özel eğitim içeriği hazırlanması sebebiyle literatürde affetme terapisi, affetme temelli müdahale programı ve affetme eğitim içerikleri incelenmiş ve affetme psikoeğitimi hazırlanmıştır (Bugay ve Demir 2012; Çolak ve Koç, 2016; Hansen ve diğerleri, 2009; Renz ve diğerleri, 2019; Worthington, 2013). Affetme Psikoeğitimi, eğitimsel içeriğe sahip, çok sayıda çeşitli egzersiz, video ve ödevlerin yer aldığı, davranış, düşünce ve duygulara yönelik bireylerin farkındalık kazanmalarını sağlayan yapılandırılmış oturumlardan oluşan bir psikoeğitim programıdır (Ek 9). Oluşturulan bu psikoeğitim affetme konusunda uzman ve çalışmaları olan 10 kişiye gönderilmiştir. Ancak, sadece dört akademisyen psikiyatri hemşiresi tarafından değerlendirilmiş ve geribildirimde bulunulmuştur. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre, oturum sayısı 12'den 9'a düşürülmüştür. Oturum süreleri ise 90-120 dakikadan 60-90 dakika olarak azaltılmış ve psikoeğitime son şekli verilmiştir.

Psikoeğitim programı 8-10 kişilik gruplar halinde planlanmış, fakat Covid-19 pandemi süreci nedeniyle 4-5 kişilik gruplar halinde haftada 2 oturum, son hafta 1 oturum şeklinde 60-90 dakikadan oluşan 9 oturumdan oluşmuştur. Araştırmada, deney grubuna 9 oturumluk affetme psikoeğitim programı uygulanırken kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Araştırma kapsamında, bilimsel eğitim içeriğine katkı sağlamak adına hasta yakınlarına verilen affetme psikoeğitimi için Prof. Dr. Esra ENGİN ve Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ tarafından yürütülen, 20 Kasım 2018 tarihinde V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde 8 saatlik "Affetme Eğitimi" alınmıştır.

3.7.1. Pilot Çalışma

Araştırma öncesinde hasta yakınlarına verilecek olan affetme psikoeğitiminin etkinliğinin incelenmesi amacıyla bir pilot çalışma uygulanmıştır. REACH affetme müdahale modeline dayalı ve uzman görüşü alınarak hazırlanan affetme psikoeğitimi deney grubuna uygulamaya başlamadan önce eğitimin içerik olarak istenen nitelikte olup olmadığını anlamak amacıyla araştırmanın örneklem grubunda yer almayan, Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Birimi'nde yatan üç hasta yakınına affetme psikoeğitimi 4 haftada (haftada 2 oturum, son haftada 3 oturum olacak şekilde toplam 9 oturum) uygulanmıştır (02/02/2021-28/02/2021 tarihleri arasında) ve hazırlanan affetme psikoeğitiminin uygulama için anlaşılır ve uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

3.7.2. Affetme Psikoeğitiminin Uygulanma Süreci

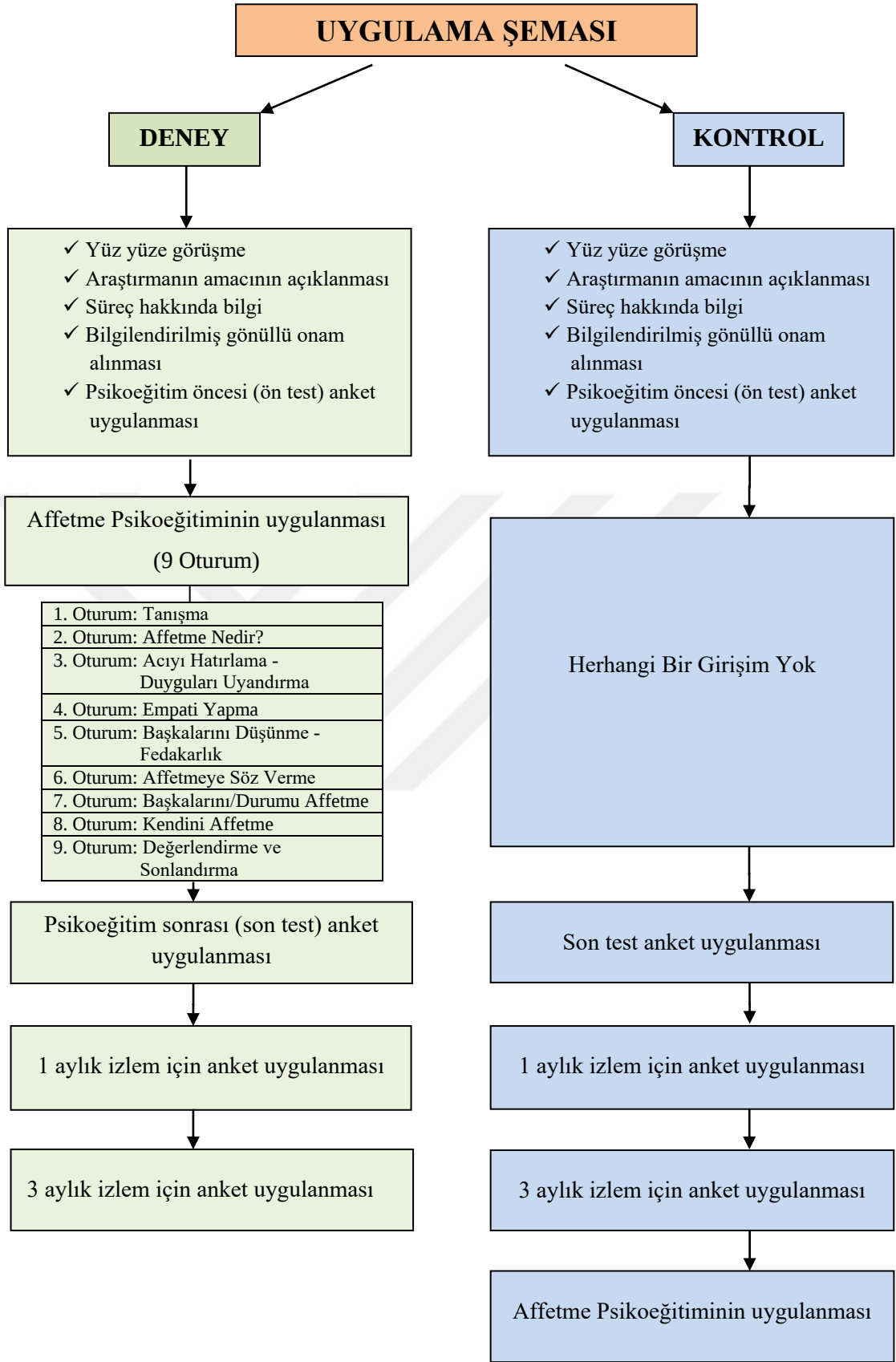
Örneklem grubunda yer alan deney ve kontrol grubu ile ilk buluşmada yüz yüze görüşme yapılmıştır. Çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapıp, bilgilendirilmiş gönüllü onam formlarını doldurmaları istenmiş ve dolduranlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Bilgilendirme sonrası, her iki grupta yer alan hasta yakınlarına psikoeğitim öncesi doldurulması gereken veri toplama formları uygulanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak 30-40 dakika sürmüştür.

Araştırmanın uygulama aşamasında, deney ve kontrol grubunda yer alan hasta yakınlarından psikoeğitim öncesi "kişisel bilgi formu, Heartland Affetme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği" ile veriler toplanmıştır. Psikoeğitimin son oturumu tamamlandığında deney grubu hasta yakınlarından eğitimin başında doldurdıkları "Heartland Affetme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği" formlarını bir kez daha doldurmaları istenmiştir. Kontrol grubunda yer alan hasta yakınlarından da benzer şekilde, anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Psikoeğitim oturumlarının tamamlanmasından, 1 ay ve 3 ay sonra deney ve kontrol grubunda yer alan hasta yakınlarından yeniden "Heartland Affetme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği" formları ile veri toplanmıştır. Hasta yakınlarının, hastası taburcu olduğunda, yine araştırmacı tarafından telefonla görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Psikoeğitimin uygulama şeması Şekil 2'de gösterilmiştir.

Deney grubuna affetme psikoeğitimi uygulanırken, kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Deney grubuna, affetme psikoeğitiminin içeriği hakkında, oturumların yeri, zamanı ve süresi hakkında bilgi verilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarına 4-5 kişilik gruplar halinde haftada 2 oturum, son hafta 1 oturum şeklinde 60-90 dakikadan oluşan toplamda 5 haftalık (9 oturumluk) psikoeğitim verilmiştir. Oturumlar, birimde yer alan görüşme odası ve projektör, yazı tahtası, bilgisayarın olduğu çok amaçlı toplantı salonunda uygulanmıştır. Oturumların gün ve saatlerine, hasta yakınları ile karar verilmiştir. Hasta yakınlarının, hastası taburcu olduğunda, yine araştırmacı tarafından telefonla görüşme yoluyla eğitimin yapıldığı tarih ve saat konusunda bilgilendirme yapıp eğitime dahil edilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarına verilen affetme psikoeğitiminde; "affetme nedir?", "acıyı hatırlama-duyguları uyandırma", "empati yapma", "başkalarını düşünme-fedakarlık", "affetmeye söz verme", "başkalarını/durumu affetme", "kendini affetme" ve "uygulamanın

değerlendirilmesi" konularına yer verilmiştir. Oturumlarda soru-cevap, egzersizler, kısa videolar ve ödevler gibi öğrenme etkinlikleri kullanılarak belirlenen konular anlatılmış ve tartışılmıştır. Her oturum sonunda grup üyelerinin o günkü oturumda neler öğrendiği; davranışları, düşünceleri ve duygularına ilişkin fark ettikleri ve bunların kendilerine katkıları konusunda geribildirim vermeleri amacıyla "Değerlendirme Formu" doldurmaları sağlanmıştır. Affetme Psikoeğitiminin içeriğine ilişkin ayrıntılar Ek 9'da sunulmuştur. Kontrol grubunda yer alan hasta yakınlarına da, araştırmanın üçüncü ay izlemi sonrası, Temmuz 2022 tarihinde, haftada 2 oturum, son hafta 3 oturum şeklinde 60-90 dakikadan oluşan toplamda 4 haftalık (9 oturumluk) affetme psikoeğitimi uygulanmıştır.





Şekil 2. Uygulama şeması

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Affetme Psikoeğitimi.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Hasta yakınlarının affetme, ölüm kaygısı ve bakım verme yükü ölçeklerinden alınan puan ortalamaları.

3.9. Veri Toplama Araçları

Veri toplama formları olarak, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan kişisel bilgi formunun yanı sıra, "Heartland Affetme Ölçeği", "Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği", "Bakım Verme Yükü Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada, kullanılan ölçeklerin geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacılar tarafından kullanım izni alınmıştır (Ek 3-5).

