

Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ¹
Ersin BUDAK²

Doç. Dr. İbrahim TAYMUR³
Prof. Dr. Rüstem AŞKIN⁴
Ass. Dr. Hayri BOZKURT⁵

¹*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği*

²*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikoloji*

³*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri*

⁴*Bursa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri*

⁵*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği*

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Yıldırım / Bursa

Tel/phone: +90 0536 896 33 30

E-mail: drhakandemirci@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

CPR negatif hasta, dindarlık, do not resuscitate, manevi destek, yas, yasal düzenlemeler

Keywords:

CPR negative patient, do not resuscitate, legislation, moral support, mourning, religiosity

Geliş Tarihi - Received
12/03/2016

Kabul Tarihi - Accepted
17/04/2016

Palyatif Bakım ve Ölümle Yüzleşme ***Palliative Care and Confrontation with Death***

Özet

Tıptaki ilerlemeler sonucu yaşam beklenti süreleri uzamaktadır buna bağlı olarak artık daha ileri yaşta ve daha komplike ölümlerle karşılaşılır olmuştur. Hastalar ve yakınları özellikle terminal dönemdeki vakalarda çoğu zaman ölümü kabullenir olmuşlardır ancak daha konforlu ölüm beklentileri yükselmektedir. Sağlık çalışanları ise hastaların son dönemlerine ait kararlarını uygulamak istemekle birlikte mevcut yasal düzenlemeler bazı isteklerin uygulanmasına uygun değildir. Özellikle yurt dışında DNR ‘Do Not Resuscitate’ veya CPR (Kardiyo Pulmoner Resussitasyon) negatif hasta kavramları yaygınlaşmaktadır. Fakat mevcut yasal düzenlemelerle kardiyopulmoner arrest gelişen hastaya müdahale etmemek, hastaya pasif ötenazi uygulamakla eşdeğer tutulmakta ve cezası 1-3 yıl arası hapis olabilmektedir. Palyatif bakımda hastaya biyolojik destek sağlanırken, kimi hastalar da manevi olarak ölüme hazırlanmaktadır. Mevcut tedavilerin artık yaşam süresini uzatmayacağını öğrenen hasta, palyatif bakım ünitelerinde kendi çizdiği sınırlar içerisinde çevresi ile vedalaşmaktadır. Yaşam hikayemizin başlangıcı ve seyirinden de önemlisi bitiş şeklindedir. Palyatif bakım ünitelerinde geriye dönüşsüz hastalara güzel ve onurlu bir ölüm imkânı hazırlanmalıdır.

Abstract

Life expectancy periods lengthen due to advances in medicine, and so we face more complicated deaths at more advanced ages. While patients and their relatives usually embrace death especially in terminally ill cases, their expectations for a 'good death' increase. However, while health care workers wish to implement the decisions of the patients concerning their last stages of life, existing legislation is not suitable for the implementation of some requests. DNR ‘Do Not Resuscitate’ or CPR (-) (Cardio Pulmonary Resuscitation negative) patient whom CPR is not indicated become more widespread especially in abroad. But, according to the existing legislation, not to interfere in patients with cardiopulmonary arrest is assumed as equivalent to passive euthanasia to the patient and it can be sentenced to 1-3 years of imprisonment. While biological support is provided to the patient in palliative care, some patients are morally prepared for death. The patient who learns that existing treatments can't lengthen the lifetime anymore make his farewells with his environment within the limits he draws himself in palliative care units. What is more important than the beginning and course of our life story is maybe the way it ends. A good and honorable death opportunity must be provided for the non-curative patients.

Palyatif Bakım ve Ölümle Yüzleşme

Ölüm; şiirlerde, atasözlerinde, sosyal medyada, kitaplarda, gazete ve benzeri birçok mecrada karşımıza çıkmaktadır. Şems-i Tebrizi'nin 'Herkes ölecek yaşadadır' sözü meşhurdur. Kur'an'da üç ayette 'Her nefis ölümü tadacaktır' denilmektedir. Cemal Süreyya bir şiirinde 'Her ölüm erkendir' derken aslında ölüm konusunda yaşanan çelişkiyi gözler önüne sermektedir. Her yaşta herkesin ölebileceği ihtimali varken nedense zihnimizde bunu hep ötelerez ve görmezden gelmeye çalışırız.

