

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ” NİN
TÜRK TOPLUMU İÇİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif ABALI IŞIK

İZMİR

2008

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ” NİN
TÜRK TOPLUMU İÇİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif ABALI IŞIK

DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

İZMİR

2008

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı - Soyadı

İmza

Başkan : Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Aynur ESEN

Üye : Prof. Dr. Agah ÇERTUĞ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

*Ey sevgili ölüm!
gözlerin yas dolu biliyorum
göklerin alabildiğine karanlık
ellerin nasır tutmuş kederden
ve dilinde uykuya dalmış şarkın beni çağırır bilirim*

*...Sen,
Ne olursa ol bütün hallerine gelirim
ve geldiğimde,
...gidemem senden!*

*Ey sevgili ölüm!
gözlerime dolan nurlu şafak
gözlerini aç ve bak
...ben geldim
Şimdi bırak ta uzanayım "mecra"larına
dinlensin halet-i ruhi-yetim...*

ÖNSÖZ

Tez konusunun seçilmesi, yürütülmesi ve tezimin oluşturulmasında yol gösterici ve destekleyici olan, lisansüstü eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu'na,

Beni her konuda destekleyen, önerileri ile bana ışık tutan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum hocam Sayın Prof. Dr. Aynur ESEN'e,

Tezimin yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini esirgemeyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi hocam Sayın Prof. Dr. Agah Çertuğ'a,

Tezimin her aşamasında emeğini esirgemeyen, özveriyle bana destek olan, sabır gösteren ve bana çok şey öğreten araştırma görevlisi Sayın Dr. Yurdanur DEMİR'e,

Eğitimimde emeği geçen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Çalışmama gönüllü olarak katılarak araştırmamı gerçekleştirme fırsatı veren tüm meslektaşlarıma,

Tüm eğitim yaşamım boyunca ve tez çalışmalarım sırasında her zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen Annem Emine ABALI ve Babam Ahmet ABALI'ya,

Varlığı ve sevgisi ile her zaman destek olan değerli eşim Osman IŞIK'a

TEŞEKKÜR EDERİM.

İzmir, Ekim 2008

Elif ABALI IŞIK

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖNSÖZ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar DİZİNİ	XI
BÖLÜM I GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER	
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.6. Tanımlar	6
1.7. GENEL BİLGİLER	
1.7.1. Hayat ve Ölüm	7
1.7.2. Ölümün Evrenselliği	10
1.7.3. Gelişim Dönemlerine Göre Ölüm Kavramı	11
1.7.3.1. Çocuklukta Ölüm Kavramı	11
1.7.3.2. Ergenlikte Ölüm Kavramı	13
1.7.3.3. Yetişkinlikte Ölüm Kavramı	14
1.7.3.4. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı	15
1.7.4. Dinlere Göre Ölüm	16
1.7.5. Kaygı – Korku	21
1.7.5.1. Ölüm Kaygısı Ve Ölüm Korkusu	22

1.7.5.1.1. Hayat, Ölüm Kaygısı Ve Psikopatoloji	30
1.7.6.Ölmekte Olan Hastanın Bakımında Prensipler ve Amaçlar	32
1.7.6.1. Sağlık Elemanlarına Etkisi	32
1.7.6.2. Bakım Verenlerin Rollerini	37
1.7.6.3. Hasta ailesine yaklaşım	43
1.7.7. Hasta ve Hasta Yakınlarının Ölümü Kabul Etmesi	49
1.7.8. Tutum	57
1.7.8.1. Tutum Davranış İlişkisi	58
1.7.8.2. Tutumlar neden ölçülür?	59
1.7.8.3. Ölüm Tutum Ve Ölçekleri	61
1.7.8.3.1. Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)	65
1.7.9. Ölçek Uyarlama Çalışmaları	71
1.7.9.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	74
1.7.9.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	75
1.7.9.2.1. Güvenirlik	76
1.7.9.2.2. Geçerlik	80
1.7.9.3. Kültürlerarası Karşılaştırma	86

BÖLÜM II GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	87
2.2. Kullanılan Gereçler	87
2.3. Kullanılan Yöntemler	91
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	94
2.5. Araştırmanın Örnekleme	95
2.6. Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi	95
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	95
2.8. Etik Açıklamalar	95

BÖLÜM III BULGULAR

3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	98
3.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Dil Eşderliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	99
3.3. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular	101
3.3.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Güvenirlik Analizleri	101
3.3.1.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlarına İlişkin Bulgular	101
3.3.1.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin İç Tutarlılığına İlişkin Bulgular	103
3.3.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Geçerlik Analizleri	112

3.3.2.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Kapsam Geçerliği”ne İlişkin Bulgular	112
3.3.2.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Yapı-Kavram Geçerliği”ne İlişkin Bulgular	115

BÖLÜM IV TARTIŞMA

4.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Dil Eşderliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların Değerlendirilmesi	138
4.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Güvenirliğinin ve Geçerliğinin Değerlendirilmesi	138
4.2.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi	139
4.2.1.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Maddelerine Verilen Yanıtların “Standart Hata” Sonuçlarının Değerlendirilmesi	140
4.2.1.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “İç Tutarlılığı”nın Değerlendirilmesi	141
4.2.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi	148
4.2.2.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Kapsam Geçerliği’nin Değerlendirilmesi	149
4.2.2.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Yapı-Kavram Geçerliği” Değerlendirilmesi	152

BÖLÜM V SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar	171
5.2. Öneriler	180

BÖLÜM VI

ÖZET	182
ABSTRACT	184

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR	186
------------------------	-----

EKLER

EK 1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu	196
EK 2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	198
EK 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin Orjinal Formu	200
EK 4. Ölüm Kaygısı Ölçeği	203
EK 5. Anket Onam Formu	204
EK 6. (Death Attitude Profile – Revised) Ölçeğinin Kullanabilmesi için Gary REKER'den Alınan İzin	205
EK 7. (Ölüm Kaygısı Ölçeği) Ölçeğinin Kullanabilmesi İçin Murat YILDIZ'dan Alınan İzin	206
EK 8. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurul	207
EK 9. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Onayı	208

EK 10. İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzin Onayı	209
EK 11. Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar	210
ÖZGEÇMİŞ	211

TABLolar DİZİNİ

	SAYFA
Tablo 1. Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılacak İşlemler	93
Tablo 2. Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılacak İşlemler	93
Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	98
Tablo 4. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	101
Tablo 5. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutların Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	102
Tablo 6. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları	104
Tablo 7. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Madde - Toplam Puan Korelasyonları .	105
Tablo 8. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin 6 Madde (12,17,19,24,26,30) Çıktıktan Sonra Kalan Madde-Toplam Puan Korelasyonları	106
Tablo 9. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları	108
Tablo 10. Ölçeğin Alt Boyut Toplam Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonu	110
Tablo 11. Ölümü Karşı Tutum Ölçeği'nin Yarı Test Güvenirlik Analizleri	112
Tablo 12. Kapsam Geçerliliği İçin Uzmanların Ölçek Maddelerine Verdiği En Düşük ve En Yüksek Puanlar ve Maddelerin Puan Ortalamaları	114
Tablo 13. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Faktör Yapısı	116

Tablo 14. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Puan Ortalamaları ile “Ölüm Kaygısı Ölçeği”nin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	119
Tablo 15. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile “Ölüm Kaygısı Ölçeği” Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	120
Tablo 16. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	122
Tablo 17. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	124
Tablo 18. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	125
Tablo 19. Hemşirelerin Kayıp Yaşama Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	127
Tablo 20. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	129
Tablo 21. Hemşirelerin Hizmet Yıllarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	131

Tablo 22. Hemşirelerin Kadro Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	133
Tablo 23. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Toplam Puanları Test -Tekrar Test Sonucu Toplam Puanlarına Etkisine Göre Dağılımı	135

GRAFİKLER DİZİNİ

	SAYFA
Grafik 1. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Faktör Yükleri	119
Grafik 2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puan Ortalaması ile Test- Tekrar Test Sonucu Puan Ortalaması Arasındaki Bağını	136

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ölüm Düşüncesinde Ölümsüzlük Arzusu ve Ölüm Korkusu

25

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle araştırma alanları genişlemiş ve çeşitlilik kazanmıştır. Bu gelişmeyle birlikte, insanoğlu kendini tanımaya ve hangi durumlarda ne gibi tutumlar sergilediğini incelemeye başlamıştır.

Bu çalışmalardan biri de, insanın ölüm karşısındaki tutumlarıdır. İnsanlar ölüme karşı ne gibi tutumlar içindedir? Ölüm kavramı nasıl kavramlaştırılıyor ve algılanıyor? Ölüme ilişkin tutumlarda, kültür, din, cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik düzey, meslek, ırk, eğitim düzeyi gibi değişkenlerle etkin bir role sahip midir? Ve ölüme ilişkin tutumlarla ilgili araştırmalarda ne tür araçlar geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Bütün bunlar cevaplandırılması gereken sorulardır.

Kültür ölüm ve ölecek insanlara yönelik düşünceleri, davranışları ve beklentileri etkiler. Etnik köken, ölüm ve bunlara verilen tepkileri etkiler. Yaşamı tehdit edici hastalıklar, bireyin dini oryantasyonunu değiştirebilir. Bazı bireyler, dini aktivitelere düşkün hale gelirken, bazıları öfke duyarak dinden uzaklaşabilirler. Ölüme yaklaşım cinsiyete göre de farklılık gösterebilir. Ölüme karşı tutumda cinsiyet farklılıklarının etkisi dikkate alınmalıdır. Ekonomik düzey, ölüme yaklaşımı etkileyen bir diğer faktördür. Bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı, ekonomik düzeyleri ile bağlantılıdır. Yaşlı ve genç insanların ölüme yaklaşımı farklıdır. Yaşlı bireyler ölümü yaşlılığın doğal bir parçası olarak görebilirler. Oysa gençler, henüz yapacak çok işlerinin, gerçekleştirmeleri gereken hedeflerinin olduğunu düşünüp, ölümü doğal bir yaşam olayı olarak görmeyebilirler. Eğitim düzeyi yüksek bireyler, herhangi bir hastalıkla karşılaştıklarında, onun hakkında bilgilenecek kontrolü ellerinde tutma çabası gösterirler, sağlık hizmetlerinin neler olduğunu, nerelerden

hangi hizmetleri alabileceklerini öğrenirler, bakım ve tedavide kendilerine düşen görevleri daha iyi gerçekleştirirler.

İnsanın ölüm hakkındaki düşünceleri, yok olma fikri insanoğlunun yaşamına bir anlam katmakta, bu nedenle insanlar yaşamlarında “bir şey” olma çabası içine girmektedirler. Bir çok insan için ölümcül hastalıklar, korku ve anksiyete kaynağı iken, bazıları için motivasyon kaynağı olabilir. Ölümün gölgesinde yaşamak, insanın gelişimine katkıda bulunabilir ya da hasta ve ailesinde kriz oluşturabilir. Bazı uzmanlar, ölümün insan yaşamını olumlu yönde etkileyebilme yollarını tanımlamışlardır.

Bunlar;

- Ölümün, bireye var olduğunu ve yaşıyor olduğunu hissettirmesi,
- Yaşamın ne derece anlamlı olduğunun anlaşılmasına yardım etmesi,
- Bireye, o güne kadar olan başarılarını değerlendirme fırsatı vermesi,
- O güne kadar geçirilen yaşamın analizini sağlaması,
- Bireye, inançlarını açıklama gücü vermesi,
- Dostlukların önemini ortaya çıkarmasıdır.

Günümüzde özellikle kritik hastaların hastaneye yatırılması ve ölümlerin hastanede olması nedeniyle ev ortamından uzakta olan hastalar fiziksel bakım açısından olduğu kadar, psikolojik destek açısından da hastane personeline bağımlı kalmaktadır.

Bakımla ilgili personelin ölüm anksiyetesi yeterince incelenmemiş olsa da, anksiyetenin var olduğu ortamın, iş verimini azalttığı bilinmektedir. Yine böyle bir durumdan etkilenen hemşirelerin ölüm anksiyetelerinin artması, onların vereceği bakımı da olumsuz yönde etkileyecektir. Bir araştırmaya göre, insanların ölümle

karşılaşma dozunun sıklığında, artış olunca ölüm anksiyeteleri ve karşılaştıkları travma azaldığı ortaya çıkmıştır.

Ölümlle yüzyüze gelen hasta ve ailesi, yoğun keder yaşar ve sağlık elemanlarının desteğine gereksinim duyar. Bu nedenle, sağlık personeli, ölüme karşı kendi duygularını çözümlmeli ve yaşam sonu bakım alacak hasta ve ailesine yardım edebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.

Hemşireler ölümü bekleyen hastaya bakmak ve ölüm korkularını yenmek zorundadırlar. Fakat ölüm korkusundan kendilerini korumak adına, duygusuz bir görüşe de sahip olması beklenilemez.