3.9.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından alanyazın taranarak hazırlanmış olup (Okçin, 2007; Orak ve Sezgin, 2015; Yıldız ve diğerleri, 2016), hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile ilgili (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, aile yapısı, çocuk sayısı, meslek, çalışma durumu, dini inanç, gelir düzeyi, hasta ile olan yakınlık derecesi, bakmakla yükümlü olduğu başka kişilerin varlığı, kronik hastalık durumu, hastasının tanısı, tedavi süreci, uygulanan tedavi türleri, kanser tanılı başka bireye bakım verme durumu, bakım konusunda destek alma durumu, bakım verme süresi, sorumluluklarını etkileme durumu, bakım verirken hissedilen duygular ve baş etme yöntemleri) 25 soru içeren bir formdur.

3.9.2. Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ) (Ek 2)

Thompson ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin Türk kültürü için çeviri ve uyarlama çalışması Bugay ve Demir (2010), Türkçe geçerlik ve güvenirliği Bugay ve diğerleri (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplamda 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek

"Kendini Affetme", "Başkalarını Affetme" ve "Durumu Affetme" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Kendini Affetme boyutu; 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6. maddeler

Başkalarını Affetme boyutu; 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12. maddeler

Durumu Affetme boyutu; 13 – 14 – 15 – 16 – 17 – 18. maddeler

Ters Puanlanan Maddeler; 2 – 4 – 6 – 7 – 9 – 11 – 13 – 15 – 17. Maddeler

Ölçek 7'li likert tipi olarak yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçekten alınan puanların artması, affetme eğiliminin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Bugay ve diğerleri, 2012; Thompson ve diğerleri, 2005). Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ölçeğin tümü için 0.81 kendini affetme alt ölçeği için 0.64, başkalarını affetme alt ölçeği için 0.79 ve durumu affetme alt ölçeği için 0.76 olarak bulunmuştur (Bugay ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tümü için 0.90, kendini affetme alt ölçeği için 0.78, başkalarını affetme alt ölçeği için 0.79 ve durumu affetme alt ölçeği için 0.85 olarak bulunmuştur.

3.9.3. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ) (Ek 2)

İlk defa Nehrke (1973) tarafından kullanılan ölçek, Boyar (1964) ve Templer (1970)'in ölçeklerinin birleştirilmesi ve Nehrke'nin bu ölçeğe bir madde daha eklemesiyle oluşmuştur (Boyar, 1964; Nehrke, 1973; Templer, 1970). Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen ölçek, Karaca ve Yıldız (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 17 maddesi, olumlu cümle yapısında (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24), diğer 8 madde ise olumsuz cümle yapısındadır (4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25). Ölçekte 5 dereceli likert tipi kullanılmıştır (fikrime çok uygun; fikrime uygun; kararsızım; fikrime aykırı; fikrime çok aykırı). Ölçekte, 0'dan 4'e kadar, zayıftan kuvvetliye doğru puanlama yapılmıştır. Böylece ölçekten en düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Karaca ve Yıldız, 2001; Thorson ve Powell, 1992). Thorson Powell ölüm kaygısı ölçeğinin korelasyon katsayısı 0.73, Cronbach's alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir (Karaca ve Yıldız, 2001). Bu çalışmada ise ölçeğin alfa katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

3.9.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVYÖ) (Ek 2)

Zarit ve diğlerleri (1980) tarafından geliştirilen ölçeğın Türkçe geçerlik ve güvenirliliğı İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "oldukça sık", "hemen her zaman" şeklinde 0' dan 4' e kadar değişen likert tipi olarak bakım verenin kendisi ya da araştırmacı tarafından doldurulabilmektedir. Ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alınabilmektedir. (İnci ve Erdem, 2008). Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve diğlerleri, 1980). Ölçeğın birçok ülkede geçerlilik ve güvenirliliğı değerlendirilmiş olup Cronbach alfa katsayısı 0.87-0.94 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ise, ölçeğın Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ve Uygulanan İstatistiksel Analizler

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırma öncesi deney ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler yönünden benzer olup olmadıklarını test etmek için Ki-Kare Testi ve varsayımı sağlamadığı durumlarda Fisher Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediğı deney grubu (n=28) ve kontrol grubu (n=28) Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir (Büyüköztürk ve diğlerleri, 2011; Karagöz, 2017). Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test, son test ve izlem ölçümleri sonuçlarında affetme, affetme alt boyutları, ölüm kaygısı, bakım verme yüğü puan ortalamalarının normal dağılıma uygunluk yönünden incelendiğinde, her iki grupta da affetme, affetme alt boyutları, ölüm kaygısı ve bakım verme yüğü ölçeğı puan ortalamaları normal dağılım göstermektedir ($p>0.05$). Normal dağılıma sahip grup içi ön test, son test ve izlem ölçümleri sonuçlarında, dört farklı zamanda yapılan ölçüm karşılaştırmasında, affetme, affetme alt boyutları, ölüm kaygısı ve bakım

verme yükü puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçüm sonuçları, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılığın hangi zamanlar arasında olduğu Bonferroni analizi ile test edilmiştir (Fan ve Zhang, 2017; Field, 2009; Karagöz, 2017; Morgan ve Case, 2013). Anlamlı farklılık tespit edilen analizlerde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek için eta-kare (η^2) etki büyüklüğü katsayıları hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü katsayılarının yorumlanmasında ise, eta-kare (η^2) değeri için, .01 düzeyine yakın etki büyüklüğü "küçük", .06 düzeyine yakın etki büyüklüğü "orta", .14 düzeyine yakın etki büyüklüğü ise "büyük" etki büyüklüğü olarak yorumlanmıştır (Büyüköztürk ve diğerleri, 2011; Cohen, 1988; Karagöz, 2017).

Araştırmada psikoeğitim öncesinde ve sonunda, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarına eş zamanlı olarak uygulanan ölçeklerden elde edilen verilere göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel analizler, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının öntest, sontest ve izlem ölçümleri sonucunda, affetme, affetme alt boyutları, ölüm kaygısı ve bakım verme yükü puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t testi (independent samples t test) kullanılmıştır (Field, 2009; Karagöz, 2017).

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce veri toplamada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliğini yapmış olan araştırmacılardan kullanım izni alınmıştır (Ek 3-5). Araştırma için 07.05.2020 tarihli 50107718-050.99 nolu Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni (Ek 6) ve Etik Kurul değişiklik sonrası izni (Ek 7), Bergama Necle-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi'nde çalışmayı yapabilmek için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek 8) alınmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarından sözel ve araştırmanın yapılma amacı, sürecin açıklandığı "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" ile yazılı onam alınmıştır (Ek 1). Kontrol grubuna da araştırmanın üçüncü ay izlemi sonrası, Temmuz 2022 tarihinde, affetme psikoeğitimi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin affetme, ölüm kaygısı ve bakım yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

	Heartland Affetme Ölçeği				
Grup			İzlem		Test**
	Ön Test	Son Test	1. Ay	3. Ay	
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	
Deney	66.11±25.35	107.57±13.15	98.14±14.32	89.82±13.80	F= 65.237 p= 0.000*
Kontrol	71.54±18.45	69.64±17.34	65.57±17.01	64.64±16.43	F= 8.321 p= 0.001*
Test*	t= 0.916 p= 0.364	t= -9.223 p= 0.000*	t= -7.751 p= 0.000*	t= -6.209 p= 0.000*	
Etki					
	F		P		η^2
Grup	30.059		0.000*		0.358
Zaman	45.102		0.000*		0.455
Grup*Zaman	61.334		0.000*		0.532

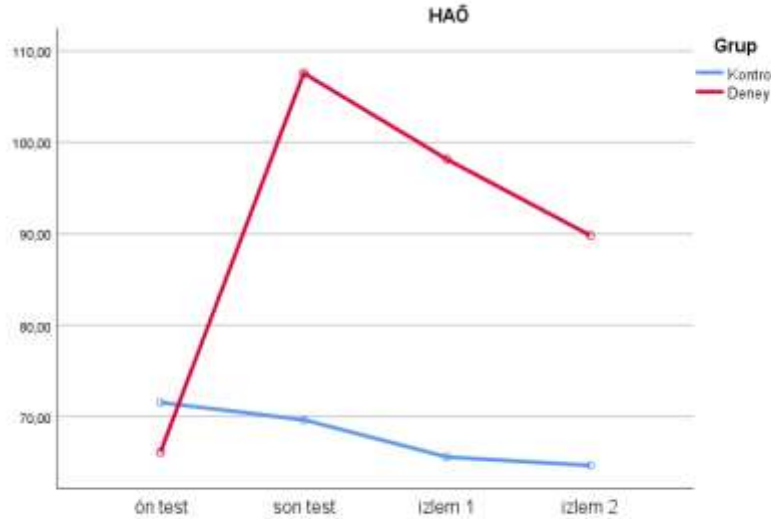
*p<0.05, **F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi test istatistiği, *t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Tablo 3'te, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubu hasta yakınlarının ön test ölçümlerinde Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamaları (66.11±25.35) ile kontrol grubu toplam puan ortalamaları (71.54±18.45) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.364). Deney grubu hasta yakınlarının

son test ölçümlerinde Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamaları (107.57 ± 13.15) kontrol grubu toplam puan ortalamalarına (69.64 ± 17.34) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.000$). Deney grubu hasta yakınlarının 1. ay ölçümlerinde Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamaları (98.14 ± 14.32) kontrol grubu toplam puan ortalamalarına (65.57 ± 17.01) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.000$). Deney grubu hasta yakınlarının 3. ay ölçümlerinde Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamaları (89.82 ± 13.80) kontrol grubu toplam puan ortalamalarına (64.64 ± 16.43) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.000$).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, psikoeğitim uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur ($F=30.059$; $p=0.000$, $\eta^2=0.358$). Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, son test ve izlem ölçümlerinde toplam affetme puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur ($F=45.102$; $p=0.000$, $\eta^2=0.455$). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür ($F=61.334$; $p=0.000$, $\eta^2=0.532$). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler psikoeğitimin toplam affetme düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir.