Tıp alanındaki ilerlemelere bağlı olarak yaşam beklenti sürelerinin uzaması ölümü geciktirmekte ve aynı zamanda komplike ölümleri de beraberinde getirmektedir. Geçmişte doğal ölümler büyük oranda evlerde gerçekleşirken günümüzde hastane ölümleri daha sık görülür olmuştur. İnsanlar kendileri için evlerinde, kendi yataklarında huzurlu bir ölüm dilerken yakınları için belki de sosyal ve vicdani sebeplerle yapılabilecek tüm müdahalelerin uygulandığı hastanedeki ölümü tercih etmektedirler. Bu noktada palyatif bakım üniteleri ölümleri nispeten kısa bir zaman diliminde beklenen hastaların yoğun olarak hizmet aldıkları birimlerden birisi olarak değerlendirilebilir.

Hastalar Açısından Ölüm

Ölümle yüzleşme kavramı literatürde korku, yakınlık, kaçınma ve nötr olmak üzere dört alt tutum üzerinden tartışılmaktadır (1). Kişilerin ölüm tutumlarının incelendiği çalışmalarda kişilik özelliklerinin önemli olduğu ve ölüm tutumlarında kişilerin kendi eylemlerini yargılamada psikotizmin, başkalarının eylemleri yargılamada ise nörotizmin ve irrasyonel düşüncelerin etkili olduğu gösterilmiştir (2,3). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada yaşam doyumuna göre kişilerin ölüm algılarının değiştiği, öz yeterlilik, depresyon ve yaşam memnuniyeti ile ölüm tutumlarının bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir (4).

Ölümle ilişkili tutumlarda en çok ölüm kaygısına vurgu yapıldığı görülebilir. Ölüm kaygısı çok sayıda psikolojik koşulun geliştirmesi ile bağlantılı bir süreç olarak değerlendirilir ve temel bir korku olarak kabul edilir. Özellikle, işlevsel olmayan ölüm kaygısı psikopatolojik açıdan hipokondriasis, başta panik bozukluk olmak üzere, anksiyete ve depresif bozuklukların özünde temel bir korku olarak görülmektedir (5). Yüksek ölüm kaygısının yüksek depresyonla bağlantılı olduğu, yüksek dini inanç ile düşük ölüm kaygısının bağlantılı olduğu, genç ve yaşlılarda bu değişkenlerin farklı özellikler gösterebildiği ileri sürülmektedir (6). Ahirete ve ölümden sonra yaşamın varlığına olan inançla ölüm sonrası depresyonun bağlantılı olduğu, ölüm kaygısı fazla olan kişilerin daha az dini inanca sahip olduğu gösterilmiştir (7). Kurum ve evlerde kalan yaşlıların karşılaştırıldığı bir çalışmada; benlik saygısı, ölüm kaygısı ve depresyon açısından farklılıklar olduğu ve kurumda kalan yaşlıların psikolojik özelliklerinin olumsuz yönlerini gösteren depresif belirtilerin olduğu bulunmuştur (8).

Ölüm kaygısının kökeni gelişimsel farklılıklardan etkilenmektedir ilkökul çocuklarına göre ergenlik çağı ölüm kaygısı açısından daha fazla risk taşımaktadır (9). Cinsiyet yaş, kişilik ve duygusal süreçlerin ölüm kaygısının anlaşılması açısından önemli değişkenler olduğu belirtilmektedir (10). Kadınlarda ölüm kaygısının daha fazla olduğu, kişilerde ölüm kaygısı ve ölüm sonrası depresyonun, travmatik yaşantılarla, dini inanç ve ölümden sonraki yaşamın varlığı ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (11). Ölüm korkusunun fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve yaşam amacı ile bağlantılı olduğu, yaşlı kadınların kendisi ve sevdiği insanlar için erkeklere göre daha fazla ölüm kaygısı duyduğu belirtilmektedir (12).

Ölüme ilişkin tutum ve kaygıların yaş, cinsiyet, kişisel yaşantı, yaşanan yer ve psikolojik durum gibi bir çok faktörle ilişkili olduğu düşünüldüğünde palyatif bakım hastalarında dezavantajlı özelliklere sahip bireylere farklı yaklaşımlar geliştirmek gerekebilir. Bir diğer anlatımla palyatif bakım hastalarının ölüm algıları ve ölüm kaygıları ile baş etmeye çalışırken bu hastalarda cinsiyeti, yaşı, dini inancı, ruhsal durumu psikososyal destek haritaları olarak kullanmak faydalı olabilir.