Hemşireler kendi amaçları, değer yargıları ve davranışlarıyla hastaninkilerini ayarlayabilmeli, kendi ön yargılarının farkında olmalı ve hastanın davranışlarına karşı da uyanık olmalıdır. Hemşirenin tutum ve davranışları onun deneyim, duygu ve felsefesine göre değişir. Kendine güvenen hemşire, özellikle terminal aşamadaki hasta ve ailesini güçlendirir ve destekler. Ölüm olayıyla sık karşılaşılan ünitelerde çalışan hemşirelerin, ölümle ilgili yerleşmiş olan duygularını önce kendisinin anlaması, kendi duygularını başkalarıyla konuşabilmesi, ölüm, ölümü yaklaşan hastanın psikolojisi, ölümün duygusal yönleri ve ölmekte olan hasta ailesinin gereksinimleri konusunda kendisini yetiştirmesi, bilinçlendirmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, “**Ölüme Karşı Tutum Ölçeği**’nin (**Death Attitudes Profile -Revised**) Türk toplumu için güvenilir ve geçerli bir araç olup olmadığını incelemektir. Araştırmanın bu özel amacı doğrultusunda hedeflenen genel amacı ise; sağlık ekibine özellikle de hemşirelere geçerliği-güvenirliliği sınınanarak kazandırılması planlanan bu ölçek ile hastaların ölümle ilgili kaygılarında onlarla çalışan ve

yaşayanlara ışık tutacak, hemşirelerin daha kısa zamanda hastasına özgü düşünce ve dinamikleri saptayacak bir ölçeği Türk tıp ve psikoloji literatürüne kazandırmak; ayrıca ölüme yakın hastaların ve onlarla çalışan ekiplerin de istifadesine sunarak çalışmanın faydalılık alanını genişletmektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ölüm sadece yaşlı ve hastaları değil, tüm insanları, tüm canlıları her an başa gelebilecek bir gerçek olarak kapsamaktadır. Bu gerçek her birimizi az ya da çok, benzer ya da farklı dinamiklerle etkilemekte, endişe uyandırabilmektedir. Ölüm kaygısı üzerine çalışmak kimilerine son derece evrensel ve ilginç, kimilerine de rahatsız edici gelebilmektedir. Hayat varken ölüm üzerine çalışmayı eleştirenler, hayat ile ölümün ne kadar birbirine geçtiğinin farkına varamamışlardır. Yalom'a göre kişisel ölüm endişelerimiz ve altındaki dinamikler, ölümle ilgili fantazilerimiz, inançlarımız, yaşam tarzı ve seçimlerimizi etkilemektedir. Canlının doğduğu anda ölüme doğru ilk adımlarını atmış olduğu gerçeği açıkça ortadadır. Yaşam ile ölümün böylesine içice olması ve birbirini etkilemesi ölüm kaygısı üzerine çalışmayı, hayatı anlama ve anlamlandırma çalışmasına dönüştürmektedir.

Ölüm olgusu ve ölüme ilişkin olaylar, Batılı bilim adamları ve düşünürleri tarafından ilgi görürken, Türkiye'de bu konuya akademik çevrelerce gereken önemin verilmediği gözlenmektedir. Oysa özellikle günümüzde kitle iletişim araçlarının (gazete ve tv. gibi) ölüm ve ölüme ilişkin birçok konuyu (cinayet, trafik kazaları, terör vb.) çok sık olarak okuyucuya ve izleyiciye iletirken insanların bundan bir şekilde etkilenmediğini ya da etkilenmeyeceğini söylemek doğru olmaz. Ancak, böyle bir ilişki, bilimsel yöntemler ve araçlar kullanılarak yürütülecek araştırmalarla ortaya

konabilir. İşte bu noktada, en çok ihtiyaç duyulan şey geçerliliği ve güvenilirliği saptanmış ölçekler olacaktır.

DAP-R ölçeğinin kullanılması ile hastalar için sorunlarını, temel korkularını, inançlarını ifade edebilme şansı doğacaktır. Sağlık ekibine de ruhsal ve sosyal destek verilmesi gereken noktaları belirlemede yardımcı olacaktır.

Ayrıca DAP-R, sağlıklı insanların da ölüm ve hayat üzerine sorgulamalarında, bireylerin ölüm tutumlarının analiz edilmesinde, kazanılan farkındalıkla hayat öncelik sıralamalarının yapılmasında faydalı bir gereç olabilir.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği yüksek bir araçtır.

H₂: “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Türk toplumu için geçerliliği yüksek bir araçtır.

H₃: “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği yüksek bir araç değildir.

H₄: “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Türk toplumu için geçerliliği yüksek bir araç değildir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ege Üniversitesi Hastanesi’nde ve İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan, araştırmayı kabul eden hemşirelere anket uygulanmıştır.

1.6. Tanımlar

Ölüm: Beyin-kalp-akciğer düzeyinde olmak üzere, hayati fonksiyonlardaki tam ve kesin yani geri döndürülemez durumuna dayanır (18,34,36,74,81,93).

Tutum: Birçok psikolojik değişken gibi doğrudan gözlenip ölçülemeyen ancak varlığı sözel ve davranışsal belirtilerden anlaşılabilen bir değişkendir (10,12,13,55,56,93).

Ölçek uyarlaması: Bir kültürde geliştirilen ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmalarıdır (32,37,59,61).

Geçerlilik: Bir ölçeğin istenilen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı olarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir (11,32,59,61).

Güvenirlilik: Bir ölçme aracının hatalardan arınmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir (11,32,59,61).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. Hayat ve Ölüm

Hayat bize nasıl hayatta kalacağımızı, ölüm nasıl yaşayacağımızı öğretir. Hayat angaryalar yükleyen biri olmasına karşın ölüm bir başöğretmendir (63,81).

Hayat ve ölüm, tüm organizmaların tecrübe ettikleri içice girmiş iki olgudur. Öyle ki, canlının ölümü bile hayatının bir parçasıdır, hayatına ait bir zaman dilimidir. Yani, canlı ölümü yaşar, tecrübe eder. Fakat yalnız kendi ölümünü. Bunun yanı sıra; insan, hayatı boyunca birçok canlının ölümüne şahit olmakta, yakınlarının ölümlerini görmektedir. Aynı evde, aynı zamanda bir ölüm olayı gerçekleşirken, doğum da gerçekleşebilmekte, yeni bir canlı hayat mücadelesine başlayabilmektedir. İnsan vücudu her an ölümlerle birlikte hayatı yaşamaktadır. Her an çok sayıda hücre ölürken, yerine yine çok sayıda hücre oluşmaktadır. Böylece biyolojik açıdan hayat devam edip gitmektedir (93).

Bu iki kavramın anlam kazanmaları için, birinin diğerine ihtiyacı vardır. Frankl'a (1965) göre, insan motivasyonunun mahiyeti "anlam arayışı" dır. Bu anlam, yalnız her insana has ve özeldir. Hayatın algılanışında "ölüm" önemli bir yere sahiptir. Zira soğuk-sıcak, karanlık-aydınlık, sağlık-hastalık, acı-tatlı gibi unsurların anlam kazanması birbirleri ile ilişkili olmasındandır. Bununla birlikte, hayat ve ölümün ortak özelliği ise, her canlı için özel olmasıdır. Yani, her canlı kendi hayatını yaşar ve kendi ölümünü ölür. Bir başkasının ölümünü, tam anlamıyla tecrübe edemez. Ama tek gerçeği açıkça görür. O da, ölümün kaçınılmaz gerçeğidir (93).

"**Klinik ölüm**", şuur, refleksler, solunum ve kalp atışı gibi hayatın dış belirtilerinin yok olduğu, ancak altında dokuların metabolik faaliyetlerini sürdürebildiği ve söz konusu durumun iyileştirici uygun dış müdahalelerle tersine çevrilebileceği bir

haldir. Eğer klinik ölüm halindeki bir organizma doğal sürecin akışına bırakılırsa, klinik ölümü, geri çevrilemeyecek bir biçimde 'biyolojik ölüm takip eder" (Sabom, 1992, s.23). "Biyolojik ölüm veya canlı bireyin yok olması ve enerji tansiyonunun sıfıra inmesi, özellikle beyin-kalp-akciğer düzeyinde olmak üzere, hayati fonksiyonlardaki tam ve kesin, yani geri döndürülemez durmaya dayanır; fonksiyonel uyumun kaybını dokusal ve hücresele birimlerin yavaş yavaş ortadan kalkması izler. Şu halde ölüm, hücre, organ, organizma ve sonuçta tekligi ve özgüllüğü içinde kişi üzerinde etki yapar. Sonuç itibariyle biyolojik ölüm, oluşturucu elemanların, yenilenen sürekli yaşamın kaynağı olan biyosferin ortak temeline geri dönüşünü gerektirir (34,36,74,81,93).

Harward Üniversitesi'nde kurulan bir komitenin verdiği rapora göre ölüm, beyin duraklaması olarak benimsenmiş ve bu konuda bir dizi temel unsurlar gösterilmiştir.

Bunlar;

1. Bilincin tam ve sürekli olması,
2. Solunumun sürekli olarak durması,
3. Dıştan gelen tüm uyarılara karşı bütün tepkilerin ve reflekslerin yok olması,
4. Tüm kaslarda gevşeme görülmesi,
5. Beden ısısının kaybolması,
6. Beynin elektriksel faaliyetlerinin yok olması (22,74).

Feifel ve Nagy (1981), bazı klinikçi ve araştırmacıların (Becker, 1973; Feifel, 1971, 1977) ölümü, insanın en son davranışı olduğunu kabul ettiklerini ifade ederler. Nelson (1978), Faunce ve Fulton'un (1958), ölümün çok boyutluluğuna dikkat çektiklerini nakleder (93).

Thomas (1991), ölümün, gündelik, doğal, rastlantıya bağlı ve evrensel olduğundan bahseder. Sonra da ekler:"ölüm kategori dışı olarak kalır sınıflandırılmaz,

türünde tek, eşi bulunmaz bir olaydır, yalnız yaşayan bir canavardır, hepsi de zaman içinde yer alan bütün diğer olaylarla ilişkisi yoktur. Ölümün incelenmesinin, çağımız zihniyetinin ve hayal gücümüzün kuşku götürmez kaynaklarını kavramak için temel bir yol olduğunu da söyler (81,93).

"Varoluşçu Psikolojinin temel ilkeleri arasında yer alan ölüm kavramı ise, şöyle açıklanmıştır:"Ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilemdir. İnsan isterse ölümlü seçebilir fakat istemese de ölümlü yaşayacaktır. Ölüm varoluşu çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir. (93, Yanbastı G., 1990, Kişilik Kuramları).

Ölümün anlamını tartışmada; Freud (1925), insanın bilinçaltındaki hislerin bizzat ölümsüz olduğunu iddia etmiştir. Ölümün kişisel anlamı yoktur ve insanın ölüm korkusu, kişinin bilinçaltından çıkar. Bununla birlikte ölümün dehşeti, ikinci derecede bir fenomendir. Chadwick (1929), ölümden, çocukluğun çaresizliğine benzer bir şekilde korkulduğu sonucunu çıkarmıştır. Wahl (1959), ölüm korkusunu, çocuğun düşmanca isteklerine, onun, herşeye gücü yetmedeki inancına bağlamıştır. Murphy (1959), ölüm korkusunun, bilinçliliği kaybetme korkusu veya ceza korkusu olarak manalandırılabilirliğini ortaya koymuştur. Middleton (1936) yaptığı araştırmada, üniversite öğrencilerinin ölüm konusuna ilgisiz kaldıklarını, ölümsüzlük için güçlü bir eğilime sahip olduklarını ve gelecek bir hayatın var olmasını istediklerini bulmuştur. Alexander ve Adlenstein (1959), ölüm hakkındaki kaygının, ölümsüzlük üstüne fikri olmayan inananlar arasında kuvvetli bir uyarıcı olduğunu kaydetmişlerdir (93).

Scheler (1953), ölümün insanoğlu tarafından sadece yaşlılığın son noktası olarak görüldüğünü söyler (Jeffers, Nichols ve Eisdorfer, 1961). Ölümü, gelişiminin Son aşaması olarak kabul eden Cüceloğlu'na (1991) göre, "ölüm, toplumun ve bireyin dinsel inançlarıyla sıkı sıkıya ilişkili olduğu için, bireyden bireye, aileden aileye ve bir

toplumdan diğereine değişiklik gösterir. Bu konudaki araştırmalar, dinsel inançları kuvvetli olan kimselerin kendilerinin ve diğere yakınlarının ölümünü daha sakin bir halde kabul etmeye hazır olduklarını göstermiştir (20,93).

1.7.2. Ölümün Evrenselliği

Ölme ve ölüm yaşantısı, insanların tüm yaşayan organizmalarla paylaştığı ortak evrensel bir olaydır. Doğum nasıl gerçek ve evrenselse, ölüm de gerçek ve evrenseldir. Ölüm, bireysel yaşamın hem fiziksel hem de psikolojik anlamda son evresidir (15,18,81). Ölüm korkusunun bilinçaltı baskısı sonucu insanlar, meteorolojik olayları, hayvanların ses ve hareketlerini, düşleri, hastada görünen değişmeleri ölümün işareti saymaktadır. Bunlar içinde en çok hayvanlarla ilgili olanlar önem kazanmakta, benzer inanışlara rastlanmaktadır. Örneğin; Anadolu'nun çeşitli yörelerinde, köpeğin uzun uzun ulumasının, acı acı ulumasının, sürekli ulumasının ölüm işareti taşıdığı belirtilmektedir. Başka kültürlerde de benzer örnekler bulunmaktadır (74,77,81,84).

Türk toplumunda ölüm “Allah'ın emri” olarak bilinir ve dinine bağlı inançlı bir kişinin, ölümü yaşamın diğere olayları gibi doğallıkla kabul etmesi beklenir. Birinin yakının öldüğünde, o kimseye “Allah'ın emri” şeklinde bir hitapta bulunulur. Şimdi o ifade başınız “sağ olsun”a döndü (20).

Amerikan toplumunda yakını ölen bir kimseye Türkçede olduğu gibi söylenecek bir “kalıp ifade” yoktur. “Üzgünüm” ifadesi kullanılır. Aynı ifade çoğu kez “affedersininiz” yerine de kullanıldığından, pek bir anlam taşımaz (20).

İnsanlar daima bir ölümsüzlük inancını çok kıymetli tutmuşlardır. Toplum bilim adamları olan, Robert J.Lifton ve Eric Olson, ölümsüzlük fikrinin beş anlamını belirtirler.

- Biyolojik Anlamı: İnsanın nesiller boyu yaşaması,
- Yaratıcılık Anlamı: İnsanın çalışmaları doğrultusunda yaşaması,
- Dinsel Anlamı: insanların ebedi bir hayat görünümünün dinselini kabul etmeleri,
- Doğallık Anlamı: insanın bir parçası olan doğal dayanma gücündeki inanca sahip olması,
- Deneysellik Anlamı: Hayat ve ölümün ardından başlayan, üstünlük, aşırı sevincin önemini kabul etmedir (81).