Şekil 3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği toplam puan ortalamaları zamansal ölçüm grafiği olarak Şekil 3’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği kendini affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

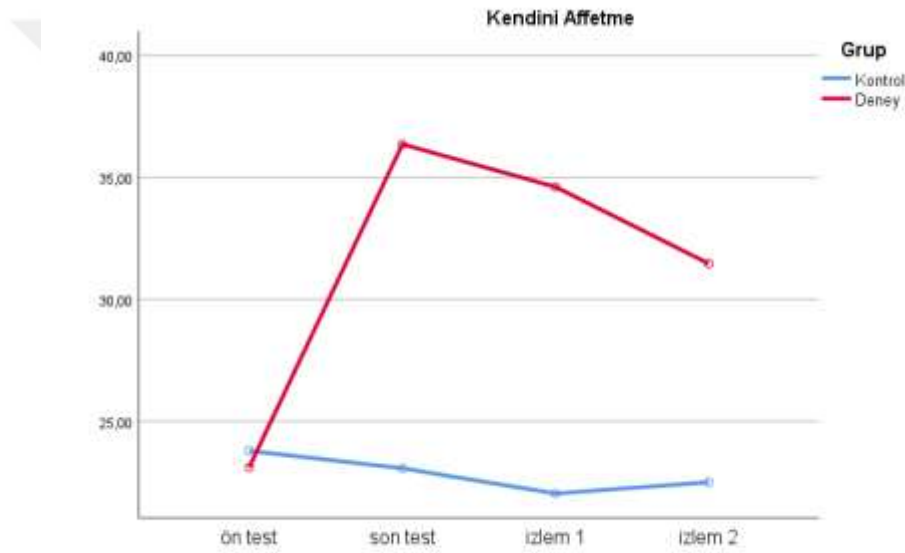
	Kendini Affetme				
Grup			İzlem		Test**
	Ön Test	Son Test	1. Ay	3. Ay	
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	
Deney	23.11±10.39	36.36±5.74	34.61±5.57	31.46±5.91	F= 48.890 p= 0.000*
Kontrol	23.79±5.68	23.07±5.83	22.04±6.19	22.50±5.71	F= 3.680 p= 0.030*
Test*	t= 0.303 p= 0.763	t= -8.590 p= 0.000*	t= -7.990 p= 0.000*	t= -5.771 p= 0.000*	
Etki					
	F		P		η^2
Grup	30.044		0.000*		0.357
Zaman	33.566		0.000*		0.383
Grup*Zaman	47.954		0.000*		0.470

*p<0.05, **F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi test istatistiği, *: bağımsız örneklem t test istatistiği

Tablo 4’te, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği kendini affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, kendini affetme puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubu hasta yakınlarının ön test ölçümlerinde kendini affetme puan ortalamaları (23.11±10.39) ile kontrol grubu puan ortalamaları (23.79±5.68) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.763). Deney grubu hasta yakınlarının son test ölçümlerinde kendini affetme puan ortalamaları (36.36±5.74) kontrol grubu puan ortalamalarına (23.07±5.83) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 1. ay ölçümlerinde kendini affetme puan ortalamaları (34.61±5.57) kontrol grubu puan ortalamalarına (22.04±6.19) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 3. ay ölçümlerinde kendini affetme puan ortalamaları (31.46±5.91) kontrol grubu puan ortalamalarına (22.50±5.71) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının kendini affetme puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, psikoeğitim uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur ($F=30.044$; $p=0.000$, $\eta^2=0.357$). Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, son test ve izlem ölçümlerinde kendini affetme puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur ($F=33.566$; $p=0.000$, $\eta^2=0.383$). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür ($F=47.954$; $p=0.000$, $\eta^2=0.470$). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler psikoeğitimin kendini affetme düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir.



Şekil 4. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği kendini affetme ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği kendini affetme puan ortalamaları zamansal ölçüm grafiği olarak Şekil 4'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği başkalarını affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

	Başkalarını Affetme				
Grup			İzlem		Test**
	Ön Test	Son Test	1. Ay	3. Ay	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Deney	21.61±8.28	36.04±4.53	32.57±4.78	29.96±5.24	F= 59.557 p= 0.000*
Kontrol	24.14±8.30	23.07±7.86	22.25±6.86	21.25±6.93	F= 7.052 p= 0.001*
Test*	t= 1.144 p= 0.258	t= -7.557 p= 0.000*	t= -6.535 p= 0.000*	t= -5.310 p= 0.000*	
Etki					
	F		P		η2
Grup	20.681		0.000*		0.277
Zaman	37.719		0.000*		0.411
Grup*Zaman	54.949		0.000*		0.504

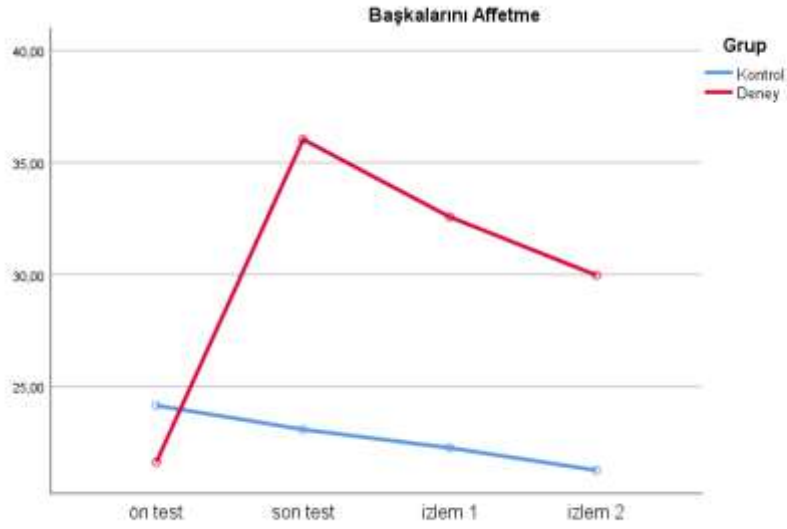
*p<0.05, **F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi test istatistiği, *t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Tablo 5’te, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği başkalarını affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, başkalarını affetme puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubu hasta yakınlarının ön test ölçümlerinde başkalarını affetme puan ortalamaları (21.61±8.28) ile kontrol grubu puan ortalamaları (24.14±8.30) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.258). Deney grubu hasta yakınlarının son test ölçümlerinde başkalarını affetme puan ortalamaları (36.04±4.53) kontrol grubu puan ortalamalarına (23.07±7.86) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 1. ay ölçümlerinde başkalarını affetme puan ortalamaları (32.57±4.78) kontrol grubu puan ortalamalarına (22.25±6.86) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 3. ay ölçümlerinde başkalarını affetme puan ortalamaları (29.96±5.24) kontrol grubu puan ortalamalarına (21.25±6.93) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının başkalarını affetme puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, psikoeğitim uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=20.681; p=0.000, η^2 =0.277).

Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, son test ve izlem ölçümlerinde başkalarını affetme puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur ($F=37.719$; $p=0.000$, $\eta^2=0.411$). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür ($F=54.949$; $p=0.000$, $\eta^2=0.504$). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler psikoeğitimin başkalarını affetme düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir.



Şekil 5. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği başkalarını affetme ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği başkalarını affetme puan ortalamaları zamansal ölçüm grafiği olarak Şekil 5'te gösterilmiştir.

Tablo 6. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği durumu affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

	Durumu Affetme				
Grup			İzlem		Test**
	Ön Test	Son Test	1. Ay	3. Ay	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Deney	21.39±9.81	35.18±5.56	30.96±6.66	28.39±5.63	F= 35.935 p= 0.000*
Kontrol	23.61±7.57	23.50±6.51	21.29±6.65	20.89±6.83	F= 4.895 p= 0.010*
Test*	t= 0.946 p= 0.349	t= -7.218 p= 0.000*	t= -5.443 p= 0.000*	t= -4.486 p= 0.000*	
Etki					
	F		P		η ²
Grup	17.726		0.000*		0.247
Zaman	24.481		0.000*		0.312
Grup*Zaman	28.104		0.000*		0.342

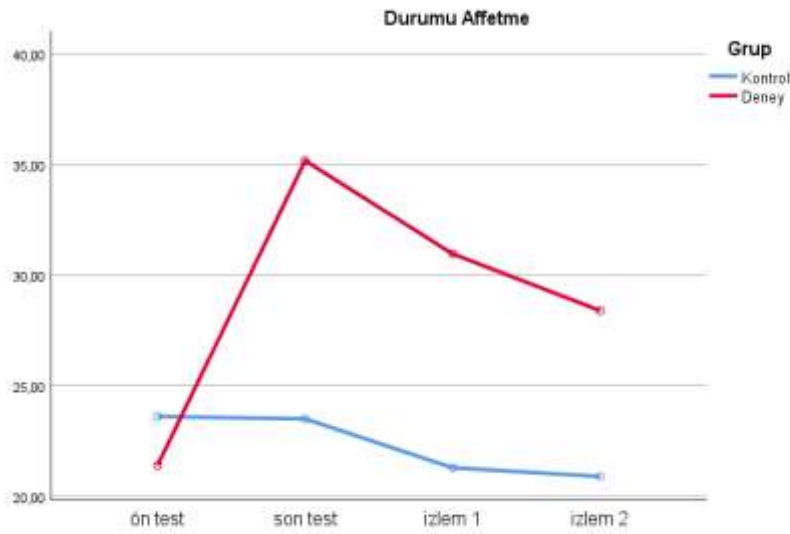
*p<0.05, **F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi test istatistiği, *t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Tablo 6'da, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği durumu affetme alt boyutu puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, durumu affetme puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubu hasta yakınlarının ön test ölçümlerinde durumu affetme puan ortalamaları (21.39±9.81) ile kontrol grubu puan ortalamaları (23.61±7.57) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.349). Deney grubu hasta yakınlarının son test ölçümlerinde durumu affetme puan ortalamaları (35.18±5.56) kontrol grubu puan ortalamalarına (23.50±6.51) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 1. ay ölçümlerinde durumu affetme puan ortalamaları (30.96±6.66) kontrol grubu puan ortalamalarına (21.29±6.65) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 3. ay ölçümlerinde durumu affetme puan ortalamaları (28.39±5.63) kontrol grubu puan ortalamalarına (20.89±6.83) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının durumu affetme puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, psikoeğitim uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=17.726; p=0.000, η^2 =0.247).

Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, son test ve izlem ölçümlerinde durumu affetme puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur ($F=24.481$; $p=0.000$, $\eta^2=0.312$). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür ($F=28.104$; $p=0.000$, $\eta^2=0.342$). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler psikoeğitimin durumu affetme düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir.



Şekil 6. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği durumu affetme ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Heartland Affetme Ölçeği durumu affetme puan ortalamaları zamansal ölçüm grafiği olarak Şekil 6'da gösterilmiştir.

Tablo 7. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

	Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği				
Grup			İzlem		Test**
	Ön Test	Son Test	1. Ay	3. Ay	
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	
Deney	60.00±18.90	20.39±12.12	36.64±11.54	44.54±13.74	F= 65.024 p= 0.000*
Kontrol	53.07±16.59	58.29±13.64	63.25±13.38	65.82±13.21	F= 45.473 p= 0.000*
Test*	t= -1.458 p= 0.151	t= 10.987 p= 0.000*	t= 7.969 p= 0.000*	t= 5.910 p= 0.000*	
Etki					
	F		P		η2
Grup	35.366		0.000*		0.396
Zaman	49.979		0.000*		0.481
Grup*Zaman	74.468		0.000*		0.580

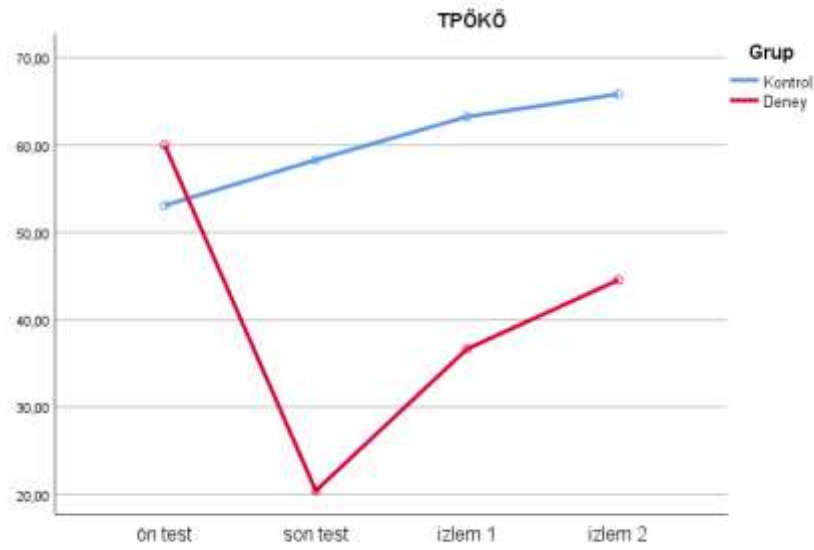
*p<0.05, **F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi test istatistiği, *: bağımsız örneklem t test istatistiği

Tablo 7’de, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubu hasta yakınlarının ön test ölçümlerinde Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları (60.00±18.90) ile kontrol grubu puan ortalamaları (53.07±16.59) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.151). Deney grubu hasta yakınlarının son test ölçümlerinde Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları (20.39±12.12) kontrol grubu puan ortalamalarına (58.29±13.64) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 1. ay ölçümlerinde Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları (36.64±11.54) kontrol grubu puan ortalamalarına (63.25±13.38) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 3. ay ölçümlerinde Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları (44.54±13.74) kontrol grubu puan ortalamalarına (65.82±13.21) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.000).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, psikoeğitim uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=35.366;

$p=0.000$, $\eta^2=0.396$). Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, son test ve izlem ölçümlerinde ölüm kaygısı puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur ($F=49.979$; $p=0.000$, $\eta^2=0.481$). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür ($F=74.468$; $p=0.000$, $\eta^2=0.580$). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler psikoeğitimin ölüm kaygısı düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir.