Çalışanlar Açısından Ölüm

Sağlıklı bireylerde veya hastalarda, yaşlı ya da genç, birçok farklı örneklemede ölüme ilişkin tutumların çalışılmıştır. Bununla birlikte literatürde ölüm algısının en çok çalışıldığı alanlardan birisi sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının ölümle en çok yüzleşen meslek olması bu durumu açıklayabilir. Aynı zamanda sağlık eğitiminin içinde ölümle ilişkili tutumların bulunmasının da bu konunun sıkça çalışılmasına neden olduğu düşünülebilir. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ölüm, manevi refah ve benlik saygısının bağlantılı olduğu gösterilmiştir (13). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada, eğitimle ölüm korkusuna ilişkin skorların bu bireylerde azaldığı, bununla birlikte bu eğitimin etkinliğinde meslek, cinsiyet ve yaşın etkili faktörler olduğu bulunmuştur (14). Başka bir çalışmada ise klinik deneyim sahibi olan hemşirelerin ölüm algılarının daha sağlıklı olduğu, bu sayede kişilerin kendi deneyimleri sonucu ölüme karşı sağlıklı bir tutum geliştirebilecekleri öne sürülmüştür (15). Palyatif bakımda hizmet veren kişilerin değerlendirildiği bir çalışmada ise kişilerin kendi yaşamlarının sonlarına ilişkin algılarının verdikleri hizmetle ilişkili olduğu görülmüştür (16).

Sağlık çalışanlarında ölüm ile ilgili tutumların olumlu bir tanıtım ile değişebileceği gösterilmiştir (17). Buna ek olarak "iyi ölüm" ile ilişkili verilen eğitimlerin, hastaya bu alanda verilen hizmet açısından, hemşirelerin becerisini artırdığı belirtilmektedir (18). Palyatif bakım açısından hastaların ciddi ölüm riskleri taşıdıkları düşünüldüğünde, öncelikli olarak bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının ölümle ilişkili tutum ve algılarını incelemek gerekebilir. Bunun sonucunda bu alanda hizmet veren personele öncelikli olarak kişisel algılar için eğitim vermek ve daha sonrasında ölüm konusunda hastaya sunulması gereken hizmet açısından eğitim vermek faydalı olabilir.

Ölümün Kıyısından Dönmek

Öldüğümüzde bize ne olur? Belki de bilim dünyası açısından bu soru en büyük gizemlerden birisidir. Bu konuyu araştırmak amacıyla birçok araştırmacı ölüm kavramı ile ilgilenmeye başlamıştır. Greyson, 1983 yılında ölüme ciddi derecede yüzleşmek durumunda kalan kişilerin, o anlarla ilişkili deneyimlerini değerlendirmek amacıyla 'Ölüme Yakınlık Ölçeği' geliştirmiş (19). Yazar daha sonraki çalışmalarında ölüme yakınlık açısından kişilerin olumlu ve olumsuz deneyimlere sahip olduğunu ve ölüme ilgili olan bu deneyimlerin, sosyodemografik verilerden ve kişilerin ruhsal durumlarından etkilenebileceğini (özellikle psikotik belirtiler) belirtmiştir (20,21). Ölümden dönme üzerine son dönemde yapılan bazı çalışmalar ise nörolojik bulgulara dayanmaktadır. Chawla ve arkadaşları (2009), nörolojik hasarı bulunan kişilerde ölüm anını EEG ile değerlendirmiş ve bu kişilerin ölümle ilişkili deneyimlerinin hipoksemi ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir (22). Auyong ve arkadaşları (2010), kardiyak arrest sonrası ölüme yaklaşma sırasında EEG ölçümü aldıkları vakalardaki bazı bulguların farklılık gösterdiğini fakat bu durumu aydınlatmak için, kullanılan hipnotik veya anestezi ilaçlarının önemli dışlayıcı kriterler olarak ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir (23). Ölümle ilişkili meditasyon etkinliği ve normal zihinsel etkinliklerin karşılaştırıldığı bir fMRI çalışmasında olumlu duygular, görsel-zihinsel imgeler, dikkat veya manevi deneyimlerle bağlantılı olduğu bilinen beyin bölgelerinde nöroelektriksel değişikliklerin olduğu değerlendirilmiştir (24).