1.7.3. Gelişim Dönemlerine Göre Ölüm Kavramı

Hayatın bir yerde ölümle noktalanacağı düşüncesi, bireyi duygusal ve bilişsel olarak huzursuz eder. Bu bağlamda ölüm korkusunun gelişim dönemleriyle de yakından ilişkisi vardır (48).

1.7.3.1. Çocuklukta Ölüm Kavramı

Ölümle ilgili kaygılarımız ve bununla başa çıkma şekillerimiz anlatılması kolay olgular değildir. Ölmekte olan çocukların ihtiyaçlarına hitap etmek çocuklarla ve onların aileleriyle çalışmada deneyimli kendini adanmış bir ekip ister. Yaşları küçük olduğundan çocuklar çoğu zaman sonuna kadar tıbbi açıdan çok agresiv bir şekilde tedavi edilirler, bu da ölüme hazırlanmayı güçleştirir. Profesyoneller bu konuların ne zaman ortaya atılacağı konusunda kararsız olabilirler. Ebeveynler, özellikle genç olanlar, ölüm konusunda çok az deneyimli olabilirler ve ona hazırlanırken özel yardıma ihtiyaç duyabilirler (33) .

Araştırmalardan da anlaşıldığı üzere bu kaygılar çocukluk döneminin de kaygıları olmaktadır. Dolayısıyla yetişkinlerin ve çocukların ölümle başa çıkma

mekanizmaları arasında fark görülmemektedir. Fakat çocukların ölüm hakkında ne düşündüğünü öğrenmek dil gelişimindeki yetersizlikten dolayı kolay olmamaktadır(2,28,44,93,97).

Çocuklarda ölüm kavramının gelişimi ve kazanılması, bilişsel gelişim ve yaşa bağlı olarak ayrı ayrı incelenmektedir. Bilişsel gelişime bağlı olarak ölüm kavramlarının kazanılmasını inceleyen araştırmacılar ölümlle ilgili üç bilişsel yapı geliştirildiğinden söz etmektedirler. Bu yapılar; işlevsizlik, geri dönülmezlik ve evrenselliştir. Bu kavramlara daha sonra nedensellik de eklenmiştir. Evrensellik, kaçınılmazlık olarak ele alınmakta ve yaşayan her şeyin öleceği anlayışını içermektedir. Geri dönülmezlik, yapısal olarak sona ermedir ve yaşayan bir canlı öldüğünde fiziksel olarak tekrar yaşatılamaz anlayışını taşımaktadır. İşlevsizlik, yaşamı tanımlayan tüm işlevlerin ölümlle kaybedilmiş olduğu anlamına gelmektedir. Nedensellik ise, ölümün biyolojik bir neden sonucunda oluştuğunu göstermektedir. İşlevsizlik ve geri dönülmezlik kavranılan çoğunlukla dinlere dayanmaktadır. Ölenin, "bir gün döneceği ya da bizi yukarıdan izliyor olma teması" Çocuklara yönelik dini aktarımların bir parçasıdır. Yetişkin bir kişi, ölümü bilimsel tanımıyla anlayıp kabullenirken bu tanımı çocuğa anlatma konusunda kararsızlık yaşamaktadır. Buna karşılık küçük çocukların daha somut ve gerçekçi düşünebildiklerinden ölümün bilimsel olarak açıklanmasına daha kolay uyum sağlayabildikleri öne sürülmektedir (2,28,93,97).

Piaget'in (1960) bilişsel gelişim modeline göre, çocukların ölüm kavramına odaklaşmaları, 7-12 yaşlar arasında, "somut işlemsel dönem"de baskın olarak gözlenmektedir. Bu dönemde çocuklar, ölümün kaçınılmaz, evrensel ve iç nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını anlamaktadır. Ancak ölümden sonra yaşam olabileceğine ilişkin inançlar sergilemektedirler. "İşlem öncesi dönem"de (2-7 yaş) ölüm, çocuk için

geri dönüşü olan ve dış nedenlere dayalı bir olaydır. Ölüme ilişkin düşünce içeriğinin gelişimi ise 12 yaş sonrası dönemde gözlenmektedir (2,28,93,97).

Çocuklar, ölümle çok erken yaşlarda ilgilenmeye başlarlar. Ana-babalarının konuşmalarını dinleyerek, ölüm haberlerini duyar ve ölü hayvanları görerek sorular sorar, bir anlam çıkarmaya uğraşırlar. Ancak, pek etkilenmiş görünmezler. Çocuğun ölümle ilgisi, duygusal bir tepki seviyesinden öteye pek geçmez. Çocuğun, ölüm fikrini kabullenmesi, kısa zamanda ve kolay gerçekleşmez. Zihinsel ve duygusal gelişimiyle paralel olarak yavaş yavaş belli bir sırayla gelişir ve ölüm kavramını kendine mal eder. (2,28,93,97).

Sonuç olarak, "çocuğun zihninde tasarlanan ölüm kavramının şu gelişim sırasına göre üç bileşeni olduğu tespit edilebilmektedir: a) Uyku ve yolculuk olarak ölüm, b) dışarıdan benimsetilmiş köklü kişisel değişme olarak ölüm, c) hayatın kaybedilmesi olarak ölüm (2,28,93,97).

1.7.3.2.Ergenlikte Ölüm Kavramı

Ergenlik çağına girildiğinde ölüm, kişiyi kaygıya, depresyona ve çeşitli fobiler geliştirmeye itebilmektedir. Çünkü genç, hayatı sindire sindire duymak, tatmak, dünyayı tanımak, heyecan dolu ümitlere, uzak, erişilmesi güç hedeflere ulaşmak ister. Yani hayatın, sınırsız bir alanda yayıldığını gözler. Sonra da, ölümle ilgisini gözden geçirir. Bu da, onda çoğu zaman kaygı uyandırır. Hökelekli (1991b), ülkemizde, 15–17 yaşlarındaki liseli gençler üzerinde yapılan bir araştırmada (Özkan, 1984), ön sıralarda gelen ilgi ve kaygı konusunun, ölüm ve ölüm ötesiyle ilgili düşünceler olduğuna ilişkin veriler elde edilmiştir. Araştırma, gençlerin % 40'a yakınının, acı çekerek ölmek, dünya savaşı ve ölüm sonrasıyla ilgili sürekli korkuları olduğu sonucunu çıkarmıştır. Hökelekli, gençlerin ölümden korkmalarının birçok sebebi olduğunu söyler ve normal olarak

gençde, hayata dönük ilgiler ve emellerin bir coşkunluk içerisinde varlıklarını hissettirdiklerini vurgular. Sonra da, gencin, ölümle, varlığının sona ereceğini ve hayatın zevklerinden mahrum kalacağını düşünerek ölümü, kaygı veya korku ile karşılaşmasına yol açabileceğini ekler (28,93,97).

Çileli'ye (1997) göre ergenlikte gerçek ölüm, ölüm duygusundan ve düşüncesinden daha belirgin olarak görülmektedir. Yani ergenler bu dönemde ölümün felsefi ve psikolojik boyutunu düşünmek yerine ölmek için kolaylıkla harekete geçebilmektedirler. Bu dönemdeki intihar olaylarında, yaşanan çok yönlü değişimin, bu değişime ayak uyduramamanın ve toplumsal destek azlığının da etkili olduğu düşünülmektedir (28,97).

1.7.3.3.Yetişkinlikte Ölüm Kavramı

Gençlikten orta yaşa geçiş, zamanı algılayışta ki farklılıkla belirlenir. İnsan kendi hayatını gözden geçirirken, ne kadar yaşamış olduğuna göre değil de, ne kadar zamanın kaldığına göre değerlendirdiğinde gençlikten orta yaşa geçmiş olur (Geçtan, 1990, 1992b). Ölümün kaçınılmaz olduğu, her zamankinden daha açık bir biçimde hissedilir Orta yaşlılar, ölümün yakınlaştığını hissetmeye karşın, pek azı yeniden genç olmayı ister (Geçtan, 1992a). (28,93)

Orta yaş döneminde, aile yapısında olan değişiklikler, meslek hayatında ulaşılan aşama, ana-babalarla olan ilişkiler, bedensel yaşlanma ve ölümün kaçınılmazlığının algılanması bir krizin yaşanmasına sebep olabilir Kırk yaşına gelmiş insan, merdiven çıkarken nefesinin tıkanması, yediklerinde hazımsızlık çekmesi, unutkanlığın başlamasını algılaması karşısında ölümün kaçınılmazlığını düşünmeye başlar (20).

Yetişkinlerin günlük yaşamdaki eğilimleri, tercihleri ise onların ölümle ilgili tutumları hakkında bilgi vermektedir. Buna göre, bir insanın vasiyet hazırlaması,

yaşamını uzatmak için yeme-içme alışkanlıklarının değiştirmesi, tehdit edici belirtilere karşın sigara içmeyi sürdürüp sürdürmemesi, ciddi biçimde hasta olan arkadaşlarını ziyaret edip etmemesi, ölüm ilanlarına bakıp bakmaması kişinin ölümle ilgili tutumlarını açığa vuran yaşantılardır (Çileli, 1997, s:338). Bu yaşantılar üzerinde yapılacak araştırmalar yetişkinlerin ölümle ilgili tutumlarını açığa çıkarabilir görünmektedir. (28,97)

1.7.3.4. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı

Yaşla birlikte ölüm korkusunun düzeyi arttıkça yaşamdan zevk alma düzeyi de azalır. Bu açıdan yaş ile ölüm korkusu arasında bir korelasyondan söz edilebilir (49,91).

İnsan yaşlandıkça, ölüme ait düşünceleri ve ölüm korkusu artış gösterir. Dolayısıyla, yaşlı insan kendisini ölüme hazırlar (Jung, 1959; Feifel ve Nagy, 1981). Swenson (1961) ise, yaşlı bir kimsenin, ölüm korkusunu sık sık itiraf etmeden, ölümü beklediğini veya öleceği ihtimalini göz önünde bulundurmaktan kaçınma eğilimi gösterdiğini ifade eder. Buna karşılık Feifel ve Branscomb (1973), böyle bir tutumun ölüme karşı yapılan bilinçli bir tepki, bir çeşit reddetme olduğunu söylemektedirler. Terminal döneme yaklaşan yaşlı bireyler sıklıkla ölüm anksiyetesine kapılırlar (9,48,91).

Maurois (1981) ise, yaşlılıkta ölüm korkusunun, felsefî düşünce ve dinî inançla geçiştirilebileceğinden söz etmekte ve yalnızlık duygusunun, yaşlılıkta ölüm korkusunu artırdığını da belirtmektedir (28,91).

Catt ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada 74 yaş ve üzerinin ölümle daha çok yüzleştiğinden diğer genç yetişkinlere oranla ölüm anksiyetesinin ve korkusunun yüksek olduğu gözlenmiştir (17).

1.7.4.DİNLERE GÖRE ÖLÜM

Felsefi ve dinsel sistemler de, insanın ölüm kaygı ve korkusuyla baş etmesine yardımcı olma gibi bir fonksiyonlarının olduğunu ileri sürmüşlerdir. Antropoloji ve etnoloji bilim dalları tarafından yapılan araştırma sonuçları, ölüm ve din kavramlarının, birbiriyle ilgili olduklarını ve bu ilişkinin varlığının insanlık tarihi kadar eskiye dayandığını ortaya koymuştur. Ölüm ve din, her dönemde filozoflar, bilim adamları, şairler, yazarlar ve din adamları başta olmak üzere, tüm insanların ilgilerinin üzerinde odaklaştığı iki kavram olmuştur. (94)

Ruhsal ifade çoğu zaman kültüre bağlanır. Dünya genelinde bilinen büyük dinler Budizm, Hıristiyanlık, İslam ve Musevilik' den oluşur, aynı zamanda çeşitli mezhepler ve başka dinler de uygulanmaktadır. (57)

Alvarado ve arkadaşlarının (1995) sağlık çalışanlarına uyguladığı çalışmada, dini faktörlerle ölüm anksiyetesi, ölüm depresyonu ve ölüm sıkıntısı arasında ilişki gözlenmiştir. Araştırmalar göstermiştir ki inançları sağlam olan insanlar ölüm anksiyetesi, ölüm depresyonu ve ölüm sıkıntısını daha az yaşamaktadır. Dinin bir gereği olarak ölümden sonra yaşama inanan insanlarda ölüm depresyonu ve anksiyetesi daha çok görülmüştür. (7)

Bir diğer görüşe göre de Rose ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada öbür dünyaya inanmanın insanlara umut aşılıyarak ölüm anksiyetesini hafiflettiğini belirtmiştir (69).

Tomer ve arkadaşları (2000) yaptığı çalışmada hayatın anlamında dinin pozitif etkisinin olduğunu belirtmiştir (82).

Ardelt'in (2003) yaptığı çalışmada yalnızca dini eğilimin ölümü kabullenmede pozitif bir etkisinin olduğu gözlenmiştir. Ölen sevilen kişinin cennette olacağını bilmek ölüme yaklaşımda olumlu bir etkisi görülmüştür. İçsel dini yönlendirmenin ölüm

korkusu veya ölümden sakınmakla alakasının olmadığı ancak hayatın anlamı, ölüm korkusuna ($\beta=-0,37;p=0,01$) ve ölümden sakınmaya ($\beta=-.35;p=0,02$) negatif etkide bulunduğu görülmüştür.

İçsel dini yönlendirme, ölüm kabullenışı ($\beta=0,74 p<0,01$) için pozitif etkide bulunmaktadır. Dışarıdan yapılan dini yönlendirme, ölüm korkusuna ($\beta =0,37;p=0,01$) ve ölümden sakınmaya ($\beta=0,31;p=0.004$) pozitif etkide bulunmaktadır. Dahası, dini birleşme ölüm korkusuyla ($\beta=0,36;p=0,01$) pozitif anlamda ilgilidir. Paylaşılan ruhani aktiviteler de ölümden sakınmakla ($\beta=0,29;p=0,024$) yakından ilgilidir (8,9).

Bu bağlamda hemşireler kişinin dini veya ruhsal inançlarını göz önüne almadan bir hastayı değerlendiremez ve tedavi edemez.