Şekil 7. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları zamansal ölçüm grafiği olarak Şekil 7’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

	Bakım Verme Yükü Ölçeği				
Grup			İzlem		Test**
	Ön Test	Son Test	1. Ay	3. Ay	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Deney	57.14±14.61	26.43±9.81	41.32±9.10	51.43±11.98	F= 54.312 p= 0.000*
Kontrol	43.89±17.57	49.64±15.85	58.32±13.25	62.75±11.88	F= 80.093 p= 0.000*
Test*	t= -3.068 p= 0.003*	t= 6.589 p= 0.000*	t= 5.597 p= 0.000*	t= 3.550 p= 0.001*	
Etki					
	F		P		η ²
Grup	9.705		0.000*		0.152
Zaman	59.350		0.000*		0.524
Grup*Zaman	60.212		0.000*		0.527

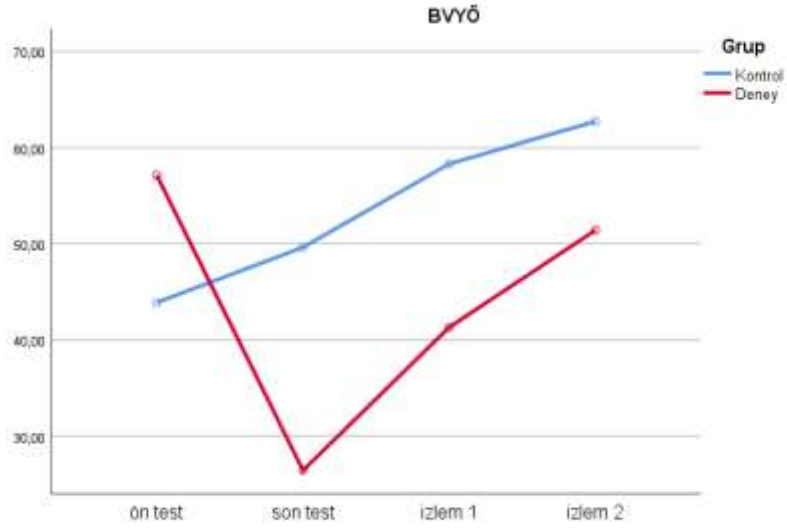
*p<0.05, **F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi test istatistiği, *t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Tablo 8'de, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının ön test, son test, 1. ay ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubu hasta yakınlarının ön test ölçümlerinde bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları (57.14±14.61) kontrol grubu puan ortalamalarına (43.89±17.57) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.003). Deney grubu hasta yakınlarının son test ölçümlerinde bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları (26.43±9.81) kontrol grubu puan ortalamalarına (49.64±15.85) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 1. ay ölçümlerinde bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları (41.32±9.10) kontrol grubu puan ortalamalarına (58.32±13.25) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.000). Deney grubu hasta yakınlarının 3. ay ölçümlerinde bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları (51.43±11.98) kontrol grubu puan ortalamalarına (62.75±11.88) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.001).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, psikoeğitim uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=9.705; p=0.000, η^2 =0.152). Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, son test ve izlem ölçümlerinde bakım verme yükü

puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur ($F=59.350$; $p=0.000$, $\eta^2=0.524$). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür ($F=60.212$; $p=0.000$, $\eta^2=0.527$). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler psikoeğitimin bakım verme yükü düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir.



Şekil 8. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi grafiği

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları zamansal ölçüm grafiği olarak Şekil 8’de gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin affetme, ölüm kaygısı ve bakım yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada, deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, yaşanan yer, aile yapısı, dini inanç ve gelir durumu bakımından benzer özellik gösterirken, eğitim durumu ve çocuk sayısına göre benzer özellik göstermedikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar, deney ve kontrol gruplarına randomizasyon yöntemi ile atama yapıldığını göstermesi bakımından değerlidir.

Araştırmada, deney grubunda yer alan hasta yakınlarının psikoeğitim sonrası ve izlem sonuçlarında kendini, başkalarını, durumu ve genel affetme eğilimlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu duruma yönelik deneysel etkinin psikoeğitim sonrası, izlemlerde de devam ettiği görülmektedir. Renz ve diğerleri (2019) tarafından yaşamın son dönemindeki 50 hastayla yapılan çalışmada, uygulanan affetme müdahalesi ile hastaların affetme eğilimlerinin arttığı bulunmuştur. Hansen ve diğerleri (2009) tarafından palyatif bakımda 20 kanserli hastayla yapılan çalışmada, hastalara affetme terapisi uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan katılımcıların kontrol grubuna göre son test ve izlemde affetme eğilimlerinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca, hastaların kendini ve başkalarını affetmesiyle, öfke duygusunda azalma, umut ve yaşam kalitesi artma olduğu tespit edilmiştir. Liu ve diğerleri (2008) tarafından 12 deney grubu ve 16 kontrol grubundan oluşan kanserli hastalara affetme grup terapisi uygulanmıştır. Deney grubu hastaların kontrol grubuna göre psikolojik iyi oluş ve umut düzeylerinde artma, anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Tae ve Youn (2006) tarafından kanser hastalarından oluşan 30 katılımcıya "Affetme Hemşireliği Müdahale Programı" uygulanmıştır. Deney grubu hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek umut ve yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Toussaint ve diğerleri (2014) tarafından kanserli hasta (n=38) ve hasta yakınlarından (n=45) oluşan kontrol ve deney grubuna kendini affetme eğitimi uygulanmıştır. Affetme eğitimi sonrası son test ve izlemde kendini affetme, kendini kabul etme, kendini geliştirme ve karamsarlık düzeyleri değerlendirilmiştir. Deney grubu kanserli hasta ve hasta yakınlarının kontrol grubuna göre son test ve izlemde kendini

affetme, kendini kabul etme ve özgeleşim düzeylerinde artma, karamsarlık düzeylerinde ise azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca kendini affetme eğilimindeki artış, kendini gelişirme ile pozitif, karamsarlık ile negatif yönlü ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın psikoeğitim sonuçları literatürde yer alan çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak içsel bir süreç olan affetmenin, bireyin duygu, iletişim, fiziksel ve ruhsal gelişimini olumlu yönde etkilediğini söylemek mümkündür.

Araştırmada deney grubunda yer alan hasta yakınlarının psikoeğitim sonrası ve izlem sonuçlarında ölüm kaygısı ve bakım yüklerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu duruma yönelik deneysel etkinin psikoeğitim sonrası, izlemlerde de devam ettiğı görölmektedir. Onyechi ve diğerkleri (2016) tarafından kanserli hasta (n=32) ve hasta yakınlarından (n=52) oluşan 42 kontrol grubu ve 42 deney grubuna bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Uygulanan terapinin son test ve izlemde deney grubu hasta ve hasta yakınlarının kontrol grubuna göre ölüm kaygısı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Literatürde, yaşamın son dönemindeki hasta yakınlarının ölüm kaygısına yönelik girişimsel düzeyde yeterli bulguya ulaşamadığından dolayı başka çalışmalar ile karşılaştırma yapılamamıştır. Belgacem ve diğerkleri (2013) tarafından semptom yönetimine yönelik bir eğitim programında deney grubunda 33 ve kontrol grubunda 34 kanserli hasta ve hasta yakınları yer almıştır. Deney grubu hasta yakınlarının kontrol grubuna göre yaşam kalitesinde artma ve bakım yükünde azalma olduğu tespit edilmiştir. Lee ve diğerkleri (2016) tarafından yaşamın son dönemindeki hastaların yakınları üzerine yapılmış olan girişimsel bir çalışmada, deney grubunda yer alan hasta yakınlarının kontrol grubuna göre bakım yükünün hastalarının ölümüne yaklaştıkça son test ve izlemlerde anlamlı düzeyde azaldığı ve öz yeterliliğinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Ayrıca, verilen eğitim hasta yakınlarının hastalarının ölümüyle yüzleşmesinde etkili olduğu saptanmıştır. Yaman (2020) tarafından 60 palyatif bakım hasta yakını ile yapılan çalışmada, gevşeme egzersizi uygulamasının hasta yakınlarının bakım yükü, kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin azalmasında etkili olduğu görölmüştür. Uğur ve Fadiloğlu (2012) tarafından 50 kanser hastasının yakınlarının fiziksel ve ruhsal gereksinimleri doğrultusunda uygulanan planlı eğitimin son test ve izlemde hasta yakınlarının bakım yükünü azalttığı saptanmıştır. Bahrami ve Farzi (2014) tarafından deney ve kontrol grubundan oluşan 64 kanserli hasta yakınına, problem çözme modeline dayalı destekleyici bir eğitim programı uygulanmıştır. Uygulanan eğitim programının, deney grubu hasta yakınlarının kontrol grubuna göre bakım yükünün azalmasında ve yaşam kalitelerinin