Pamia ve arkadaşları, kardiyak arrest nedeni ile ölüme yaklaşan kişilerin yaşam kaliteleri iyi olmasına rağmen (özellikle post travmatik stres bozukluğu) olmak üzere psikopatolojik süreçler yaşayabileceğini belirtmektedir (25). Palyatif bakım hastalarının kronik hastalıklara sahip oldukları ve bu kişilerin birçok sağlık sorununu yaşadıkları düşünüldüğünde, bu kişilerde ölümle bağlantılı olabilecek geçmiş yaşantılara dikkat etmek faydalı olabilir. Çünkü ölümün kıyısından dönmenin kişinin devam eden hayatının önemli alanlarını etkileyebileceği tartışılmaktadır (20). Bu nedenle palyatif bakım hastalarında ölüm korkusu, ahiret inancı yada ölüm sonrası yaşama ilişkin psikososyal yada psikolojik hizmet sunarken bu hastalarda veya yakınlarında geçmiş ölüm deneyimlerini sorgulamak ve etkilerini değerlendirmek faydalı olabilir.

Ölüm ve Manevi Destek

Ölüme bakışta dini inanış kilit rol oynar. Dini inanca sahip olan kişilerin ölüm algılarının daha sağlıklı olduğu bulunmuştur (11) Dünya sahnesinden çekilme ile yeni bir hayatın başladığına inanan kişilerin (ölümü tanrıya kavuşma, mistik bir dünyaya açılan bir kapı veya ebedi dünyaya intikal etme) ve inanmayan kişilerin ölüm algılarında farklılıklar olduğu gösterilmiştir (7). Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, ırk ve hastalık evresi gibi faktörlerin manevi duygularla ilişkili olmadığı ancak fiziksel ve duygusal belirtilerin manevi süreçlerle bağlantılı ol-

duğu bulunmuştur (26). Aynı zamanda ölüm tehlikesi yaşanan hastalıklar açısından manevi desteğin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (27,28). Ne var ki 2010 yılında yapılan bir çalışmada kanser hastalarında manevi desteğin ülkemizde yeterince çalışmadığı ve sunulan manevi bakım hizmetlerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (27). Nawawi ve arkadaşlarının 2012 yılında uluslararası yayınların derlendiği çalışmada da palyatif bakım açısından verilen hizmetlerin ve çalışmaların yeterli olmadığına değinilmiştir (28). Buna ek olarak gelişmiş demokratik ülkelerde bakıma muhtaç kişilerin sosyal hayatta karşılaşılabildikleri manevî sorunlarının çözümüne dönük olarak kanunî düzenlemelerin olduğu fakat bizim ülkemizde manevi desteğin yasal temellerinin yeterince oluşturulmadığı belirtilmektedir (29).

Ölüm ihtimali yüksek olan hasta ve yakınları için manevi desteğin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (30). Hastaların ve bakım verenlerin kültürel ve manevi kimliği ve manevi ihtiyaçlarına dikkat etmek son derece önemlidir (31). Manevi destek sağlanması hasta ve yakınları açısından ölüm kavramının ortaya çıkardığı olumsuzlukları giderilebilir (31,32). Ülkemizde gelişen palyatif klinikleri düşünüldüğünde tedavi hizmetleri açısından uluslararası bir seviyeye gelebilmek için bu kliniklerde manevi bakım hizmetlerini artırmak ve sonuçlarını değerlendirmek hizmet kalitemiz açısından faydalı olabilir. Bu sayede hasta ve yakınlarının ölüm süreci ile ilişkili olan psikolojik yükünü de hafifletmeye yardımcı olabiliriz.

Hasta Yakınları, Ölüm ve Yas

Hastalığın fiziksel belirtileri, bilgilendirme, hastalığın anlaşılması, geride kalanların geleceğinin belirsizliği hem hasta hem de hasta yakınları açısından önemli faktörler olarak değerlendirilmiş ve bu nedenle palyatif bakım hizmetlerinin bütüncül bir anlayışla yürütülmesi gerektiği vurgulanmıştır (33). Bununla birlikte hasta yakınlarında ölüm kaygısının görülebileceği aynı zamanda bu kişilerde ölüm kaygısının yaş, cinsiyette göre değişebileceği ve tedavi süresi uzun olan hasta yakınlarında ölüm kaygısının artabileceği belirtilmiştir (34).