Sami (Semavi) Dinlerinde Ölüm

➤ Yahudiliğe Göre Ölüm

Yahudiliğe göre hayatın ve ölümün kaynağı, tanrının insana üflediği nefestir. Ölüm, Yahudilerce gerçek bir şekilde, ancak korkunç bir gerçek olarak karşılanmaktadır. Buna göre her gelişim döneminin başlangıcı diğerinin ölümüne tekabül eder. Yani çocukluk ölünce gençlik başlamakta, gençlik ölünce yetişkinlik başlanmaktadır. Dolayısıyla ölüm hem gerçek hem de kaçınılmazdır. Ölüm, hayatın organik, tabii ve makul bir bölümü olarak kabul edilmektedir.

Yahudiliğe göre ölüm, hayatın sonu değildir. Ancak bu durum başka bir dünyanın olabileceğine dayanarak değil de, insanın tesirlerinin öldükten sonra da devam etmesi açısından yorumlanmaktadır. büyük bir teselli kaynağı sunması olarak karşımıza çıkmaktadır (28,44,57).

➤ **Hıristiyanlığa Göre Ölüm**

Hıristiyanlığa göre insanlar günahkardır ve bu nedenle İsa'ya ve Tanrıya iman ederek yaşamalıdır. Bedenin tutkularına uymanın ve utanılacak şeyler yapmanın sonu ölümdür ama kişi kendini Tanrıya adarsa, yararlı işler yaparak onun istediği gibi yaşarsa sonsuz yaşamın sahibi olur (İncil, 1998).

Hıristiyanlıkta da, insanların geçmişten günümüze benimsediği tüm dinlerdeki gibi, sonsuz yaşamı arayış temasına sıkça rastlanmaktadır. İsa'nın yeniden diriltilmesi insanlara sonsuz yaşam konusunda güvence vermektedir. Bu noktada Freud'un, dinlerin, insanlara din kurallarına bağlı kalma karşılığında sonsuz yaşamı vaad ederek ölüm korkularını gidermek amacıyla oluşturduğu fikri önem kazanmaktadır (28,57).

Hıristiyanlıkta bazı düşünürler -Aziz Augustine başta olmak üzere- insana verilmiş bir ceza olarak görürler. Onlara göre Hz. Adem'in işlediği günah, insanoğluna ölümü getirmiştir (76).

➤ **İslamiyete Göre Ölüm**

İslamiyette ölüm ve ölümden sonraki yaşamdan yani ahiretten sıkça bahsedilmektedir. Kuran'a göre ölüm, insanları her an her yerde yakalayabilir ve tüm insanların ne zaman ölecekleri önceden Allah tarafından belirlenmiştir. "Her canlı ölümü tadıcıdır. Sonra Biz'e döndürülürsünüz". (95)

Dindarlıkla ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Bu ilişkiye göre, dindarlık düzeyi yükseldikçe, ölüm kaygısı düzeyi de yükselmektedir. Bununla birlikte, "ölüm kaygısı düzeyi yükseldikçe dindarlık düzeyi de yükselmektedir" bulgusu da elde edilmiştir. Bu genel verileri daha ayrıntılı incelemek için yapılan istatistik işlemler sonucunda ölüm kaygısı ile dindarlığın karşılıklı olarak

birbirlerine etkisi olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonucunda, dindarların ölüm kaygılarının, daha çok 'ölürken acı çekmek', 'günahkârlık duygusu' ve buna bağlı olarak 'öte dünyada başına gelebilecek kötü hallerden dolayı kaynaklandığı söylenebilir (95).

Tanınmış İslam alimlerinden İbni Sina ölüm korkusunu ele almış ve bu korkunun insanın hissedebileceği korkuların en şiddetlisi ve en etkilisi olduğunu öne sürmüştür (İbni Sina, 1942, s: 6-7) (44).

Özetle İslam dini, ölüm düşüncesini sürekli insanların yaşamında tutarak, insanları doğru yaşamaya motive eden bir faktör olarak kullanmak istemiştir. İslam dininde de Hıristiyanlıkta olduğu gibi ahiret yaşamındaki mutluluğu yakalamak için dini kurallara uymak şart konulmuştur (28).

Uzakdoğu Dinlerinde Ölüm

Uzakdoğu'da Hinduizm ve Budizm önde gelen dinlerdendir. Budizm, "aydınlanmış" anlamına gelen Buda'nın öğretilerinden doğmuştur ve acıdan kurtulmayı, dinginliğe kavuşmayı yani nirvanaya ulaşmayı amaçlamaktadır. Budistler tekrar doğmaya ve kadere inanırlar. Kuruntular, hırs ve nefret hayattan memnun olmamaya ve en sonunda kötü kadere yol açar. Bu uygulamalar ileride mutlu olmayan dünyalarda tekrar doğulmasına sebep olabilir.

Kader sebep-sonuç teorisine dayanır. şayet bir kimse kötü hayata yol açarsa (sebe), netice (sonuç) olumsuz kader, sonuç da hastalık olacaktır. Bu şu anlama gelir; hastalık ya şimdiki ya da geçmiş yaşamdan kaynaklanan hareketlerin bir sonucudur. Bir kimse Buda' nın hikmetini fark edip ve uyandığında hastalıktan kurtulur ve eski sağlığına kavuşur.

Budizm'in dinin uygulanışında değişiklik gösteren birçok mezhebi vardır. Spesifik sağlık hizmeti inançları veya uygulamaları aşağıda verilmektedir;

Hindu dini belki de dūnyadaki en eski dindir. Bu dinin uygulanışı inanç, adet ve uygulama çeşitliliği yüzünden büyük değişiklik gösterir. Bir kimsenin sağlığı geleneksel ahlak ve etik yasaının (Dharma) takip edilmesiyle sağlanır. Bir kimsenin kaderi onun Dharma'ya bağlılığının bir direkt sonucudur. Hindular reenkarnasyona ve gelecekteki hayatların hastalığı ve ölümü ele alma bakımından şartlara bağlı olduğuna inanırlar. Geçmiş eylemler bir kimsenin yaşamına acı ve sıkıntı getirir.

Hindular bir sonraki yaşama geçebilmeleri için huzur içinde ölmelerinin önemli olduğuna inanırlar. Arkadaşlar ve aile tipik olarak ölümden önce ve sonra ayin ve dua sunarlar. Aile ve arkadaşlar kederlerini dramatik bir şekilde ifade ederler. Takdis edildiğini ifade etmek üzere boyun ve bel etrafına bir ip bağlanabilir. Bir papazın cesedin ağzına su dökmesi ve aile bireylerinin vücudu yıkaması adettendir. Bu törenlerin her ikisi de ölümden hemen sonra meydana geldiğinden hemşiresinin bu dini törenin tamamlanmasına olanak verecek uygun bir ortam sağlaması gerekebilir (28).

Uzakdoğu dinlerine bakıldığında Budizm ve Hinduizm'in aynı görüşleri paylaştıkları da görölmektedir. İki din de ölümü olağan bir süreç olarak kabullenmiş ve hayatın yararlı bir şekilde yaşanması gerektiği konusunda birleşmişlerdir. İlkel dinlerden günümüze kadar gelen bütün dinler, insanların ölüm, yokluk ve hiçlik karşısında hissettikleri kaygı ve korkuyu azaltma yolunu seçmişlerdir (28,57).

Sonuç olarak hemen hemen tüm dini sistemlerde, ölümlle ilgili konular ve uygulamalar geniş bir yer tutar. Dinler, mensuplarını huzurlu, mutlu, uyumlu ve psikolojik yönden sağlıklı bireyler olmasını en önemli amaç ve fonksiyonları arasında

kabul ettiğinden dolayı, mensuplarına ölüm kaygısıyla başetmelerine yardımcı olabilecek reçeteler sunarlar (57,93).

Kültür grupları kendilerine has iletişim, sosyal ve kültürel ihtiyaçlara sahiptir. Kültürel farklılıkları idrak etmek ve saygı göstermek kültürel uyumu kabullenmeye yönelik atılan ilk adımdır. Kişinin görüşü ne olursa olsun hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerin her hastaya ve ailesine saygılı ve erdemli davranmalıdır (28,57).

1.7.5. KAYGI – KORKU

Her ne kadar kaygı ve korku terimleri arasında bir nesneye bağlanışlıkla ilgili fark olduğu yönünde tanımlar verilmişse de Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu terimleri birbirinin yerine kullanılmaktadır (33).

Korku, farkına varılan ve tehlikeye karşı subjektif olarak hissedilen hoşnutsuzluk duygularının, kaçma ya da saklanma gibi davranışların ve bedende fizyolojik değişmelerin yer aldığı duygusal bir tepkidir. Kaygı (anksiyete) ise daha karmaşık bir duygudur. Kaygı, bireyin bilmediği bir kaynaktan gelen bir korku halidir. Kaygının şiddeti, algılanan tehlikeye kıyasla çok daha büyük ve yoğunudur. Korku ise dış çevredeki gerçek, objektif bir tehlikeye karşı gösterilen bir reaksiyondur ve korkunun şiddeti, algılanan objektif tehlikenin büyüklüğü ile orantılıdır (28).

Korku ve kaygı arasında kesin bir ayrımı ilk yapan Kierkegaard'dır. "Bir şeye" duyulan korkuyla "hiçbir şeyden" duyulan korkuyu karşılaştırmış ve insanın kendini kaybetmek ve bir hiç haline gelmekten korktuğunu yani kaygılandığını öne sürmüştür. Bu kaygının yeri belirlenememektedir. Korku, nedeni olan somut bir şeye karşı yönelmişken; kaygının yeri ve yönü belli değildir. Kaygıyla baş edebilmek için onu korkuya dönüştürmek gerekmektedir. İnsanlar da ölüm kaygılarının üstesinden

gelebilmek için yer değiştirme, yüceltme ve dönüştürme gibi koruyucu mekanizmalar geliştirmektedirler (Yalom,1999,s:73-75).

Genel olarak değerlendirildiğinde korku ve kaygı kavramları arasında birçok benzerlik vardır. Korku sırasında meydana gelen fizyolojik oluşumların kaygı sırasında da gözlenmesi ve bu iki kavramının psikoloji literatüründe birbirlerine yakın anlamlarda kullanılması ortak noktalarını oluşurmaktadır. Buna karşılık, korku ile kaygı arasındaki en belirgin fark ise, korkunun kaynağının belirli, kaygının kaynağının ise belirsiz olmasıdır. Yine korkunun kaygıdan daha kısa süreli ve daha şiddetli olması, kaygının ise daha hafif ve daha uzun bir zamana yayılması; korkunun nesnel, kaygının öznel bir tehdit karşısında gösterilen bir tepki olması; kaygının bilindışıdan kaynaklanması ve insanın iç çatışmalarının önemli rol oynaması; korkunun daha gerçekçi, kaygının ise gerçekdışı olması; korkunun görünen tehlikeye orantılı, kaygının ise orantısız bir i tepki olması; korkmuş bir insanın neden korkmakta olduğunu bilmesi, kaygı durumunda ise durumun bu kadar açık olmaması korku ile kaygı arasındaki bazı farklılıklardır (28).

1.7.5.1. ÖLÜM KAYGISI VE ÖLÜM KORKUSU

Korku ve kaygı kavramlarına ölüm korkusu ve ölüm kaygısı açısından bakıldığında benzer görüşler ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte ölüm korkusunun diğer bütün korkuların temelinde yattığı görüşü göze apmaktadır (28). Araştırmacılar, lm korkusunun bütün bireylerde var olan bir korku olduğu konusunda hemen hemen görüş birliği içindedirler (48).

Ölüm korkusu ve ölüm kaygısı arasındaki fark, korku ve kaygı kavramları arasındaki fark kadar belirgin değildir. Ölüm kaygısında da ölüm korkusunda da kaynak yani korkulan şey bellidir. Fakat lm kaygısı insanları geniş bir zaman

diliminde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinden hayat felsefesine kadar yaşamın çeşitli alanlarında kendini gösterirken; ölüm korkusu kısa bir zaman diliminde ve sadece ölümlü hatırlatan durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ölüm kaygısının varlığını ortaya çıkarmak ölüm korkusunun varlığını ortaya çıkarmaktan daha zor görünmektedir. Çünkü ölüm kaygısında bilinçaltı süreçler devreye girmekte ve bu kaygı toplumca kabul edilebilir şekillere bürünerek kendini göstermektedir. Bu araştırmada iki kavram birbirlerinin yerine kullanılmakta fakat asıl ölçülen kavramın, bilinçaltı süreçlere inilemediğinden dolayı, ölüm korkusu olduğu düşünülmektedir (28,94).

Ölüm kaygısı ile ölüm korkusu arasındaki farkın daha iyi anlaşılması için şu örnek verilebilir: Türkiye’de özellikle şehirlerarası yollarda yoğun olarak meydana gelen trafik kazalarından dolayı, şehirlerarası yolculuk yapmak zorunda olan bireyin yolculuk sırasında ölme riskinin günlük hayatındakinden daha yüksek olması nedeniyle kaygılandıkları gözlenmektedir. İşte, yolculuğun başlamasından, gidilecek yere varılmasına kadar geçen sürede bireyin yaşadığı duygu durumunu ölüm kaygısı olarak niteleyebiliriz. Bununla birlikte, yolculuk sırasında hatalı bir sollama nedeniyle bir araçla çarpışmaktan kılpayı kurtulma esnasında bireylerin yaşadıkları duygu durumu ise ölüm korkusu olarak adlandırılabilir. Sonuç olarak, bireyin hayatında kendini sürekli hissettirebilen, yani uzun süreli olan ve yoğunluğu veya şiddeti bireyin günlük hayatını kesintiye uğratmayan bir duygu durumundan bahsediyoruz ki bunu da, ölüm kaygısı kavramıyla açıklamak daha uygun olur kanaatindeyiz. Ölüm kaygısı kavramını kullanmayı tercih etmiş yüzlerce çalışma, bu fikrimizi desteklemektedir (94)

Ölüm Korkusu ve Ölüm Kaygısı olarak geçen testlerin madde içerik analizlerine bakıldığında çoğunun ölümden sonra cezalandırılmak, genç ölmek, acı çekerek ölmek vb. ortak boyutları sorguladığı görülmektedir (33).