yükselmesinde etkili olduğu bildirilmiştir. Shum ve diğerleri (2014) tarafından 70 deney ve 70 kontrol grubundan oluşan 140 kanserli hasta yakınına hemşireler tarafından telefonla psikoeğitim programı uygulanmıştır. Deney grubu hasta yakınlarının kontrol grubuna göre son test ve izlemlerde depresyon, anksiyete ve bakım yükü azalırken, yaşam kalitelerinde artma olduğu saptanmıştır. Northouse ve diğerleri (2010) tarafından kanserli hastaların yakınları ile yapılan metaanaliz bir çalışmada, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim, beceri eğitimi (iletişim, baş etme ve problem çözme becerileri) ve terapötik danışmanlık müdahalelerinin etkisi incelenmiştir. Yapılan bu müdahalelerin, hasta yakınlarının bakım yükünü önemli ölçüde azalttığı, baş etme davranışlarını ve öz yeterliliklerini (bakımı sağlamak için algılanan güven, hazırlık) artırdığı, yaşam kalitelerini de iyileştirdiği saptanmıştır. Toussaint ve diğerleri (2012) tarafından yaşamın son döneminde affetmenin depresyon, umutsuzluk, anksiyete, korku, ölüm kaygısı ve yükü azaltmada, insanların acılarını iyileştirmede, benlik saygısı ve yaşam doyumunu arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ölümü kabullenmede büyük umutlar sunabileceği savunulmuştur. Çalışmamızın psikoeğitim sonuçları literatürde yer alan diğer girişimsel çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde farklı olarak, Toseland ve diğerleri (1995) tarafından 80 kanserli hasta ve hastaların eşlerinden oluşan hasta yakınlarına psikososyal müdahale programı (destek, baş etme ve problem çözme becerileri) uygulanmıştır. Bu müdahale programının ise, hasta yakınlarının depresyon, anksiyete, bakım yükü, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. McLean ve diğerleri (2011) tarafından duygu odaklı terapi programında deney grubunda 22 ve kontrol grubunda 20 kanserli hasta ve hastaların eşleri yer almıştır. Bu terapi programının son test ve izlemde deney grubu hasta ve hasta eşlerinin kontrol grubuna göre empatik yaklaşım ve evliliğin devamını sağlarken, hasta eşlerinin umutsuzluk, depresyon ve bakım yükü üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, örneklem grubunun farklılığından kaynaklı olabilir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın verileri özbildirim yöntemine dayalı araçlar ile elde edilmiştir (Heartland Affetme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği). Bu nedenle ölçekler ile elde edilen veriler, araştırmacı tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir.

2. Araştırma bulguları araştırmaya katılan grup ile sınırlıdır ve genellenemez.
3. Hasta yakınlarından sadece birinin alınması ile sınırlıdır.
4. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır.
5. Tekrarlayıcı verilerin araştırmacı tarafından telefonla toplanması ile sınırlıdır.

5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

1. Covid-19 pandemisi nedeniyle sık aralıklarla palyatif bakım birimi kapatılmıştır (30.07.2021-23.08.2021, 16.12.2021-20.01.2022). Bu nedenle Affetme Psikoeğitim Programının planlama ve uygulama sürekliliği olumsuz etkilenmiştir.

2. Covid-19 pandemisi nedeniyle 17 yataklı olan birimde toplamda 8-12 arası değişen hasta yatışı olmuştur. Bu nedenle psikoeğitim programı 6 ayrı grupta ve farklı zamanlarda tamamlanmıştır.

3. Yaşamın son dönemindeki hastalar, son anlarını evlerinde geçirmek istediklerinden, hastanede yatış süreleri kısa olmuştur. Hasta yakınları, bakım veren primer kişilerdir ve bu süreçte hastalarına evde bakım vermek durumunda olduklarından psikoeğitime katılmak istememişlerdir.

4. Covid-19 pandemisi nedeniyle, palyatif bakım biriminde yaşamın son dönemindeki hastaların yanı sıra diğer birimler adına da hasta yatışları olmuştur (dahiliye, nöroloji, ortopedi, göğüs ve yer bulunamayan diğer hasta grupları). Bu nedenle, hastaneye başvuran ve yatış endikasyonu olan yaşamın son dönemindeki hastaların yer olmaması gerekçesiyle birime yatışı yapılamamıştır. Bu araştırmada karşılaşılan güçlüklerdendir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde, yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin hasta yakınlarının affetme, ölüm kaygısı ve bakım verme yüklerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapılan çalışmanın bulgularından yola çıkarak elde edilen sonuçlar sunulmaktadır:

- Affetme psikoeğitiminden sonra, deney grubundaki hasta yakınlarının kendini affetme, başkalarını affetme, durumu affetme ve genel affetme eğilimleri artmıştır. Hipotez 2, doğrulanmıştır.
- Affetme psikoeğitiminden sonra, deney grubundaki hasta yakınlarının ölüm kaygıları azalmıştır. Hipotez 4, doğrulanmıştır.
- Affetme psikoeğitiminden sonra, deney grubundaki hasta yakınlarının bakım yükü azalmıştır. Hipotez 6, doğrulanmıştır.

6.2. Öneriler

Yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitiminin hasta yakınlarının affetme, ölüm kaygısı ve bakım yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

Yaşamın son dönemindeki hastaların yakınlarına uygulanan affetme psikoeğitimi, hasta yakınlarının affetme eğilimlerini artırdığı, ölüm kaygısı ve bakım yüklerini azalttığından; hasta yakınlarına palyatif bakım birimlerinde belli aralıklarla grup ya da bireysel psikoeğitimlerin planlanması ve psikoeğitimlerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri tarafından yürütülmesi,

Hastanelerde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin aktif rol alması,

Yaşamın son dönemindeki hastaların yatmış olduğu palyatif bakım, onkoloji gibi birimlerde psikososyal destek amacıyla hasta yakınları ya da hastalarla ilgili psikoeğitim programlarına affetme konusunun dahil edilmesi ve yönetici hemşirelerin bu konuda farkındalıklarının arttırılması,

Palyatif bakım hemşirelerine hastaların ve hasta yakınlarının ruhsal sıkıntılarını fark edebilmeleri için eğitim programlarının yapılması,

Affetme psikoeğitiminin, tüm palyatif bakım birimlerinde uygulanabilir hale gelmesi,

Hasta yakınlarına yapılan affetme psikoeğitiminin fiziksel ve ruhsal yönden etkisini inceleyen araştırmaların yapılması,

Affetme psikoeğitiminin etkinliğine yönelik metaanaliz araştırmalarının yapılması,

Affetme psikoeğitiminin etkinliğine ilişkin daha uzun takip araştırmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A.M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26(8), 669-680. doi:10.1080/07481180290088365
- Abdel-Khalek, A.M. (2004). The Arabic scale of death anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies*, 28(5), 435-457. doi:10.1080/07481180490437572
- Acehan, G. ve Eker, F. (2013). Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 27-35. doi:10.5505/phd.2013.07379
- Adelman, R.D., Tmanova, L., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M.S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *Journal of American Medical Association*, 311(10), 1052-1059. doi:10.1001/jama.2014.304
- Akça, F. ve Köse, İ.A. (2008). Ölüm kaygı ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 7-16.
- Aksakal, H. (2014). *Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım yeri tercihi: Hasta yakını ve sağlık çalışanı üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara.
- Alpay, A. (2009). *Yakın ilişkilerde affetme: Affetmenin bağlanma, benlik saygısı, empati ve kıskançlık değişkenleri yönünden incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- American Cancer Society [ACS]. (2019). *End of Life Care*. American Cancer Society. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002868-pdf.pdf> adresinden erişildi.
- Amjad, A. (2014). Death anxiety as a function of age and religiosity. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 4(9S), 333-341.
- Arslandaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

- Aşcıoğlu Önal, A. (2014). *Bilişsel çarpıtmalar, empati, ruminasyon düzeyinin affetmeyi yordama gücünün incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Atçeken, M. (2014). *Dindarlık, evlilik doyumu ve kişilik özelliklerinin bağışlama ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Avcı, N. (2012). *Üniversite öğrencilerinin mizah tarzlarının, psikolojik belirtiler ve ölüm kaygısı ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Awad, A.G. ve Voruganti, L.N.P. (2008). The burden schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162. doi:10.2165/00019053-200826020-00005
- Ay Kaatsız, M.A. ve Öz, F. (2020). The effectiveness of psychoeducation given to mothers of children with cancer. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 129-140. doi:10.14744/phd.2020.85570
- Ayten, A. (2009). Affedicilik ve din: affetme eğilimi ve dindarlıkla ilişkisi üzerine amprık bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 37(2), 111-128.
- Ayten, A. ve Gashi, F. (2012). Affetme ve hayat memnuniyeti üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Balkan Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 11-36.
- Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.
- Bahrami, M. ve Farzi, S. (2014). The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2), 119–126.
- Baker, M. (2005). Facilitating forgiveness and peaceful closure: the therapeutic value of psychosocial intervention in end-of-life care. *Journal of Social Work in End of Life Palliative Care*, 1(4), 83-95. doi:10.1300/J457v01n03_06
- Bauman, Z. (2000). *Ölümlülük, ölümsüzlük ve diğer hayat stratejileri*. (1. baskı). İstanbul: Ayrintı Yayınları.

- Beck, T.A. ve Emery, G. (2006). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler*. (1. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Belen, H.M (2021). *Kanserli hastalarda affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtiler*. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Belgacem, B., Auclair, C., Fedor, M.C., Brugnon, D., Blanquet, M., Tournilhac, O., Gerbaud, L. (2013). A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomised clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 870-876. doi:10.1016/j.ejon.2013.04.006
- Borges, E.L., Franceschini, J., Costa, L.H.D., Fernandes, A.L.G., Jamnik, S., Santoro, I.L. (2017). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(1), 18-23. doi:10.1590/S1806-37562016000000177
- Botcharova, O. (2007). Justice or Forgiveness? In search of a solution. *Cardozo Journal of Conflict Resolution*, 8, 623-649.
- Boyar, J.O. (1964). The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. *Dissertation Abstracts*, 25, 20-21.
- Bozkurt, C., Uğurlu, Z., Tanyıldız, H.G., Yeşil, Ş., Kiraz, H., Toprak, Ş., ... Ertem, U. (2019). Çocukluk çağı kanser hastaları ile ailelerinin tedavi ve izlem sürecinde yaşadığı ekonomik ve psikososyal sorunlar. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(1), 35-39. doi:10.14744/TurkPediatriArs.2019.11129
- Breitbart, W. (2018). Forgiveness. *Palliative and Supportive Care*, 16(3), 244-245. doi:10.1017/S1478951518000408
- Brosche, T.A. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 21-28. doi:10.1097/00003465-200701000-00007
- Bugay, A. ve Demir, A. (2010). A Turkish version of Heartland Forgiveness Scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1927-1931. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.390
- Bugay, A. ve Demir, A. (2011). Hayata ilişkin özelliklerin başkalarını affetmeyi yordaması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35), 8-17.