Palyatif bakım hastalarının bakım veren akrabalarında komplike yas ve depresyon gelişme riskinin yüksek olduğu bu nedenle komplike yas gelişebilme riskinin erken belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir (35). Üç yüzden fazla palyatif bakım veren kişinin değerlendirildiği bir çalışmada ise hasta kaybından on üç hafta sonra, hasta yakınlarının yarısından fazlasında psikolojik stresin belirgin olduğu bulunmuştur (36). Palyatif bakım hizmeti sunan 144 hastanın incelendiği başka bir çalışmada ise hasta yakınlarının %15 inde depresyon, %40'ında komplike yas olduğu bulunmuştur (35). Yakınlarını kaybeden hasta yakınları için psikolojik desteğin önemli olduğu ve bu desteğin uzun süreli olmasının gerektiği, bu nedenle etkileşim gruplarına katılan hasta yakınlarının ruhsal açısından daha iyi olduğu belirtilmiştir (37). Yas süreci yaşayan palyatif bakım hasta yakınlarına aile odaklı yas terapisi önerilmektedir (38). Palyatif bakımda yakını kaybeden hasta yakınlarında risk al-

tında olan ve ruhsal açıdan zorlanan aileleri taramak ve belirlenen bu kişilere ruhsal durumu koruyucu önlemler sunmak faydalı olabilir (39).

Ötenazi ve Yasal Düzenlemeler

Palyatif bakımda ölümle yüzleşme, ölüm kaygısı, ölümden kaçma, ölümle yakınlaşma ya da manevi destek ile ilişkili birçok süreç hastalar açısından oldukça önemli olabilir fakat bu durum bu hasta grubunda acısız ve zamanı bilinen bir ölüm talebi olmayacağı anlamına gelmez. Çünkü bu durum hastalığın ortaya çıkardığı ciddi derecede acı verici bedensel veya ruhsal durumlarla bağlantılı beklenen bir talep olabilir (40).

Avrupa'da palyatif bakımda ötenazi tartışmak amacıyla 3 oturumdan oluşan ve bir çok şehirden katılımcının bulunduğu uzunlamasına bir değerlendirmede ötenazi açısından net bir karara varılamamıştır (41). 2002 yılında ötenazi yasalaştıran Belçika'da yapılan ötenazi verilerini inceleyen bir araştırmacı palyatif bakım ve ötenazi üzerine önceden yapılan bir çalışmayı eleştirmiş ve ülkenin yayınladığı verilerde net bir palyatif bakım ve ötenazi bağlantısı olmadığını bildirmiştir (42). Fransa'da palyatif bakım hastanesinde 2157 hastanın açık ölüm taleplerinin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %9 unda ölüm talebi, %3 ünde ötenazi isteği, %1 inde suisid düşüncesi, %1 inde başka bir yöntemle ölüm talebi olduğu bulunmuştur (40). Palyatif bakım alan 701 kanser hastasının incelendiği başka bir çalışmada ise hastalarda %7,3 oranında ölüm talebi, %2,5 oranında ötenazi talebi olduğu görülmüştür (43). Kanada'da palyatif bakım hastalarında ötenazi kullanımına ilişkin yapılan değerlendirmede ise hekimlerin bu uygulamaya eğilimli olmadıkları fakat hastaların bu taleplerine saygı duydukları belirlenmiştir (44). Bazı ülkelerde ötenazi serbest olmasına rağmen palyatif bakımda ötenaziye ilişkin literatürde net ve kesin bir görüşün oluşmadığı söylenebilir.

Palyatif bakımda yatan terminal dönemdeki hastalara Kardiyopulmoner Resusitasyon (CPR) uygulanmaması pasif ötenazi olarak kabul edilir. Mevcut medikal tedavilerle iyileşmeyeceğine kanaat getirilen hastanın ölümüne müsaade etme, müdahil olan taraflar için kritik bir görev ve vicdani sorumluluktur. Ülkemizde yürürlükte olan yasal düzenlemeler hastaya CPR negatif olarak davranmaya henüz onay vermemektedir. Hasta ve ailenin yazılı onamı olsa da arrest geçiren hasta için mavi kod verilmemesi (No Code) veya DNR (Do Not Resuscitate) kabul edilip müdahale edilmemesi hukuki sorunlara neden olacaktır.