Temelde bireyi tedirgin edip korkutan şey, yaşamın devam edeceği hissi değil, onun bir yerde sona ereceği endişesidir (49,88).

Sağlık teşvikçileri sık sık ölüm tehdidi unsurunu kullanır (örn. “Sigarayı bırakın yoksa ölürsünüz”). İnsanları bunun gibi sözlerle sağlıklı davranmaya yöneltmeye çalışırlar. Henley ve arkadaşlarının çalışmanın pratik uygulamasında ölüm anksiyetesi dereceleri ve ölümcül olan veya olmayan tehditler ele alınmıştır. Ölüm anksiyetesi yüksek olan insanların ölümcül risklere daha yatkın olduğu fikri desteklenmemiştir. Ölüm anksiyetesi yüksek olan insanlar ölümcül ve ölümcül olmayan risklere eşit yatkınlıktadır. Ama yine de düşük ölüm anksiyetesi taşıyan insanlar yüksek ölüm endişesi taşıyan insanlara göre ölümcül ve ölümcül olmayan risklere daha duyarlıdır. Araştırmalarda ayrıca korku seviyesinin de arttığı gözlenmiştir. Yüksek ölüm anksiyetesi artan korkuyla bağlantılı olduğu dolayısıyla da risk taşıdığı saptanmıştır (38).

Wong, Reker ve Gesser (1994) Ölüm Korkusu, Ölümden Sakınma, Yaklaşımı Kabullenme, Tarafsız Kabullenme ve Kaçışı Kabullenmeden oluşan ölüm tutumları için daha geniş bir kavramsal çalışma şablonu sunmaktadır. Ölüm korkusunun en güçlü ve evrensel ölüm davranışı olduğunu; diğer dört tutumun ölüm kaygısıyla baş etmeye yönelik çeşitli insani girişimler olarak kabul etmektedir (56,63,85,87,88).

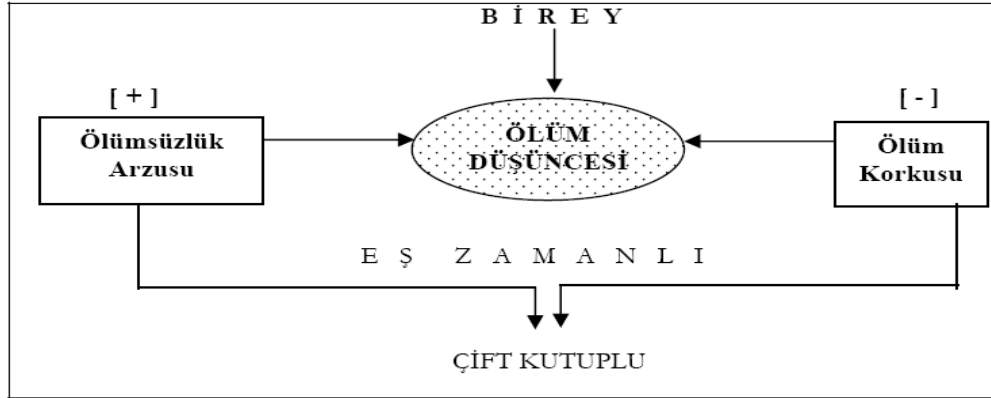
Ölüm korkusu için birçok neden vardır. Yaygın nedenlerin bir kısmı şunlardan oluşur; ölümler ağrı duymaktan korkmak, ayrılma korkusu, bilinmeyen korkusu ve ilahi yargı korkusu (63).

Ölümden sakınmanın özünde reddetme yatar. Ne yazık ki, psikolojik reddetme ve sakınma savunması eninde sonunda yaşlanmanın ve ölümün biriken kanıtlarıyla karşı karşıya kalır. İnsanların eninde sonunda ölüm korkusunu yenmek üzere ölümü bir tür kabullenme ihtiyacı duymalarının nedeni budur (63).

Literatürde, ölüm korkusundan (fear of death) daha spesifik olan bir kavram da "ölme korkusu"dur (fear of dying). Ölme korkusu; bireyin, ölüme yaklaştığı zaman sürecinde hissettiği bir korku türüdür. Bu korku, sağlıklı bireylerde, kendilerini ölümü bekler halde bir süre yatalak olarak yatma halini düşünmesinden kaynaklanabileceği gibi, bu durumda muhtemel acı ve ızdırapların olabileceğini düşünmesinden de kaynaklanabilir (44,93).

Ölüm olgusuyla ilgili yapılan psikolojik araştırmalar, ölüm korkusunun çok boyutlu bir korku olduğunu ortaya koymuştur. En çok üzerinde durulan boyutları ise, bilinmezlik ve yalnızlık korkusu, yakınları yitirme ve ölüm anında ıstırap çekme korkusu, kişisel kimliği kaybetme ve ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme ve yok olma korkusu ile değer verilen insanları kaybetme korkusudur (44,48,63).

Bireylerin tepkileri farklı olsa bile, ölüm korkusu ve ölümsüzlük arzusu salt anlamda tüm bireyleri kapsayıcı nitelikteki olgulardır (**bkz. Şekil-1**).



Şekil 1. Ölüm Düşüncesinde Ölümsüzlük Arzusu ve Ölüm Korkusu

Bu durum karşısındaki bireylerin tepkilerinin farklı olmasının nedenleri, yetişmiş oldukları sosyal çevre, sahip oldukları ekonomik yapı ve ölüme yükledikleri bireysel anlam çeşitlemeleriyle yakından ilgilidir (63).

Ölüm korkusunun bireyin hayatında oldukça köklü psikolojik etkileri vardır ve ölüm düşüncesi karşısında bireylerin korkuları ve bu korkuya gösterdikleri dirençler de farklı seviyelerdedir. Temelde bireyi tedirgin edip korkutan şey, yaşamın devam edeceği hissi değil, onun bir yerde sona ereceği endişesidir. Birey, ölümsüzlük arzusu gereği yaşamı boyunca sahip olduğu sosyal çevreden ve maddî imkanlardan ayrılmak istemez. Dolayısıyla hayatın bir yerde ölümle noktalanacağı düşüncesi, bireyi duygusal ve bilişsel olarak huzursuz eder (63).

Yurt dışında ölüm ve ölüm kaygısına odaklanan araştırmalar sayılamayacak denli çok olmasına rağmen ülkemizde bu konuyla ilgili olarak yapılan araştırmalar sayıca sınırlıdır.

Ülkemizde ölüm fenomenini psikolojik sayılabilecek bir açıdan ele alan ilk çalışma, tespit edilebildiği kadarıyla Süheyl Ünver (1938) tarafından yapılmıştır. Ünver, "İstanbul Halkının Ölüm Karşısındaki Duyguları" isimli makalesinde daha çok ölümle ilgili tutumlar üzerinde durmuştur. Araştırmada İstanbul'daki Karacaahmed, Edirnekapı ve Üsküdar mezarlıklarında bulunan mezar taşı yazılarından hareketle özelde İstanbul halkının, genelde ise Türk milletinin ölümden hissetmiş olduğu duygular üzerinde durulmuş, ele alınan kitabelerden, Türk kültüründe ölümden fazla korkulmadığı ve Türk insanının ölümü tevekkül ile karşıladığına sonucuna ulaşılmıştır (28,44).

Ertufan (2000), çalışmasında Templer'in "Ölüm Kaygısı Ölçeği"nin (ÖKAYÖ) ve Collet & Lestefin "Ölüm Korkusu Ölçeği"nin (ÖKÖ) Türkçe'ye uyarlanmasını gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda ÖKAYÖ ile ÖKÖ arasında güçlü bir korelasyon bulunmakla birlikte kadınların ÖKAYÖ ve ÖKÖ skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ölüm tehlikesi atlatmanın, ölüme tanık

olmanın, ciddi hastalıkların, ilaç kullanmanın, ameliyat olmanın ve ailede ruhsal hastalık bulunmasının ölçeklere etkisi olmadığı saptanmıştır (28,33,44).

Kara (2002), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerini belirlemek için yaptığı çalışmada hemşirelerin ölüm karşısındaki duygularıyla başa çıkmada yetersiz oldukları ve bu yetersizliğin depresyon düzeylerinin de yüksek çıkmasına neden olduğu saptanmıştır. Buna karşılık meslekte çalışma süreleri, ölüm olayı üzerine düşünme sıklıkları ve ölüm olayı ile karşılaşma sıklıkları ile "Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği" puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fakat hemşirelerin sevilen bir kişinin kaybını yaşaması ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (28,43).

Tatar'ın (1998) yaptığı çalışmada hemşirelerin ölümü düşünme sıklığının ölüme ilişkin kaygı düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir. Fakat ölümü ara sıra düşünen hemşirelerin karşılaştıkları bir ölüm sonrasındaki kaygı düzeyleri anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (28,81).

Hemşirelerin ölüm kaygısıyla ilgili Tanrıdağ'ın (1997) yaptığı çalışmada ise Templer'in ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak ölüm olayının sık görüldüğü ve sık görülmediği kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonucunda ölüm olaylarının sık görüldüğü kliniklerdeki hemşirelerin ölüm kaygıları ile genel kaygıları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı, ölüm olaylarının sık görülmediği kliniklerdeki hemşirelerin ölüm kaygıları ile genel kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca toplam çalışma süreleri 6-10 yıl ve 11-15 yıl olanların ölüm kaygıları ve genel kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Araştırmaya akademisyenler, öğretmenler, öğrenciler, özel hareket timinde çalışan polis memurları, doktorlar ve

emekli öğretmenler denek olarak katılmıştır. Çalışma sonucunda 16–22 yaş grubunun diğer yaş gruplarından daha fazla ölüm kaygısı hissettiği, erkeklerin bayanlardan, evlilerin de bekarlardan daha az ölüm kaygısı hissettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca polis memurlarının diğer meslek grupları içinde ölümden en az korkan grubu oluşturdukları, doktorların ise diğer meslek gruplarına göre daha fazla ölüm kaygısı hissettikleri, ölüm düşüncesinin sıklığı ile ölüm kaygısı arasında ters bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (28).

Heidegger felsefesine göre; ölüm özsel korkudur. Bu korku sebebiyle biz Hiç'le karşı karşıya geliriz. Korkunun en önemli özelliği Hiç'i ortaya çıkarmasıdır. Korku hep vardır, uyumaktadır ve yalnızca varolma sesini duyduğunda uyanır. Fakat insanlar hep bu korkudan yani ölümden kaçar. Oysa ölüm bu felsefeye göre kimsenin bir şey yapamayacağı bir realite ve asla inkar edilemez bir fenomendir. Çünkü ölümlle tek başına yüzleşmesi gerektiğinin bilincine varan insan aslında kendi bireyselliğini deneyimler ve onu açığa çıkarır (45).

Sharma, Monsen ve Gary'nin (1996–1997), hemşirelik bölümündeki öğrencilerle diğer bölümlerdeki öğrencilerin ölüme karşı tutumların karşılaştırdıkları çalışmalarında hemşirelikteki öğrencilerin ölümden, ölümlen bilinçli olmaktan ve ölümden sonra bedenlerinin zarar görmesinden daha az korktukları tespit edilmiştir. Birinci sınıftan son sınıfa kadar olan öğrencilerin tutumları karşılaştırdığında ise birinci sınıftaki hemşirelik öğrencilerinin ölümden ve ölü bir bedeni incelemekten daha fazla korktukları tespit edilmiştir. Diğer bölümlerde okuyan birinci sınıf öğrencilerinin de ölümden üst sınıflara göre daha çok korktukları tespit edilmiştir (28).

Lewis ve arkadaşlarının (1999-2000), ölüm kaygısı ve ölüm riskinin inkan ile ölümlle karşılaşma durumlarının karşılaştırıldığı araştırmada ölüm riski olan mesleklerde çalışanlardan aktif askeri görevliler, ölümlle sık karşılaşan sağlık

alanındaki bakım verenler ve düşük risk altında olan üniversite öğrencileri örneklem olarak seçilmiştir. Araştırmanın sonucunda ölüm kaygısı ile inkar arasında ters korelasyon bulunmuştur. Cinsiyet açısından farka rastlanmamıştır. Ölüm korkusu ve kaygısı açısından da gruplar arası bir fark bulunamamıştır (28).

Keliher (2002), bilinçli ve bilinçsiz ölüm tutumlarının bastırma mekanizması ve ölümden sonra yaşam inancıyla olan ilişkisini araştırmış ve bastırma derecesiyle bilinçli ölüm tutumu arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Ayrıca bastırma derecesiyle ölümden sonraki yaşama inancın birlikte bilinçli ölüm tutumlarını etkilediğini tespit etmiştir (28).

2003'te yayınlanan "Death Anxiety And Physicians' Attitudes Toward Death adlı bir çalışmada doktorların ölüm kaygısını araştırılmış ve kadın doktorların, erkeklere göre, hastalarla ölüm hakkında daha rahat konuştuktan saptanmıştır. Ayrıca ölüm kaygısının yas ve deneyimle ters orantılı olduğunu tespit edilmiş, bunun da olgunlaşma ve ölüm olayıyla sıkça karşılaşmanın bir sonucu olduğu ileri sürülmüştür. Bunlara ek olarak, araştırmada doktorların beş yaşından önce bir yakınlarını kaybetmesinin veya ciddi bir hastalıkla karşılaşmalarının normal popülasyona göre daha sık rastlanmasının da ölümlle ilgili tutumlarında önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür (28).

Bir başka açıklama olarak ölüm, kadın ve erkekler için ayrı anlam taşıyor olabilir. Ölüm kaygısını alt dinamiklerine böldüğümüzde, amaçların yarım kalması, varolamama korkusu, diğerlerinin ölümünün korkusu, cezalandırılma korkusu vs., alt yapılar çıkmaktadır. Kadınlar ile erkeklerin önem verdikleri kaygı çeşitlerinin farklı olması halinde, kadınların ağırlık verdiklerini sorgulayan teslerle yapılan ölçümlerden kadın puanlarının yüksek çıkması doğaldır. Danger (1974) bu görüşü destekledi. Danger'e göre kadınlar ölümü duygularıyla, erkekler bilişleriyle değerlendiriyorlar.