- Bugay, A. ve Demir, A. (2012). Affetme arttırılabilir mi?: Affetmeyi geliştirme grubu. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(37), 96-106.
- Bugay, A. , Demir, A., Delevi. R. (2012). Assessment of the reliability and validity of the Turkish version of Heartland Forgiveness Scale. *Psychological Reports*, 111(2), 575-584. doi: 10.2466/08.21.PR0.111.5.575-584
- Bugay, A. ve Mullet, E. (2013). Conceptualizing forgiveness, granting forgiveness, and seeking forgiveness: A Turkish-French comparison. *Review of European Studies*, 5(5), 187-196. doi:10.5539/res.v5n5p187
- Burnette, D., Duci, V., Dhembo, E. (2017). Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psychooncology*, 26(6), 779-786. doi:10.1002/pon.4081
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2011). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (8. baskı), Ankara: Pegem Akademi.
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(6), 1-74. doi:10.1002/14651858.CD007617.pub2
- Cengiz, Z., Turan, M., Olmaz, D., Erce, Ç. (2021). Care burden and quality of life in family caregivers of palliative care patients. *Journal of Social Work in End-of-Life Palliative Care*, 17(1), 50-63. doi:10.1080/15524256.2021.1888844
- Chou, K.R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407. doi:10.1053/jpdn.2000.16709
- Chua, C.K.T, Wu, J.T., Wong Y.Y., Qu, L., Tan, Y.Y., Neo, P.S.H., Pang, G.S. (2016). Caregiving and its resulting effects the care study to evaluate the effects of caregiving on caregivers of patients with advanced cancer in Singapore. *Cancers*, 8(11), 105. doi:10.3390/cancers8110105
- Cicirelli, V.G. (2003). Older adults' fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*, 28(1), 66-81. doi:10.1007/s12126-003-1016-6
- Cimete, G. (2002). *Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncül yaklaşım*. (1. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Çolak, T.S. ve Koç, M. (2016). Forgiveness flexibility. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 3(1), 14-30. doi: 10.17220/ijpes.2016.01.002
- Dağlı, E.N. (2010). *Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Dashtipour, M., Vahedi, H., Taher, M. (2018). The comparison of personality traits, forgiveness, and resilience between the patients with cancer and healthy persons. *International Journal of Health Studies*, 4(3), 27-30. doi:10.22100/ijhs.v4i3.602
- Denham, S., Neal, K., Wilson, B., Pickering, S., Boyatzis, C. (2005). *Emotional development and forgiveness in children: Emerging evidence*. E.L. Worthington (Eds.), *Handbook of forgiveness* (pp. 127-142). New York: Routledge.
- DiBlasio, F. ve Proctor, J.H. (1993). Therapists and the clinical use of forgiveness. *The American Journal of Family Therapy*, 21(2), 175-184. doi:10.1080/01926189308250915
- Dougherty, K., Templer, D.I., Brown, R. (1986). Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 357-359. doi:10.1037/0022-0167.33.3.357
- Eğici, M.T., Kök, M.C., Toprak, D., Öztürk, G.Z., Esen, E.S., Özen, B., Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *JAREN*, 5(2), 123-131 doi:10.5222/jaren.2019.38247
- Eke, S. (2003). *Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ekiz, M. (2021). *Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Bakıma Hazır Olma Düzeyleri ve Bakım Yüklerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 329-334. doi:10.5455/gulhane.30582

- Enright, R.D. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and selfforgiveness. *Counseling and Values*, 40(2), 107-126. doi:10.1002/j.2161-007X.1996.tb00844.x
- Enright, R.D. ve Coyle, C.T. (1998). *The use of forgiveness in Marital Therapy*. M.E. McCullough, K.I. Pargament, C.E. Thoresen (Eds.), Forgiveness: Theory, research, and practice. New York: Guilford Press.
- Enright, R.D. ve Fitzgibbons, R.P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. America: American Psychological Association.
- Enright, R.D., Gassin, E.A., Wu, C. (1992). Forgiveness: A developmental view. *Journal of Moral Development*, 21, 99-114. doi:10.1080/0305724920210202
- Erdoğdu, M.Y. ve Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 171-179.
- Ertufan, H. (2000). *Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenirlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ertufan, H. (2008). *Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Eucken, R. (2000). *Yaşamın anlamı ve değeri*. (1. baskı). İstanbul: İz Düşüm Yayınları.
- Eues, S.K. (2007). End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Professional Case Management*, 12(6), 339-344. doi:10.1097/01.PCAMA.0000300408.00325.1c
- Exline, J.J., Prince-Paul, M., Root, B.L., Peereboom, K.S., Worthington, E.L. (2012). Forgiveness, depressive symptoms and communication at the end of life: A study with family members of hospice patients. *Journal of Pallative Medicine*, 15(10), 1113–1119. doi:10.1089/jpm.2012.0138
- Fan, C. ve Zhang, D. (2017). Rank repeated measures analysis of covariance. *Communications in Statistics Theory and Methods*, 46(3), 1158-1183. doi:10.1080/03610926.2015.1014106

- Fehr, R., Gelfand, M.J., Nag, M. (2010). The road to forgiveness: A meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychological Bulletin*, 136(5), 894-914. doi:10.1037/a0019993
- Ferrell, B., Otis-Green, S., Baird, R.P., Garcia, A. (2014). Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life. *Journal of Pain Symptom Management*, 47, 631- 641. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.05.009
- Festa, L.M. ve Tuck, I. (2000). A review of forgiveness literature with implications for nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 14(4), 77-86. doi:10.1097/00004650-200007000-00011
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3rd ed.). SAGE Publications Limited.
- Freedman, S.R. ve Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 983-992. doi:10.1037/0022-006X.64.5.983
- Freese, J. (2004). Risk preferences and gender differences in religiousness: Evidence from the world values survey. *Review of Religious Research*, 46, 88-91. doi:10.2307/3512255
- Freud, S. (1997). *Psikanaliz üzerine*. (1. baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Friedman, L.C., Barber, C.R., Chang, J., Tham, Y.L., Kalidas, M., Rimawi, M.F., Elledge, R. (2010). Self-blame, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 343-348. doi:10.1007/s13187-010-0048-3
- Fujinami, R., Zachariah, S.V, Uman, G., Grant, M., Ferrell, B. (2015). Family caregivers distress level related to quality of life, burden, and preparedness. *Psychooncology*, 24(1), 54-62. doi:10.1002/pon.3562
- Gashi, F. (2011). Türk ve Kosovalı öğrencilerin ölüm kaygısı üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Balkan Araştırmaları Dergisi*.
- Gibbs, H.W. ve Lawlis, A.J. (1978). Spiritual values and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563-569. doi:10.1037/0022-0167.25.6.563

- Giersbergen, M.Y. ve Geçit, S. (2017). Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 171-181.
- Girard, M. ve Mullet, E. (1997). Forgiveness in adolescents, young, middle-aged, and older adults. *Journal of Adult Development*, 4, 209-220. doi:10.1007/BF02511412
- Given, B. ve Reinhard, S. (2017). Caregiving at the end of life; The challenges for family caregivers. *Generations, Journal of The American Society on Aging*, 41(1), 50-57.
- Goman, C.C. (2017). A narrative framework for forgiveness at the end of life: suggestions for future research in health communication. *Review of Communication*, 17(3), 164-181. doi:10.1080/15358593.2017.1331256
- Gordon, K.C. ve Baucom, D.H. (2003). Forgiveness and marriage: Preliminary support for a measure based on a model of recovery from a marital betrayal. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 179-199. doi:10.1080/01926180301115
- Gott, M., Allen, R., Moeke Maxwell, T., Gordiner, C., Robinson, J. (2015). "No Matter What the Cost": A qualitative study of the financial costs faced by family and whānau caregivers within a palliative care context. *Journal of Palliative Medicine*, 26(6), 518-528. doi:10.1177/0269216315569337
- Govina, O., Kotronoulas, G., Mystakidou, K. Katsaragakis, S., Vlachou, E., Patiraki, E. (2015). Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 81-88. doi:10.1016/j.ejon.2014.06.009
- Grant, M., Sun, V., Fujinami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G., Klein, L., Ferrell, B. (2013) Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small-cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), 337-346. doi:10.1188/13.ONF.337-346
- Grov, E.K., Dahl, A.A., Moum, T., Fossa, S.D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16(7), 1185-1191. doi:10.1093/annonc/mdi210

- Grov, E.K., Fossa, S.D., Sorebø, O., Dahl, A.A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2429-2439. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.008
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C.C., ... Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*, 170(12), 1795-1801. doi:10.1503/cmaj.1031205
- Gull, M. ve Rana, S.A. (2013). Manifestation of forgiveness, subjective well being and quality of life. *Journal of Behavioural Sciences*, 23(2), 17-36.
- Hall, J.H. ve Fincham, F.D. (2005). Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 621-637. doi:10.1521/jscp.2005.24.5.621
- Hansen, M.J., Enright, R.D., Baskin, T.W., Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally-ill cancer patients. *Forgiveness Therapy as Palliative Care*, 25(1), 1-32. doi:10.1177/082585970902500106
- Harding, S.R., Flannelly, K.J., Weaver, A.J., Costa, K.G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health Religion Culture*, 8(4), 253-261. doi:10.1080/13674670412331304311
- Hargrave, T.D. (1994). Families and forgiveness: A theoretical and therapeutic framework. *The Family Journal*, 2(4), 339-348. doi:10.1177/1066480794024007
- Hargrave, T.D. ve Sells, J.N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(1), 41-62. doi:10.1111/j.1752-0606.1997.tb00230.x
- Hassankhani, H., Eghtedar, S., Rahmani, A., Ebrahimi, H., Whitehead, B. (2019). A qualitative study on cancer care burden experiences of Iranian family caregivers. *Holistic Nursing Practice*, 33(1), 17-26. doi:10.1097/HNP.0000000000000309
- Haun, M.W., Sklenarova, H., Brechtel, A., Herzog, W., Hartmann, M. (2014). Distress in cancer patients and their caregivers and association with the caregivers' perception of dyadic communication. *Oncology Research and Treatment*, 37, 384-388. doi:10.1159/000364885
- Heidegger, M. (2004). *Varlık ve zaman*. İstanbul: İdea Yayınları.

- Hintze, J., Templer, D.I., Cappelletty, G.G., Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV infected males. *Death Studies*, 17(4), 333-341. doi:10.1080/07481189308252629
- Hospice. (2021). *Philosophy of Care and Appropriate Utilization in the United States. Hospice*. https://www.uptodate.com/contents/hospice-philosophy-of-care-and-appropriate-utilization-in-the-unitedstates?search=hospice&source=search_result&selectedTitle=1~110&usage_type=default&display_rank=1 adresinden erişildi.
- Hsu, T., Nathwani, N., Loscalzo, M., Chung, V., Chao, J., Karanes, C., ... Hurria, A. (2019). Understanding caregiver quality of life in caregivers of hospitalized older adults with cancer. *Journal of American Geriatrics Society*, 67(5), 978-989. doi:10.1111/jgs.15841
- Hudson, P. ve Aranda, S. (2014). The Melbourne Family Support Program: Evidence based strategies that prepare family caregivers for supporting palliative care patients. *Biomedcentral Supportive and Palliative Care*, 4, 231-237. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000500
- Hudson, P.L., Remedios, C., Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *Biomedcentral Palliative Care*, 9(17), 1-6. doi:10.1186/1472-684X-9-17
- İnci, F. ve Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 253-260.
- İnci, F.H. ve Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeğinin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.
- Kabalak, A.A., Öztürk, A.A., Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). *Benlik, insan ve aile gelişimi: Kültürel Psikoloji*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