Ülkemizde ötenazi sağlık bakanlığının yönetmeliği ile yasaklanmıştır. Türk Ceza Kanunu'nda "İyileşmesi kabil olmayan ve ileri derecede ıstırap verici bir hastalığa tutulmuş bulunan bir kimsenin şuuruna ve hareketlerinin serbestliğine tam olarak sahip iken yaptığı ısrarlı talepleri üzerine ve sadece hastanın ıstıraplarına son vermek maksadıyla öldürme fiilini işlediği sabit olan kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir." hükmü bulunmaktadır. Literatürde ötenazi ve palyatif bakım üzerine yapılan çalışmalarla düşündüğümüzde palyatif bakımda tedavi alan hastala-

rın ölüm taleplerini kaydetmek ve bazı değişkenlerle bu talepleri incelemek hizmet açısından faydalı olabilir. Bu sa- yede Türkiye'de yeni yaygınlaşmaya başlayan palyatif bakım kliniklerinde hizmet alan ve ölüm talebi olan kişilere sunulan psikolojik ve psikososyal desteğe bu açıdan yön verilebilir.

Sonuç olarak, palyatif bakım üniteleri ülkemizde ve dünya genelinde çok önemli bir ihtiyacı karşılamak üzere planlanmış yeni oluşumlardır. Bu ünitelerde hizmet alan kadar hizmet verenler de ölüm üzerinde daha fazla düşünmek, onunla daha sık yüzleşmek durumundadırlar. Palyatif bakım ünitelerinde temel amaç kişinin yaşam süresini uzatmak veya arttırmak değildir, yaşamının son dönemindeki kişinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmak esas olmalıdır. Herkes onurlu bir ölümü hak eder.

Kaynakça

1. Wong PT, Reker GT, Gesser G. *Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application, 1994;121-48.*
2. Kuperman SK, Golden CJ. *Personality correlates of attitude toward death. Journal of Clinical Psychology 1978; 34(3): 661-663.*
3. Lester D, Hadley RA, Lucas WA. *Personality and a pro-death attitude. Personality and individual differences 1990; 11(11): 1183-1185.*
4. Jo KH, Lee HJ. *Relationship between self-efficacy, depression, level of satisfaction and death attitude of college students. Journal of Korean Academy of Nursing 2008; 38(2): 229-237.*
5. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. *Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical psychology review 2014; 34(7): 580-593.*
6. Thorson JA, Powell FC. *Death anxiety in younger and older adults. APA Journal 2000; 123-126.*
7. Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas Dobson S. *The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. Journal of Clinical Psychology 1995; 51(2): 202-204.*
8. Oh MN, Choi WS. *A study on self-esteem, death anxiety and depression of the elderly in home and facilities. Journal of the Korean Home Economics Association 2005; 43(3): 105-118.*
9. Koocher GP, O'Malley JE, Foster D, Gogan JL. *Death anxiety in normal children and adolescents. Psychopathology, 1976; 9(3-4): 220-229.*
10. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. *Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. Journal of personality and social psychology 1982; 43(4): 775-785.*
11. Roshdieh S, Templer DI, Cannon WG, Canfield M. *The relationships of death anxiety and death depression to religion and civilian war-related experiences in Iranians. OMEGA-Journal of Death and Dying 1999; 38(3): 201-210.*
12. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, Van Der Houwen K. *Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. OMEGA-Journal of Death and Dying 2012; 64(4): 357-379.*
13. Kim KH, Kim KD, Byun HS, Chung BY. *Spiritual well-being, self-esteem, and attitude to death among nursing students. Jo-*