Danger, Templer'in ölçeğinin daha çok duygusal cevapları ölçtüğünden, kadınların puanlarının daha yüksek çıktığını ifade etmiştir. Bu görüşü şu verilerde desteklemektedir: Az da olsa bazı çalışmalarda erkek ölüm kaygısı puanları yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalarda. Ölüm Korkusu Endeksi (Death Threat Index) (Krieger, Epsting, Leitner, 1974) ya da Boyar'ın Ölüm Korkusu Ölçeği (Boyar's Fear of Death Scale) (Boyar, 1964) kullanılmıştır. Bu ölçekler daha çok bilişsel yapıları sorgulamaktadır. Diggory & Rotman (1961) erkeklerin, kendilerinin ölümlerinden bakmakla yükümlü olduklarının etkilenmesiyle, kadınların ise bedeninin çürümesi ve acı içinde ölümlerle daha ilgili olduklarını bildirmişlerdir. Lovvry (1965) erkeklerin kadınlara nazaran şiddet sonucu ölümden daha fazla kaygı duyduklarını açıklamıştır (28).

1.7.5.1.1. Hayat, Ölüm Kaygısı ve Psikopatoloji

Varoluşçu görüşe göre, ölümlerle ilgili tutumlarımız yaşama şeklimizi belirler. İki temel öne sürüm şunlardır (33):

1. Hayat ve ölüm birbiriyle ilişkilidir. Birbirlerini takip etmezler, aynı anda bulunurlar; ölüm hayatı sürekli olarak sarar ve tecrübelerimizi etkiler.
2. Ölüm, kaygının dolayısıyla psikopatolojinin en temel kaynağıdır.

Geçmiş yüzyıllara göre, 20.y.y.'da ölüme karşı duyarlılık artmış, değişiklikler görülmüştür (67). Ölümler sıklıkla tıbbi bakım altında olmaktadır. Hastanede ölüm çok daha yaygındır. Bu büyük bir değişikliktir; 50 yıldan daha az bir zaman önce ölümlerin çoğu evde meydana gelmekteydi. Gerçi ölüm çoğu zaman sağlık hizmeti ortamlarında meydana gelse de sağlık hizmeti sunan kişilerin ölmekte olan bir kişiye hizmet vermekten ne kadar sık kaçmaya çabaladığı şaşırtıcıdır. Bakım evleri çoğu zaman son yaklaştıkça hastaları hastanelere naklederler. Yaşam sonu medikal

kararlar, kıymetli hayatın ölüm hayatıyla buluştuğu tartışmalı medikal ve kişisel ölüm zemininde meydana gelir. Hayata saygı duymak veya ölümü düşünmeden kabul etmek arasında nadiren sıradan bir savaş vardır (81).

Tüm bireyler ölüm kaygısıyla yüzleşir ve çoğu adaptif savunmalar geliştirirler: inkar, supresyon, represyon, yerdeğiştirme, sosyal ve dini kuralları kabullenme, çeşitli sembolik ölümsüzlük yolları arama. Bazıları etkin olmayan bir yol olarak psikopatolojiyi seçerler. Pek çok klinisyen ölüm kaygısının çeşitli psikopatolojilere dönüştüğünü bildirmiştir. Yalom'a göre, ölüm kaygısı hayat tatmini ile negatif korelasyon göstermektedir. Yalom, kişilerde ölüm kaygısına karşı iki temel savunma olduğunu belirtmiştir: 1. Özel olmak (Specialness) 2. Esas Kurtarıcı'dır (Ultimate Rescuer) (33).

Yalom, ölüm kaygısının çok boyutluluğuna işaret etmiştir: ölüm anı acısı, ölüm sonrası hayat, bilinmezlik korkusu, ailenin ölümü, bedenin bütünlüğü ve güzelliği ile ilgili korku, yalnızlık, gerileme... Eğer kaygı/korku bu bileşenlerine bölünürse bunları ayrı ayrı ve mantıksal olarak çözmek, belirsiz bir bütün olarak kaygıyı yenmekten kolaydır (33).

Pek çok araştırmacı ve teorist ölüm kaygısına karşı en çok kullanılan savunmanın inkar olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmalar göstermiştir ki ölüm kaygısı genel kaygıyla orta şiddette koreledir, yani ölüm kaygısı, en azından genel kaygı olarak bilinç seviyesinde bulunmaktadır. Feifel ve Branscomb (1973) ölüm kaygısını bilinç, fantazi, ve bilinç dışı olarak üç seviyede karakterize etmişlerdir. Bilinçaltına bastırılmış olan kısmı ölçmek için yansıtıcı testlerle araştırmalar yapmanın farklı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, ölüm kaygısı göstermenin sosyal olarak arzu edilmeyen bir durum olmasından ötürü sosyal kabullenilme isteği

olanların gerçeği yansıtmayarak düşük skor verebilecek olmaları özdeğerlendirme ölçeklerine bir başka eleştiri olarak dile getirilmiştir.

Kurz ve arkadaşlarının (2004) hemşirelere uyguladığı ölüm tutumları ile ilgili eğitim programının ölüm anksiyetesini azaltmada olumlu etkisi olduğu gözlenmiştir. Çalışmada Visual Analog Scale(VAS), Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) ve Revised Death Anxiety Scale(RDAS) ölçekleri kullanılmıştır.

1.7.6.ÖLMEKTE OLAN HASTANIN BAKIMINDA PRENSİP VE AMAÇLAR

Hemşireler sağlık hizmeti sunucuları olarak ölmekte olan kişilerin ve onların ailelerinin bakımında önemli bir rol oynarlar. Kaliteli yaşam sonu bakımda;

1. Güvenli, rahat ölüm / rahat ettirmek için uygun semptom yönetimi sunmak.
2. Yaşamı sona erdirmeye kendinin karar vermesi – süreç boyunca hasta özerkliği ve katılımı.
3. Hayatta kalanlar için etkin yas.

Bu esaslar, sağlık hizmeti profesyonellerinin ölmekte olan hastalara bakım sunarken kullanabilecekleri faydalı bir model sunar (35).

1.7.6. 1. SAĞLIK ELEMANLARINA ETKİSİ

Ölümcül hasta ve ailelerine bakım veren sağlık elemanları, onların yaşadığı bir çok duygu ve tepkiyi yaşar. Bunlar, inkar, öfke, suçluluk, keder, depresyon, ümitsizlik, korku ve anksiyetedir. Ancak, sağlık elemanlarının bu tür duygu ve tepkilerinin nedeni ve şiddeti, genellikle farklıdır (55,62,65,74).

Sağlık elemanları, hastanın, ölümcül hastalık tanısı kesinleştiğinde inkar yaşarlar. İnkâr, bir süre rahatlama sağlar ancak bu sağlık elemanı hastanın yalnızca

hastalığını tedavi etmeye ve teknik işlemleri gerçekleştirmeye odaklandığı için, bakımın diğer boyutları eksik kalır. Ayrıca, hastanın yakında ölebileceğini inkar eden sağlık elemanları, hastalık tedavi edilemeyecek durumda olsa da ısrarla tedaviyi sürdürebilir. Bütün bunlar, hastanın acı çekmesi ile sonuçlanır (55,62,77).

Sağlık elemanları, hastanın bakımında yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkarlar. Bu korkunun yersiz olmadığı da araştırmalarla ortaya konulmaktadır. Bir çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu hasta ve ailenin duygusal ve spiritüel gereksinimlerini- karşılamada yetersiz olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık elemanlarının kendilerini yetersizlik ve başarısız olarak görmeleri, suçluluk yaşamalarına yol açabilir. Oysa ölümcül hastaların bakımında başarılı olmanın göstergesi onu uzun süre hayatta tutmak değil, mümkün olduğunca acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Sağlık elemanlarının diğer bir korku nedeni, hastanın onların çalışma saatleri içerisinde ölme olasılığıdır. "Tanrım, hastanın benim nöbetimde ölmesine izin verme" diye yalvaran sağlık elemanı sayısı az değildir. Bu korku, sağlık elemanlarının hasta ve aile ile iletişimi sınırlamalarına ve onlardan kaçmalarına neden olabilir. (55)

Hastanın, uygulanan tedavi ve bakıma olumlu yanıt vermemesi ve hastalığın giderek kötüleşmesi, sağlık elemanlarının öfkelenmesine yol açabilir. Ayrıca, sağlık elemanları hastanın acı çekmesini önleyemedikleri için de öfke ya da keder yaşayabilirler (55,65).

Olası hemşire tepkilerini sıralayacak olursak;

- Ölmekte olan hastayı kaybetmenin acısından kaçmak için ondan kopabilir.
- Hastanın nasıl ölmesi gerektiği konusunda (yani, tüm aile bireylerinin başarabileceği) gerçekçi olmayan beklentilere sahip olabilir.

- Meslektaşlarının olduğu kadar hastanın ve ailesinin yanında kendi duygularının kontrolünü kaybetmekte korkabilir.
- Agresiv semptom yönetimi gerektiğinde veya hasta tüple beslenme gibi yaşamı uzatan tedbirlerin durdurulmasını istediğinde hastanın ölümünü hızlandırmaya katılmaktan korkabilir.
- Aynı yaş veya koşullara sahip bir hastayla özdeşleşebilir, bu da daha fazla kaygıya yol açabilir.
- Bir hastanın ölümüyle karşılaşmak hemşirenin eski çözümlenmemiş kayıplarını karıştırabilir, keder ve öfke duygularına yol açabilir.
- Ölmekte olan bir hastanın hemşirenin uygun olduğunu düşündüğü destek tipini sunmayan ailesine yoğun öfke duyabilir (35).

Ölümcül hastalara bakım vermek, sağlık elemanlarının birçok alanda bilgili ve becerili olmasını ve distresle uygun şekilde baş edebilmesini gerektirir. Hasta ve ailelere etkili bakım sunmanın temelinde, sağlık elemanlarının eğitimleri içinde ölüm ve ölümcül hasta bakımına yeterli oranda yer verilmesi ve kendi davranışlarına ilişkin içgörü kazanmaları yatar. Hastalık ve ölüme yüklenen anlam açığa kavuşturulmalıdır. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen sağlık elemanları, ölümcül hasta ve ailelerinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara da yansıtırlar. Sağlık elemanlarının ölüme ilişkin duygularını fark-etmeleri, bu konuyu ifade etmeleri ile sağlanabilir. Bu amaçla meslektaşlar ya da din adamlarından yardım alınabilir. Yine, sağlık elemanlarının gerek temel eğitim müfredatları gerekse hizmet içi eğitim programlarında, sözü edilen konulara yeterli oranda yer verilmelidir. Ayrıca, bu konulara yönelik kurs programları ve sempozyumlara katılmaları da sağlanmalıdır (77).

Ölümcül hastalara bakım vermek, çok değişik ve güçlü stresörleri beraberinde

taşır. Bu nedenle, sağlık elemanlarının etkili başetme yöntemleri geliştirmeleri ve destek kaynaklarından yararlanmaları gerekir. Aksi halde, bakım verdiği insanların sürekli kayıplar yaşadığını gören ve onların ölümü ile kendisi de birçok kayıplar yaşayan sağlık elemanlarında, belli bir süre sonra tükenme sendromu gelişebilir. Sağlık elemanları stresle başetmek için aşağıda yer alan bazı yöntemleri uygulayabilirler (55):

- Bedeninizdeki stres göstergelerini değerlendirin. Kas gerginliği (özellikle omuz kasları), başağrısı, midede yanma, hazımsızlık, uykusuzluk, sık sık hastalanmak gibi şikayetlerinizin kaynağı stres olabilir. Bu problemlerin çözümü için harekete geçin. Örneğin, kas gerginliğini azaltmak için gevşeme yöntemlerini, yoga, meditasyon yapmayı öğrenin. Yine, çalışma saatleri içinde sık aralıklarla giderek artan sayıda derin soluk alıp verme eylemini gerçekleştirin. Çalışma saatleri sonrası sıcak duş alın.
- Enerji veren ve enerjinizi tüketen işlerinizi dengeli hale getirir. Çalışma saatleriniz içinde, ara ara dinlenin ve dinlenme zamanlarınızda güzel olaylardan söz edin ya da gözlerinizi kapatıp güzel hayaller kurun.
- Çalıştığınız alanla ilgili yeni bilgileri öğrenin. Bilgi temelinizin sürekli gelişmesi kendinize olan güveninizi artırır.
- Çok bunaldığınızı hissediyorsanız, tatile çıkın ya da farklı mekan ya da illerdeki bilimsel etkinliklere katılın.
- Hobileriniz olsun. Özellikle sanatsal etkinlikleri gerçekleştirin. Bu etkinlikler duygu ve düşüncelerin açığa vurulmasını ve böylece içgörü kazanılmasını, gerginliğin azalmasını sağlayabilir.
- Düzenli egzersiz yapın ve dengeli beslenin. Böylece daha sağlıklı ve güçlü olabilirsiniz.