- Karaaslan, A. (2013). *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karaca, F. ve Yıldız, M. (2001). Thorson Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Tabula-Rasa*, 1(1), 43-55.
- Karagöz, Y. (2017). *Bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği*. (1. baskı), Ankara: Nobel Akademi.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Kastenbaum, R. (1959). *Time and death in adolescence, in the meaning of death*. New York: Mc Graw-Hill.
- Kastenbaum, R. (2007). *Death Anxiety*. USA: Arizona State University.
- Kaya, Ö.S. ve Orçan, F. (2019). Mutluluğun empati, affetme ve yaşam doyumu arasındaki aracı rolü: Bir yol analizi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(2), 540-554. doi:10.17240/aibuefd.2019.19.46660-584899
- Keall, R.M., Butow, P.N., Steinhauser, K.E., Clayton, J.M. (2011). Discussing life story, forgiveness, heritage, and legacy with patients with life-limiting illnesses. *International of Journal Palliative Nursing*, 17(9), 454-460. doi:10.12968/ijpn.2011.17.9.454
- Kılıçbay, M.A. (1999). Yaşamın amacı olarak ölüm. *Düşünen Siyaset Dergisi*, 57-62.
- Kıraç, F. (2007). Üniversite öğrencilerinde dindarlık eğilimi ve anlam duygusu. *Mukaddime Dergisi*, 7, 165-177.
- Kızılkaya, M. ve Koştı, N. (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4), 69-74.
- Kim, J., Hulett, J., Heiney, S.P. (2021). Forgiveness and health outcomes in cancer survivorship: A scoping review. *Cancer Nursing*, 44(4), 181-192. doi:10.1097/NCC.0000000000000809
- Kim, Y. ve Schulz, R. (2008). Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483-503. doi:10.1177/0898264308317533

- Kirchhoff, K.T., Spulicr, V.W., Walker, L., Hutton, A., Cole, B.V., Clemmer, T. (2000). Intensive care nurses' experiences with end of life care. *American Journal of Critical Care*, 9(1), 36-42.
- Kocaman, N. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(47), 97-107.
- Koestenbaum, P. (1998). *Ölüme yanıt var mı?*. İstanbul: Mavi Okyanus Yayıncılık.
- Kongsuwan, W. ve Locsin, R.C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56(1), 116-122. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00674.x
- Köknel, O. (1990). *Korkular, takıntılar, saplantılar*. İstanbul: Altın Kitapları.
- Kramer, B.J., Boelk, A.Z., Auer, C. (2006). Family conflict at the end of life: lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 791-801. doi:10.1089/jpm.2006.9.791
- Kramer, B.J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., Yonker, J.A. (2009). Predictors of family conflict at the end of life: the experience of spouses and adult children of persons with lung cancer. *The Gerontologist*, 50(2), 215-225. doi:10.1093/geront/gnp121
- Krause, N. ve Dayton, B.I. (2001). Religion and the process of forgiveness in late life. *Review of Religious Research*, 42(3), 252-276. doi:10.2307/3512569
- Krause, N. ve Ellison, C.G. (2003). Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 77-93. doi:10.1111/1468-5906.00162
- Krug, K., Miksch, A., Klimm, F.P., Engeser, P., Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a perspective observational cohort study. *Biomedcentral Palliative Care*, 15(4), 1-8. doi:10.1186/s12904-016-0082-y
- Kumar, A., Vaidya, A.K., Dwivedi, C.B. (1982). Death anxiety as a personality dimension of alcoholics and non-alcoholics. *Psychological Reports*, 51(2), 634. doi:10.2466/pr0.1982.51.2.634

- Lau, B.H.P., Wong, D.F., Fung, Y.L., Zhou, J., Chan, C.L., Chow, A.Y. (2018). Facing death alone or together? Investigating the interdependence of death anxiety, dysfunctional attitudes, and quality of life in patient-caregiver dyads confronting lung cancer. *Psycho-Oncology*, 27(8), 2045-2051. doi:10.1002/pon.4773
- Lee, K., Yiin, J., Chao, Y. (2016). Effect of integrated caregiver support on caregiver burden for people taking care of people with cancer at the end of life: A cohort and quasi-experimental clinical trial original research article *International Journal Of Nursing Studies*, 56, 17-26. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.002
- Lester, D., Templer, D.I., Abdel-Khalek, A. (2006). A cross-cultural comparison of death anxiety: a brief note. *OMEGA Journal of Death and Dying*, 54(3), 255-260. doi:10.2190/w644-8645-6685-358v
- Lewis, J.G., Espe-Pfeifer, P., Blair, G. (2000). A comparison of death anxiety and denial in death-risk and death-exposure occupations. *OMEGA Journal of Death and Dying*, 40(3), 421-434. doi:10.2190/VVPV-P3PF-J346-NR7T
- Liu, C.J., Hsiung, P.C., Chang, K.J., Liu, Y.F., Wang, K.C., Hsiao, F.H., Chan, C.L.W. (2008). A study on the efficacy of body-mind-spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2539-2549. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02296.x
- McCullough, M.E. ve Witvliet, C.V.O. (2002). *The psychology of forgiveness*. C.R. Snyder, S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 446-458). New York: Oxford University Press.
- McCullough, M.E., Pargament, K.I., Thoresen, C.E. (2000). *The psychology of forgiveness: History, conceptual issues, and overview*. M.E. McCullough, K.I. Pargament, C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 1-14). New York: Guilford Press.
- McCullough, M.E., Worthington, E.L., Rachal, K.C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 321-336. doi:10.1037//0022-3514.73.2.321

- McFarland, M.J., Smith, C.A., Toussaint, L., Thomas, P.A. (2012). Forgiveness of others and health: Do race and neighborhood matter?. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 66-75. doi:10.1093/geronb/gbr121
- McLean, L.M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M.J., Jones, J.M. (2011). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(1), 28-38. <https://doi.org/10.1002/pon.2046>
- Mickley, J.R. ve Cowles, K. (2001). Ameliorating the tension: Use of forgiveness for healing. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 31-37.
- Mikulincer, M. ve Florian, V. (1995). Stres, coping and fear of death: the case of middle-aged men facing early job retirement. *Death Studies*, 19(5), 413-431. doi:10.1080/07481189508253391
- Miller, A. ve Hoffmann, J. (1995). Risk and religion: An explanation of gender differences in religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34(1), 63-75. doi:10.2307/1386523
- Miller, A., Worthington, E.L., McDaniel, M.A. (2008). Gender and forgiveness: A meta-analytic review and research agenda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 843-876. doi:10.1521/jscp.2008.27.8.843
- Morgan, T.M. ve Case, L.D. (2013). Conservative sample size determination for repeated measures analysis of covariance. *Annals of Biometrics Biostatistics*, 1(1), 1002.
- Mullet, E. ve Azar, F. (2009). Apologies, repentance and forgiveness: A Muslim– Christian comparison. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 19(4), 275-285. doi:10.1080/10508610903146274
- Mullet, E., Houdbine, A., Laumonier, S., Girard, M. (1998). Forgiveness: Factor structure in a sample of young, middle-aged, and elderly adults. *European Psychologist*, 3(4), 289-297. doi:10.1027/1016-9040.3.4.289
- Munn, C.J. (2006). *Defining a good death for residents in long- term care*. PhD Thesis, North Carolina Üniversitesi, Wilmington.

- Mutlu, E. (2013). *İç Gdml ve Dış Gdml Dindarlık ile lm Kaygısı Arasındaki İlişki: niversite ğrencileriyle Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Nehrke, M. (1973). *Perceived generational differences in attitudes toward death*. Paper Presented at the 26th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society, Oregon, Portland.
- Neimeyer, R. (1997). Death anxiety research: The state of the art. *Omega: Journal of Death and Dying*, 36(2), 97-119. doi:10.2190/TY32-EE9J-YVQ8-RP31
- Neimeyer, R., Wittkowski, J., Moser, R.P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28(4), 309-340. doi:10.1080/07481180490432324
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Mulder, M., Sanderman, R., Bos, G.A.M.V. (2000). Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *The Gerontological*, 40(6), 738-746. doi:10.1093/geront/40.6.738
- North American Nursing Diagnosis Association International [NANDA]. (2002). *Death Anxiety*. *NANDA-1 Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2003-2004*. <http://www.worldcat.org/title/nanda-nursing-diagnoses-definitions-classification-2003-2004/oclc/52381723> adresinden erişildi.
- North, J. (1987). Wrongdoing and forgiveness. *Philosophy*, 62(242), 499-508. doi:10.1017/s003181910003905x
- Northouse, L.L., Katapodi, M.C., Song, L., Zhang, L., Mood, D.W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: Meta-analysis of randomized trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339. doi:10.3322/caac.20081
- O'Beirne, S., Katsimigos, A.M., Harmon, D. (2020). Forgiveness and chronic pain: a systematic review. *Irish Journal of Medical Science (1971)*, 189, 1359-1364. doi:10.1007/s11845-020-02200-y
- Okçin, F. (2007). *Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Onyechi, K.C.N., Onuigbo, L.N., Eseadi, C., Ikechukwu-Ilomuanya, A.B., Nwaubani, O.O., Umoke, P.C.I., ... Utoh-Ofong, A.N. (2016). Effects of rational-emotive hospice care therapy on problematic assumptions, death anxiety, and psychological distress in a sample of cancer patients and their family caregivers in Nigeria. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 13(9), 929. doi:10.3390/ijerph13090929
- Orak, O.S. ve Sezgin, S. (2015). Caregiver burden in family members of cancer patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 33-39. doi:10.5505/phd.2015.02986
- Özçelik, S. (2020). Wiew to palliative care and the role of nursing. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(3), 76-82. doi:10.47582/jompac.742274
- Özdemir, K. (2014). *Yoğun bakım hemşirelerinde ölüm kaygısı*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Özen, D. (2008). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, N., Karakuş, G., Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 37-43.
- Öztürk, Z.K. (2010). *Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Piderman, K.M. (2010). *Forgiveness: How to Let Go of Grudges and Bitterness*. <http://clarkschapel.org/Forgiveness.pdf>. adresinden erişildi.
- Planansky, K. ve Johnston, R. (1977). Preoccupation with death in schizophrenic men. *Diseases of the Nervous System*, 38(3), 194-197.
- Rasmussen, C.A. ve Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *Journal of Psychology*, 130(2), 141-144 doi:10.1080/00223980.1996.9914996
- Rasmussen, C.H. ve Johnson, M.E. (1994). Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *OMEGA Journal of Death and Dying*, 29(4), 313-318. doi:10.2190/D1M9-3W6J-FY33-G3HQ

- Recine, A.G., Recine, L., Paldon, T. (2019). How people forgive: A systematic review of nurse-authored qualitative research. *Journal of Holistic Nursing*, 38(2), 1-19. doi:10.1177/0898010119828080
- Renz, M., Bueche, D., Reichmuth, O., Schuett, M.M., Renz, U., Siebenrock, R., Strasser, F. (2019). Forgiveness and reconciliation processes in dying patients with cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(3), 1-13. doi:10.1177/1049909119867675
- 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. doi:10.1016/j.ejon.2015.01.004
- Rhee, Y.S., Yun, Y.H., Park, S., Shin, D.O., Lee, K.M., Yoo, H.J., ... Kim, N.S. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5890-5895. doi:10.1200/JCO.2007.15.3957
- Riklikienė, O., Tomkevičiūtė, J., Spirgienė, L., Valiulienė, Ž., Büssing, A. (2020). Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101681. doi:10.1016/j.ejon.2019.101681
- Ross, L. (1997). The nurses role in assessing and responding to patient's spiritual needs. *International Journal of Palliative Care*, 3(1), 37-41. doi:10.12968/ijpn.1997.3.1.37
- Rotter, J.C. (2001). Letting go: Forgiveness in counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9(2), 174-177. doi:10.1177/1066480701092012
- Rusbult, C.E., Hannon, P.A., Stocker, S.L., Finkel, E.J. (2005). *Forgiveness and relational repair*. E.L.Worthington (Eds.), *Handbook of Forgiveness* (pp. 185-205). New York: Routledge.
- Russac, R.J., Gatliff, C., Reece, M., Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31(6), 549-561. doi:10.1080/07481180701356936