- urnal of Korean Oncology Nursing 2010; 10(1): 1-9.
14. Hegedus K, Zana A, Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and healthcare workers' death attitude. *Palliative Medicine* 2008; 22(3): 264-269.
 15. Kim SH, Kim DH, Son HM. Comparison of Attitudes of Nursing Students toward Death, Self-esteem and Life Satisfaction according to Clinical Experience. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care* 2011; 14(3): 144-151.
 16. Jo KH. A meaning of death through emotional expression about death after nursing and medical students' end-of-life care practice. *Korean Journal of Adult Nursing* 2011; 22(3): 329-341.
 17. Watts PR. Evaluation of death attitude change resulting from a death education instructional unit. *Death Studies* 1977; 1(2): 187-193.
 18. Kang KA. Comparison of meaning in life and death attitude between participants and non-participants in well-dying education. *Journal of Korean Oncology Nursing* 2010; 10(2): 156-162.
 19. Greyson B. The Near-Death Experience Scale: Construction, reliability, and validity. *The Journal of nervous and mental disease* 1983; 171(6): 369-375.
 20. Greyson B, Liester MB. Auditory hallucinations following near-death experiences. *Journal of Humanistic Psychology* 2004; 44(3): 320-336.
 21. Greyson B. False positive claims of near-death experiences and false negative denials of near-death experiences. *Death studies* 2005; 29(2): 145-155.
 22. Chawla LS, Akst S, Junker C, Jacobs B, Seneff MG. Surges of electroencephalogram activity at the time of death: a case series. *Journal of palliative medicine* 2009; 12(12): 1095-1100.
 23. Auyong DB, Klein SM, Gan TJ, Roche AM, Olson D, Habib AS. Processed electroencephalogram during donation after cardiac death. *Anesthesia and Analgesia* 110(5): 1428-1432.
 24. Beauregard M, Courtemanche J, Paquette V. Brain activity in near-death experiences during a meditative state. *Resuscitation* 2009; 80(9): 1006-1010.
 25. Parnia S, Spearpoint K, Fenwick PB. Near death experiences, cognitive function and psychological outcomes of surviving cardiac arrest. *Resuscitation* 74(2): 215-221.
 26. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer* 2015; 23(4): 919-923.
 27. Daştan NB, Buzlu S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(1): 73-78.
 28. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Current opinion in supportive and palliative care* 2012; 6(2): 269-274.
 29. Seyyar A. Dünyada ve Türkiye'de manevi bakım hukuku. 2014; 12.
 30. Ferrell B, Otis-Green S, Economou D. Spirituality in cancer care at the end of life. *The Cancer Journal* 2013; 19(5): 431-437.
 31. Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current opinion in supportive and palliative care* 2014; 8(3): 308-313.
 32. Dose AM, Leonard B, McAlpine CP, Kreitzer MJ. The Meaning of Spirituality at the End of Life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2014; 16(3): 158-164.
 33. Gielen J, Bhatnagar S, Mishra S, Gupta H, Rajvanshi A, Chaturvedi AK, Broeckert B. Acceptance of Death and Dying by Patients and Their Relatives in Indian Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care (Supplement January 2011)*.
 34. Beydag KD. Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012; 13(5): 2405-2408.
 35. Guldin MB, Vedsted P, Zachariae R, Olesen F, Jensen AB. Complicated grief and need for Professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Supportive care in cancer* 2012; 20(8): 1679-1685.
 36. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *Journal of pain and symptom management* 2014; 47(3): 531-541.
 37. Häggmark C, Bachner M, Theorell T. A follow-up of psychological state in relatives of cancer patients one year after the patient's death. Effects of an activation programme. *Acta Oncologica* 1991; 30(6): 677-684.
 38. Kissane DW, PM FAC, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP ve ark. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *The American journal of psychiatry* 2006; 163(7): 1208-1218.
 39. Kissane DW, Bloch S, McKenzie M, McDowall AC, Nitzan R. Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psychooncology* 1998; 7(1): 14-25.
 40. Guirimand F, Dubois E, Laporte L, Richard JF, Leboul D. Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital: an analysis of patients files. *BMC palliative care* 2014; 13(1): 13-53.
 41. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Berghe PV. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine* 2015; 13: 1-9.
 42. Mortier T, Leiva R, Cohen-Almagor R, Lemmens W. Between Palliative Care and Euthanasia. *Journal of Bioethical Inquiry* 2015 April; 1-2.
 43. Güell E, Ramos A, Zertuche T, Pascual A. Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliative and Supportive Care*; 13(02): 295-303.
 44. Lavoie M, Godin G, Vézina-Im LA, Blondeau D, Martineau I, Roy L. Psychosocial determinants of physicians' intention to practice euthanasia in palliative care. *BMC medical ethics* 2015; 16(1): 1-10.