- Çalışma arkadaşlarınızla bir destek grubu oluşturun ve belli aralıklarla toplantılar düzenleyin. Bu toplantılarda hasta, hastalık ve ölüme ilişkin duygu ve deneyimlerinizi paylaşın. Grup üyelerinin birbirine güvenmesi ve yargılayıcı tutumdan kaçınması açık iletişim için zemin hazırlar. Böylece her birey gerçek duygu ve düşünceleri ile deneyimlerini paylaşma fırsatı bulur. Bu paylaşımlar, hem duyguların ifade edilmesini ve hem de benzer deneyimlerin çok kişi tarafından yaşandığının görülüp rahatlık hissedilmesini sağlar.
- Olayların eğlenceli taraflarını bulun ve bunları arkadaşlarınızla paylaşın. Ancak, hasta ve ailesi ile ilgili olayları bu amaçla kullanmayın ya da saygı çerçevesinde kullanın.
- İşinizin doyum veren yönlerine odaklanın. Son anlarını yaşayan bir hastayı rahatlatmanın, ne büyük bir ödül olduğunu düşünün.
- Benzer başatme yöntemlerini hasta ve ailesine de önerin ve öğretin (18).
- Aynı zamanda kritik derecede veya son safha hastalıkları olan kişilerle çalışan hemşireler de üzülürler. Üzüntü kayba verilen doğal bir yanıttır ve her kayba üzülmeye gerekir. Hemşireler çeşitli kayıplar yaşarken aşırı acı çekebilirler. Düş kırıklığı, öfke, suçluluk, hüzn, çaresizlik, kaygı, depresyon ve bunalmışlık duyguları yaşayabilirler. Kendine bakma hayatı idame ettirmede çok önemlidir. Hemşirelerin hastalarına ve onların ailelerine yaptıklarını kendilerine yapmaları gerekir. Kendi kayıplarına üzölmelidirler. Hemşirelerin hizmet verdikleri ortamdan uzaklaşmalarına zaman tanıyacak kişisel destek sistemleri geliştirmeleri; yargısız, açık ilişkilerde duygularını paylaşma fırsatları yaratmaları ve enerjiyi tekrar kazandıracak stres yönetim tekniklerini kullanmaları gerekir.

Bazen enstitü personele karşılıklı destek için ve bir hastanın kaybına üzölmek ve yakınlaşmak için bir araya gelme fırsatı tanır. Hemşirelerin ölmekte olan ve acı

eken birinin bakımındaki rolleri keder ve stres veren yaşantılarla doludur. Onların bu taleplerden kurtulma ihtiyacına kulak vermeleri gerekir. Geçmemiş bir keder ve stres mutluluğun azalmasına ve başkalarına hizmet verememeye yol açabilir (55).

1.7.6.2. BAKIM VERENİN ROLLERİ

İki insan lme ve ölmeye tam olarak aynı biçimde tepki vermez. Ölüm, kayıp gibi psikolojik yanıt olan hüzün olaylarının çoğu birbirine benzer ve belirli karakteristik aşamalardan geçerler. Bu aşamaların ne olduğunu bilmek ölmekte olan hastaların psikolojik ihtiyaçlarının tahmin etmemize ve karşılamamıza yardımcı olur (15).

Hemşirelerin terminal dönemde veya ölmekte olan hastalara sundukları bakım onların lme yönelik davranışlarından etkilenebilir (68). Roda ve arkadaşlarına göre “lme ve ölmeye yönelik davranışların belirleyicileri sadece kültürel, toplumsal, felsefi ve(1999) dini inanç sistemlerini değil fakat aynı zamanda lme ve ölmeye yönelik her bir davranışın formüle edildiği ve yorumlandığı kişisel ve kavrama çalışma şablonlarını içine alır”. Bu nedenle, hemşirelerin kişisel duyguları da ölmekte olan hastalarla başa çıkma biçimlerini etkileyebilir (15,25,65,68).

Bu araştırmadan farklı olarak Dunn ve arkadaşlarının (2004) DAP-R ile yaptığı çalışmada hemşirelerin vakitlerinin büyük bir kısmını ölümcül hastalıklarla mücadele eden veya terminal dönemde olan hastalara bakarak geçiren hemşireler ölüm hakkında daha olumlu davranışlar sergilediği gözlenmiştir. Araştırmacılar bu bulguların sonunda hemşireler ölüm hakkında ne hissederse hissetsin ölmekte olan hastalara ve onların ailelerine kaliteli ve profesyonel sağlık hizmeti sunduğu sonucuna varmışlardır. Sürmekte olan eğitim programlarında ölüm endişesini

engelleyen olumlu stratejiler ve hastanın bakımını güçleştiren etmenleri ortadan kaldırma yöntemleri sunmuşlardır (24).

Amerikalıların ortalama yaşam beklentisi 1900'lerin başlarından bu yana çarpıcı biçimde artmaktadır; sırayla kadınlarda ve erkeklerde 49 yaşından 79 ve 74 yaşına. Nüfus bürosunun ABD tahminleri 2030 yılına gelindiğinde 65 yaşın üstündeki grubun ikiye katlayıp yaklaşık 70 milyon olacağını, en hızlı büyüme oranının 85 yaşın üstündeki grupta meydana geleceğini (yani, dokuz milyon) hesaplamaktadır (Yaşlanmayla İlgili İstatistikler konusunda Federal Kurumlar arası Forum, 2000). Ulusal Kanser Enstitüsü Araştırma, Salgın ve Son Sonuçlar (SEER) 1975–2001 Kanser İstatistikleri İncelemesine göre ABD de bildirilen kanser vakalarının yarısından fazlası (% 57) yaşlı yetişkinler arasındadır, ortalama kanserden ölüm yaşı 72 dir. Bu istatistikler hemşirelerin gelecekte ölmekte olan geniş hasta popülasyonunun bakımından sorumlu olacaklarını ve bu nedenle ölüm hakkında eğitilmeleri gerektiğini öne sürmektedir. Dolayısıyla, bu pilot çalışmanın amacı ölmekte olan hastaların ve onların ailelerinin bakımlarının kalitesini arttıracak şekilde tasarlanmış proaktif eğitim programlarının gelişimi için bir gerekçe sunabilmek üzere Rooda ve arkadaşlarının (1999) bulgularını tekrarlamaktır (24,25).

- Hemşireler ölmekte olan hastalar konusunda ne kadar deneyim kazanırlarsa, bakım deneyimleri o kadar olumlu hale gelir.
- Hemşireler ölüm hakkında ne hissederse hissetsinler, ölmekte olan hastalara ve onların ailelerine profesyonel ve kaliteli bakım sunmak gerekir.
- Bu çalışmadan elde edilen bulgular Benner' in (1984) şu önerisini destekler; profesyonel deneyimden öğrenilmiş pratik bilgiler hemşirelerin hasta bakımlarını etkileyebilir (24,25).

Rooda ve arkadaşları (1999) 403 çalışan hemşireden oluşan uygun bir örneklemede terminal dönemdeki hasta grubuna hizmet veren hemşirelerin, nispeten daha küçük bir gruba hizmet veren hemşirelere nazaran ölmekte olan hastaların bakımına yönelik daha olumlu tutumlar sergilediklerini buldular. Daha az ölüm korkusu hissedenlere göre daha fazla ölüm korkusu yaşayan hemşireler ölmekte olan hastaların bakımına yönelik daha az olumlu tutumlar sergilediler. Ölüm konusundan kaçma yönünde bir eğilim bildiren hemşireler, ölmekte olan hastaların bakımı konusunda kaçınmayanlara göre daha az olumlu tavırlara sahiptiler. Ölüme yönelik tarafsız tavırlar sergileyen hemşireler ölmekte olan insanların bakımı konusunda tarafsız tavırlar sergilemeyenlerden daha olumlu tavırlara sahip olduklarını bildirdiler. Sonuç olarak, ölümlü mutlu bir ölüm ötesi hayatına açılan bir kapı olarak gören hemşireler ölmekte olan hastaların bakımına yönelik olarak bu görüşü paylaşmayanlardan daha olumlu tavırlara sahiptiler. Bu araştırmacılar hemşire eğitimlerinin müfredat programlarına ölüm davranışlarının bir değerlendirmesini, bu tutumların ölmekte olan hastaların bakımlarıyla ne kadar ilişkili olduklarına dair bir tartışmayı ve ölmekte olan hastaların bakımına yönelik olumlu davranışları arttıran müdahaleleri dahil ettikleri sonucuna vardılar (25,68,86).

Diğer ilgili çalışmalar hemşirelerin deneyimleri ve ölmekte olan hastaların bakımı arasındaki ilişkileri incelediler. Stoller (1980) ölmekte olan hastaların bakımı konusunda daha çok deneyime sahip uzman hemşirelerin bu hastalarla olan etkileşimlerinde daha az deneyime sahip uzman hemşirelerden daha az rahatsızlık duyduklarını bildirdiklerini gördüler. Stoller şöyle bir varsayımda bulundu; bu uzman hemşireler deneyimle ölüm kaygısıyla başa çıkmalarına yardımcı olacak üstesinden gelme ve savunma mekanizmaları geliştirirler. İrvin (2000) bir bakım evinde kanserden ölen yaşlı yetişkinlere bakan hemşirelerin ölüm kaygısıyla başa

çıkımlarına yardımcı olacak hem olumlu (yani, sosyal destek ihtiyacı) hem de olumsuz (yani, sakınma) üstesinden gelme stratejileri geliştirdiklerini rapor ettiklerini saptadı (25).

Taiwan Hemşirelik mezunu hemşireler (2006); ölümden hemşirelerden beklenen yardımlar adlı projeyi yürütmüştür. Çin kültüründe ölüm önemli bir olgudur. Yine de birçok Çin sosyetesinde sevdiklerine ve başkalarına gerçek duygularını gösterebilmek zordur. Çok az bilgiye sahip olunmasından dolayı bu projenin ele alınmıştır. Yapılan ankette 110 öğrenciden şu bilgiler edinilmiştir: (1) Ölüme karşı korkuları; (2) öbür dünya ve (3) ölen hastalara yardımcı olmada hemşirelerden beklenenler. Sonuç olarak öğrencilere göre ölüm anında yapılması gerekenler üç ana hedeften oluşur: (1) hastaların kişisel hayatlarındaki üç hedefe ulaşmalarını sağlamak; (2) onlara yardımcı olan içten gelen destek sağlamak. Böylece ölmekte ölen veya ölecek hastalar kendilerine güzel bir veda hazırlandığını hissetsin ve (3) Ölümden sonraki yaşama ulaşmalarında onlara yardımcı olmak. Bu araştırmalarda da ölümün, ölümlü dünyadan sonsuz yaşama dönüşüne olan inanış açığa çıkmıştır (72).

Payne, Dean ve Kalus (1998) bir kaza ve acil bölümünde (A&E) çalışan hemşireler ile (hospice) hastanesinde çalışan hemşireler arasında ölüm kaygısı seviyelerini karşılaştırdılar. Hospice hemşirelerine nazaran A&E hemşirelerinin ölümü düşünmekten kaçınma olasılıklarının daha yüksek olduğunu, ölüm korkularının daha çok olduğunu ve ölümü daha az kabullendiklerini buldular. Yazarlar A&E hemşirelerinin ölmekte olan hastalarla ve onların aileleriyle asgari düzeyde temas kurdukları sonucuna vardılar. Akut bakım ortamlarında esas odak noktası hastalığın iyileştirilmesidir ve hastanın ölümüne başarısızlık gözüyle bakılır, halbuki Hospice hemşireleri ölmekte olan hastalara her gün bakım sunarlar. Onlar, sadece hastaların

fiziksel ihtiyaçlarına değil aynı zamanda onların sosyal, psikolojik ve ruhsal ihtiyaçlarına odaklanan holistik, teskin edici bakım sunarlar (25,64).

Linda ve arkadaşları (1998) aniden ölen hastalarda öğrenci hemşirelerin deneyimleri ile tanımlayıcı bir çalışma; hemşire-hasta ilişkisini, sağlık bakımından beklentilerini ve sağlığın etik açıdan ele alınışını da içerir. Hikaye anlatımı ayrıca öğrencilerin, kendilerine önemli gözükten noktaları incelemelerini de içerir. Bu hikayelerin hemşirelik öğrencilerinden gelmesine rağmen, şüphe yoktur ki diğer öğrencilere kılavuzluk eder ve onların pratik bilgilerini geliştirir (52).

ELNEC'e (End of Life Nurse Education Consortium) bağlı olan hemşirelik eğitim programındaki bir öğrenci eğitim ve tecrübelerini şu şekilde aktarmıştır:

“Ölmekte olan insanların yanında bulunup onlara destek vermek bir onurdur. Özellikle de bu insanlar ailem olduğu zaman. Hemşirelik okulundaki ölüm ve ölümlerle ilgili konuları işleyen müfredat, asistanların ve profesörümün bana verdiği destekler ölmekte olan hastalara iyi bakmamı sağladı. Onlarla birlikte olabildiğim zamanlar çok değerli olmuştu. Yanlarında olabilmek ve bu özel zamanda onların ihtiyaçlarına cevap verebilmek adeta bana terapi gibi oldu. Hastanede sevdiği yakınlarını ziyaret eden insanların gözlerinde umutsuzluk ve acıma görüyorum. Çünkü onlar; ne yapabileceklerini, nasıl yardım edebileceklerini bilmiyorlar. İnsanlar, hastanenin yabancı ortamında kendilerini çok çaresiz görüyorlar ve küçük şeyleri bile unutuyorlar. Mesela hastalarla konuşmak, onların ellerini tutmak, onlarla beraber dua etmek, gerektiğinde ağızlarını silmek gibi ufak görünen şeylerin aslında çok büyük önemi vardır. Hemşirelik okulunda okurken edindiğim tecrübe ve aldığım bilgiler aileme daha iyi bakmama yardımcı oldu ve bana güç verdi. Ölen bir hastaya bakmanın kolay bir iş olduğunu söyleyemem ama böyle bir tecrübenin iyileştirici etkide bulunduğunu söyleyebilirim. Edindiğim tecrübeler sayesinde evde olduğum

zamanlar ailemle beraber güldüm, onlarla birlikte bir şeyler okudum, sessizce yanlarında oturdum, yattım, onlarla ağladım ve birlikte dua ettim. Hastalarla birlikteyken evdeki kokular, piyano sesleri, diğer odada oynayan çocukların sesleri, ebeveynlerin konuşma sesleri ve radyodan gelen hafif müzik sesleri hep tanıdık ve hem bakıcıyı hem de hastayı rahatlatıyordu. Geçen zamanlarımız güzeldi ve bu nedenle şükranlarımızı sunuyoruz. Ağabeyimle birlikte ölen hastalara bakıcılık yapmaya başladığımızdan bu yana bir hemşire olarak daha yardımsever oldum. Ailem ziyarete geldiği zaman onlara yardım ediyorum. Sevdiklerine dokunduklarında rahatladıklarını göstermeye çalışıyorum. Geçenlerde kocasının yanık yüzünü silmeye çalışan bir kadınla karşılaştım. En nazik dokunuşuyla ve sabırlı bir şekilde siliyordu. Bir hafta ya da daha fazla bu işlemi yaptı ve bunu büyük bir istekle yaptığını gördüm. Nedeni açık; sevdiği kocasına yardım etmek hem kocası hem kendisi için iyileştirici etkide bulunuyordu (53).