- Sarı, D., Eşer, İ., Khorshid, L. (2010). Kanser hastalarına bakım veren yakınların uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1(26), 1-10.
- Schene, A.H., Van Wijngaarden, B., Koeter, M.W.J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 609-618. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033352
- Schumaker, J.F., Barraclough, R.A., Vagg, L.M. (1988). Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of Social Psychology*, 128(1), 41-47. doi:10.1080/00224545.1988.9711682
- Schumaker, J.F., Warren, W.G., Groth-Marnat, G. (1991). Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology*, 131(4), 511-518. doi:10.1080/00224545.1991.9713881
- Semenova, V. ve Stadtlander, L.M. (2016). Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. *Journal of Social, Behavioral and Health Sciences*, 10(1), 34-48. doi:10.5590/JSBHS.2016.10.1.05
- Shum, N.F., Lui, Y.L., Law, W.L., Fong, Y.T.D. (2014). A nurse-led psycho-education programme for Chinese carers of patients with colorectal cancer. *Cancer Nursing Practice*, 13(5), 31-39. doi:10.7748/cnp.13.5.31.e1074
- Silva, R.S., Caldeira, S., Coelho, A.N., Apostolo, J.L.A. (2017). Forgiveness facilitation in palliative care: a scoping review protocol. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(10), 2469-2479. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003337
- Silva, R.S., Caldeira, S., Coelho, A.N., Apóstolo, J.L.A. (2020). Forgiveness facilitation in palliative care: a scoping review. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(11), 2196-2230. doi:10.11124/JBISRIR-D-19-00286
- Singh, A., Singh, D., Nizamie, S.H. (2003). *Death and Dying. Mental Health Reviews*. <http://www.psypexus.com/excl/death.html> adresinden erişildi.
- Sinoff, G. (2017). Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: The problem of the child's inability to assess their own parent's death anxiety state. *Frontiers in Medicine*, 4(11), 1-5. doi:10.3389/fmed.2017.00011
- Smedes, L.B. (1984). *Forgive and forget: Healing the hurts we don't deserve*. New York: Harper Collins.

- Soleimani, M.A., Lehto, R.H., Negarandeh, R., Bahrami, N., Chan, Y.H. (2016). Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer Nursing*, 40(1), E1-E10. doi:10.1097/NCC.0000000000000355
- Solomon, S., Greenberg, J., Pyszczynski, T. (1991). *Terror management theory of self-esteem*. C. Synder, D. Forsyth (Eds.), *Handbook for social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 21-40). New York: Pergamon Press.
- Song, J.I., Shin, D.W., Choi, J.Y., Kong, J., Baik, J.Y., Mo, H., ... Kim, J.E. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patient with terminal cancer. *Support Care Cancer*, 19, 1519-1526. doi:10.1007/s00520-010-0977-8
- Sperner-Unterwegner, B. (2010). Psychoonkologie – psychosoziale onkologie integration in ein onkologisches behandlungskonzept. *Nervenarzt*, 82(3), 371-380. doi:10.1007/s00115-010-3163-9
- Suhail, K. ve Arkam, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26(1), 39-50. doi:10.1080/07481180210146
- Sutton, G.W. (2016). Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. *Journal of Psychology and Christianity*, 35(4), 368-370.
- Tae, Y.S. ve Youn, S.J. (2006). Effects of a forgiveness nursing intervention program on hope and quality of life in woman cancer patients. *Asian Oncology Nursing*, 6(2), 111-120.
- Taka, F. (2010). *Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- T.C. Resmi Gazete (2010). *Türkiye Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği*, 8 Mart 2010, Sayı: 27515. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden erişildi.
- Teel, C.S. ve Press, A.N. (1999). Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles. *Western Journal of Nursing Research*, 21(4), 498-520. doi:10.1177/01939459922044009
- Tekinalp, B.E. ve Terzi, Ş. (2012). Terapötik bir araç olarak bağışlama: İyileştirici etken olarak bağışlama olgusunun psikolojik danışma sürecinde kullanımı. *Eğitim ve Bilim*, 37(166), 14-24.

- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. doi:10.1080/00221309.1970.9920634
- Thompson, L.Y., Snyder, C.R., Hoffman, L., Michael, S.T., Rasmussen, H.N., Billings, L.S., ... Roberts, D.E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313-359. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x
- Thorson, J.A. ve Powell, F.C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 691-701. doi.org/10.1002/1097-4679(198809)44:5<691::AID-JCLP2270440505>3.0.CO;2-D
- Thorson, J.A. ve Powell, F.C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 379-391. doi:/10.1002/1097-4679(199007)46:4<379::aid-jclp2270460402>3.0.co;2-a
- Thorson, J.A. ve Powell, F.C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507-521. doi:10.1080/07481189208252595
- Topbaşoğlu, T.A. ve Çivitci, A. (2017). Öfke ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide affetmenin düzenleyici rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 308-327. doi:10.20875/makusobed.302756
- Toseland, R.W., Blanchard, C.G., McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science Medicine*, 40(4), 517-528. doi:10.1016/0277-9536(94)e0093-8
- Toussaint, L., Barry, M., Angus, D., Bornfriend, L., Markman, M. (2017). Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(5), 544-560. doi:10.1080/07347332.2017.1309615
- Toussaint, L., Barry, M., Bornfriend, L., Markman, M. (2014). Restore: The journey toward self-forgiveness: A randomized trial of patient education on self-forgiveness in cancer patients and caregivers. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(2), 54-74. doi:10.1080/08854726.2014.902714
- Toussaint, L.L., Owen, A.D., Cheadle, A. (2012). Forgive to live: Forgiveness, health, and longevity. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 375-386. doi:10.1007/s10865-011-9362-4

- Tse, W.S. ve Yip, T.H.J. (2009). Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 365-368. doi:10.1016/J.PAID.2008.11.001
- Turgay, M. (2003). *Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2021). *Affetmek*. *Türk Dil Kurumu*. <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=ele%FEtirel&ayn=tam> adresinden erişildi.
- Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z.Ç. (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 53-58.
- Uslu, F.S., Terzioğlu, F., Koç, G. (2018). Hopelessness, death anxiety and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer Nursing*, 42(5), 1-8. doi:10.1097/NCC.0000000000000062
- Ustaalioglu, B.Ö., Acar, E., Çalışkan, M. (2017). The predictive factors for perceived social support among cancer patients and caregiver burden of their family caregivers in turkish population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 63-69. doi:10.1080/13651501.2017.1358370
- Uysal, N. (2012). *Yaşam sonu bakım ve semptomlarının yönetimi*. 4. Tıbbi Onkoloji Kongresi, Tıbbi Onkoloji Derneği, 58-59, Antalya.
- Uysal, V. (2015). Genç yetişkinlerde affetme eğilimleri ve dini yönelim/dindarlık. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 48(48), 35-56. doi:10.15370/muifd.27953
- Ünal, H. (2020). *Kanser hastalarının birinci dereceden yakınlarının depresif belirtilerinde ölüm kaygısı ölüm korkusu ve anlamsızlık kavramlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Üstüner Top, F., Saraç, A., Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 14-22.
- Üzüm, G., Nehir, S. (2019). The effects of psychoeducation on problem solving skills of cancer patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 75-81. doi:10.14744/phd.2018.74508

- Van der Lee, J., Bakker, T.J.E.M., Dröes, R.M. (2018). Recovery from burden: Informal caregiver profiles that predict treatment success. *International Psychogeriatrics Association*, 31(3), 317-329. doi:10.1017/S1041610218000613
- Van Laarhoven, H.W., Schilderman, J., Verhagen, C.A., Prins, J.B. (2012). Comparison of attitudes of guilt and forgiveness in cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients in a palliative care setting. *Cancer Nursing*, 35(6), 483-492. doi:10.1097/NCC.0b013e318243fb30
- Vatansever, M. (2016). *Alkol Bağımlılığı Olan ve Olmayan Bireylerde Affetme ile Utanç-Suçluluk Duyguları ve Öfke Ruminasyonu Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Wade, N.G., Worthington, E.L., Meyer, J.E. (2005). *But do they work? A meta analysis of group interventions to promote forgiveness*. E.L. Worthington (Eds.), *Handbook of forgiveness* (pp. 423-440). New York: Brunner-Routledge.
- Waltman, M.A. (2003). The psychological and physiological effects of forgiveness education in male patients with coronary artery disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences ve Engineering*, 63(8-B), 3971.
- Witvliet, C.V.O. (2005). *Unforgiveness, forgiveness, and justice: Scientific findings on feelings and physiology*. E.L. Worthington (Eds.), *Handbook of forgiveness* (pp. 305-319). New York: Brunner-Routledge.
- Witvliet, C.V.O., Phipps, K.A., Feldman, M.E., Beckham, J.C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 269-273. doi:10.1023/B:JOTS.0000029270.47848.e5
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Definition of Palliative Care*. World Health Organization. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> adresinden erişildi.
- Worthington, E.L. (1998). *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives*. (1 st edition). Philadelphia: The Templeton Foundation Press.

- Worthington, E.L. (2001). *Five steps to forgiveness: The art and science of forgiving*. (1 st edition). Crown.
- Worthington, E.L. (2005). *Initial questions about the art and science of forgiving*. E.L. Worthington (Eds.), *Handbook of forgiveness* (pp. 1-14). New York: Routledge.
- Worthington, E.L. (2013). *Moving forward: Six steps to forgiving yourself and breaking free from the past*. (1 st edition). WaterBrook.
- Worthington, E.L. ve Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health*, 19(3), 385-405. doi:10.1080/0887044042000196674
- Worthington, E.L., Witvliet, C.V.O., Pietrini, P., Miller, A.J. (2007). Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgivingness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 291-302. doi:10.1007/s10865-007-9105-8
- Yakut, B. (2019). *Palyatif bakım merkezinde yatan hastalara bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve bakım yüklerinin değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Yalom, I. (2013). *Varoluşçu psikoterapi*. İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yaman, A. (2020). *Palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yanık, C. ve Kara, M. (2016). Ölü bedenler üzerinden sosyal kimliğin ifşasında belediyelerin sanal mezarlıkları. *Mukaddime*, 7(1), 157-178. doi:10.19059/mukaddime.93569
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., Pakyüz, S.Ç. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225. doi:10.5222/HEAD.2016.216
- Yıldız, M. ve Bulut, B.M. (2017). Ölüm kaygısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkishor Turkic*, 12(13), 659-676. doi:10.7827/TurkishStudies.12032

- Yılmaz, Z.E. (2011). *Kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Zarit, S.H., Reeve, K.E., Peterson, J.B (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zerzan, J., Steans, S., Hanson, L. (2000). Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA*, 284(19), 2489-2494. doi:10.1001/jama.284.19.2489