Bu tip uygulamalar, problemlerin öğrenilmesinde ve klinik desteğine de yardımcı olur. Öğrencilerin klinik deneyimleri belirtir ve hemşirelerin hastalara daha iyi bakması ve klinik pratiklerini geliştirmesi için fırsat sunar (52).

İspanya Katalonya'da; Roman, Sorribes ve Ezquerro (2001) genç hemşirelere, öğleden sonra ve gece vardiyalarındaki hemşirelere ve nispeten daha az deneyime sahip hemşirelere nazaran daha yaşlı hemşirelerin, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin ve 17–21 yıllık deneyime sahip hemşirelerin ölmekte olan hastaların bakımına yönelik daha olumlu tavırlar takındıklarını tespit ettiler (25).

Hemşirelerin ölümle ve ölümcül hasta ile yüzyüze gelmekten korktukları, ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri, ölümcül hastaların bakım sorumluluklarını aldıklarında ise sıklıkla kendilerini savunmak durumunda oldukları yapılan araştırmalarda görülmektedir (22).

Özetle, ölmekte olan hastalar konusunda deneyimi arttırmanın yanı sıra ölmekte olan hastaların bakımına yönelik olumlu davranışları arttıracak müdahalelere sahip ölüm davranışlarının bir değerlendirmesinden oluşan ölüm eğitim programları hemşirelerin ölmekte olan hastalara ve onların ailelerine sundukları hizmete bir etki yapabilir (15,24,25).

1.7.6.3. HASTA AİLESİNE YAKLAŞIM

Daha önce de belirtildiği gibi, hasta birey ailesini, ailesi de hasta bireyi etkiler. Bu nedenle, sağlık bakımı yalnızca hastayı değil, ailesini de içine almalıdır. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısını takiben hastanın yaşadığı duygusal reaksiyonlar, aile üyeleri için de geçerlidir. Yaşı küçük olan çocuklar dışındaki aile üyeleri, tanıyı öğrendikten sonra şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme dönemlerini yoğun acı çekme, suçluluk, ümitsizlik duygularını yaşarlar. Her birey bu dönemlerin tümünden geçmeyebileceği gibi, bu dönemlerin süresi ve yaşanan duyguların yoğunluğu da bireyden bireye farklılık gösterebilir. (1,74,77).

Kanser, AIDS gibi ölümcül hastalıklı bireyler, gelişen tıbbi teknoloji sayesinde giderek daha uzun yaşamaktadırlar. Aktif tedavi periodları esnasında hastalar, bakım, transport, tıbbi işlemler, ilaç ve semptom yönetimi konularında genellikle aile ya da yakınlarının yardımına gereksinim duyarlar. Hastanın bağımlılık düzeyi, gereksinim duyduğu yardım oranını artırır. Hasta birey, ailenin bakım sorumluluğu altında iken, bir aile üyesi bu sorumluluğun büyük bir bölümünü üstlenir. Bu bakım verici eş ya da ebeveynidir. Bakım verici, hasta bireyin bakımını koordine etmekten tam anlamı ile sorumlu olduğunu, günün 24 saati ulaşılabilir olması gerektiğini hissedebilir. Oysa aile üyeleri de hasta gibi keder süreci yaşamaktadır ve yeni duruma uyum yapmak çabası içindedirler. Yapılan çalışmalar, bakım vericilerin birçok gereksinimleri

olduğunu ve bunların tanı sonrası ilk üç ayda akut ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Bakım vericiler, mevcut rollerine eklenen bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri ve nasıl sağlıklarını sürdürebilecekleri konusunda endişe yaşarlar. Özellikle, çalışan bakım vericiler için, hastayı yalnız bırakıp işlerine geri dönebilmelerinin mümkün olup olmayacağı merak konusudur (62).

Aile üyeleri ve özellikle bakım vericiler, hastaya emosyonel destek sağlamanın en güç görevlerden biri olduğunu belirtirler. Bakım vericiler hastayı distrese sokabileceğinden korktukları için, onunla endişelerini tartışma konusunda isteksizlik yaşarlar. Sürekli güler yüzlü ve mutlu görünme ve hastayı memnun etme çabası içine giren bakım vericiler, böyle bir tutum sergilemenin yarattığı gerginlikle başetmek zorunda kalırlar. Oysa hasta ile duyguların paylaşılması her iki tarafın da rahatlmasını, dahası mutlu insan rolü oynama distresini engelleyebilir. Ayrıca, hasta bir gün öldüğünde bile, aile üyeleri keder yaşamaya devam edecek ve kayba uyum yapmaya çalışacaklardır. Kayıp sonrası yaşanacak kederin çözümlenmesinde ise, hasta ile duyguların paylaşılması önemli yer tutar (1,62).

Bakım vericilerin sürekli hasta ile birlikte olmalarını beklemek insafsızlıktır. Her insanın kendi özel yaşantısı ve özel gereksinimleri vardır. Özellikle hastanın yoğun bakıma gereksinim duyduğu durumlarda, bakım verici bireylerin kendi bireysel gereksinimlerinin karşılanamaması riski doğar. Bu durum, bakım vericilerde tükenme sendromu yaşanmasını kaçınılmaz hale getirir (18,77).

Tükenme sendromu belirtileri; Kronik stres, Parçalanmışlık hissi ve bunalma şikayetleri, Gerçeği algılamanın bozulması ve çarpık algılamalar. Hastanın bakımında tamamıyla yetersiz kaldığına inanma. Hastanın iyilik haliyle ilgilenmeme ve onun bakımını ihmal etme. Bakım verici rolünden nefret etme ve kinle dolu olma. Aşırı alkol, sigara, ilaç kullanma ya da yemek yemedir (18,77).

Tükenme yaşayan bakım vericilerin, hasta ve diğer aile üyelerine yardımcı olması beklenemeyeceği gibi, kendilerinin yardım almaya gereksinimleri ortaya çıkacaktır. Bu nedenle, sağlık elemanları, aile üyeleri ile hasta bakımının ve diğer ev içi sorumlulukların paylaşılması için aileye danışmanlık yapabilir. Unutulmamalıdır ki, anksiyete yaşayan insanlar, basit düzenlemeleri yapamayacak kadar düşünme ve karar verme yetisinden yoksun olabilirler. Hastanın evdeki bakımının yoğun olduğu ve özellikle aile üyelerinin kendi sorumlulukları nedeniyle hastanın bakımını tamamen üstlenemeyecekleri durumlarda, evde bakım hizmeti sunan kuruluşlardan yardım alınabilir. Ülkemizde evde bakım sistemi olmadığından ve bazı illerde özel kuruluşlarca sunulan bu hizmetler sosyal güvenlik kapsamında bulunmadığından, evde bakım hizmeti alabilen aile sayısı son derece sınırlıdır. Bu durum, evde bakım gereksinimi olan hastaların ailelerinde tükenme sendromu riskini artırmaktadır. Bu nedenle sağlık elemanlarının, aile üyelerinin yanısıra hasta bakımına katkıda bulunabilecek akraba, dost ve komşulardan yardım alınması amacıyla, aileye danışmanlık yapması yararlı olur. Sosyal destek sağlayabilecek bu tür kişiler, aileye değişik şekillerde yardımcı olmak isteği taşıyor olmasına rağmen, bunu nasıl gerçekleştireceklerini bilmiyor olabilir. Bu nedenle aile ile işbirliği yapılarak, destek sağlayabilecek bireyler belirlenip, bu insanlarla toplantılar düzenlenerek, aileye yardım etme yolları kararlaştırılabilir. Böylece, akraba, dost ya da arkadaşlar hasta ve ailesine yardım etmenin mutluluğunu yaşarken, aile üyeleri de ağır sorumluluklar altında ezilmekten kurtulabilirler (18,77).

Aile üyelerinin yaşadıkları bir diğer duygu suçluluktur. Suçluluk, kederin bir parçasıdır ve bazı otoriteler tarafından, insanların hak etmediklerini düşündükleri deneyimleri yaşamalarına duydukları öfke olarak tanımlanır. Hastanın bakımını üstlenen aile üyesi, işine geri dönmek zorunda kaldığında ya da kısa süreli bir iş için

veya dinlenmek için hastayı yalnız bıraktığında suçluluk yaşayabilir. Bakım için çok zaman harcadığı, uykusuz kaldığı ve fiziksel olarak aşırı yorulduğu zamanlarda hastaya karşı öfke yaşaması da, bakım vericinin suçluluk hissetmesinin diğer bir nedenidir. Hastanın arkası gelmez talepleri, verilen hizmetten memnun kalmayışı, bağımsız olarak karşılayabileceği gereksinimlerde bile yardım beklemesi, inleme sesleri, hastalığa bağlı oluşan kokular, bakım vericileri öfkelendirebilir. Böyle zamanlarda, hastanın kısa süre içinde ölmesini arzulayan bakım verici ve/veya diğer aile üyeleri, bu duyguları ve düşünceleri nedeniyle suçluluk yaşayabilirler (77).

Bazı aile üyeleri, bireyin hastalığından kendilerini, bazıları ise başka insanları sorumlu tutarak, suçluluk/suçlama yaşayabilirler. Hastanın erken dönemde hastaneye götürülmemesi ve ihmal edilmesi, yanında sigara içilmesi, soğuktan ve hastalıklardan korunamaması, kötü işlerde ya da işyerlerinde çalıştırılması, hastalığın ortaya çıkması ya da kötüleşmesinin nedenleri olarak görülebilir. Bu nedenlere bağlı olarak, ilgili kişiler suçlanır. Hastanın durumundan dolayı suçlanan ve bu nedenle yoğun öfke hissedilen kişiler arasında sağlık personeli de yer alabilir. Zamanında doğru tanı koymayan ya da hastanın tedavisini eksik yapan hekim, hastanın diğer bakımını aksatan hemşire, hasta ve ailenin duygularını önemsemeyen tüm sağlık personeli, ekonomik güçlüklerinde yeterince yardımcı olmayan sosyal hizmet görevlisi aile üyelerine göre suçlu kişilerdir. Aile üyelerinin en yoğun yaşadıkları diğer bir duygu da öfkedir. Öfke, keder sürecinin bir parçasıdır. Öfke, ölümcül hastalığa yakalanan "niçin benim eşim/benim çocuğum" sorusuyla kendini gösteren ve bireye acı veren, onu inciten bir duygudur. Bu duygu, hasta bireye, sağlık elemanlarına, Tanrı'ya yöneltilebilir. Ülkemizde, kanser nedeniyle çocuğunu kaybetmiş ailelerin, kayıp sonrası bir yıla yakın zaman geçmiş olmasına rağmen, sağlık personeline yönelik suçlama ve öfkelerinin yoğun bir şekilde devam ettiği belirlenmiştir (55). Birey,

özellikle suçluluk hissini öfke ile açığa vuruyorsa, öfkesinin farkında olmayabilir ya da onu inkar edebilir. Depresyon, kendine acıma, keder gibi duygular da öfke ile maskelenebilir (77).

Öfke yaşayan bireylerin, çevredeki insanları incitmeden ya da değerli eşyaları, araç gereçleri kırmadan öfkelerini açığa vurmaları için bazı öneriler ve kurallar getirilebilir. Örneğin, öfkeli birey bu duygusunu güvendiği bir kişi ile konuşabilir, yastığı yumruk-layabilir, ağlayabilir. Yine, koşmak, merdiven inip çıkmak gibi aktiviteler, öfke ile açığa çıkan enerjinin harcanmasını ve gerginliğin azalmasını sağlar (77).

Öfke kaynağı sağlık personeli ise, bakım vericiye hastanın durumu ve bakım planı hakkında bilgi verilip, bakımda onların nasıl yardımcı olacakları açıklanabilir ve yapabildikleri oranda bakıma katılmaları sağlanabilir. Aile üyelerinin duygularını dinlemek için zaman ayrılması, terapötik ilişki kurulması, onların bir çok duygularını daha kabul edilebilir yollarla ortaya koymalarına ve keder sürecini iyi bir şekilde yaşamalarına yardımcı olur. Sağlık elemanları ailenin öfke ve suçlama tepkilerine, asla benzer tepkilerle cevap verilmemeli, onlara yaşadıkları tüm duyguların normal olduğunu söyleyerek, rahatlatmaya çalışmalıdırlar. Yine de, yoğun suçluluk, suçlama, öfke ve depresyon yaşayan aile üyeleri, bir uzmana sevk edilebilir (18,77).

Özellikle, bakım verici rolünü üstlenen aile üyeleri, değişik zamanlarda gelip geçen panik dalgaları yaşayabilirler. Öfke gibi panik de birey için yıkıcı bir duygudur. Panik, anksiyetenin en şiddetli formudur. Anksiyete, bireyin benliğine yönelik tehdit algısıyla oluşur. Bakım verici birey, mevcut duruma uyum yapamama, hastalığı yönetememe, rolünü gerçekleştirememesi endişesi yaşayabilir. Bu endişe, hastanın durumunun ciddileştiği zamanlarda daha da şiddetlenir. Yoğun anksiyete yaşayan bireylere, gevşeme egzersizleri, dikkati başka alanlara yöneltme etkinlikleri

öğretilir ve güvendikleri insanlarla duygularını paylaşmaları, hastanın bakımında destek kaynaklarından yardım almaları önerilebilir (18,77).

Hasta ve aile, tanı sonrası yaşanacak keder konusunda önceden bilgilendirilebilirler. Tanıyı takiben şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon, suçluluk, suçlama, ümit, ümitsizlik gibi duyguların yaşanabileceği ve bunlarla nasıl başedilebileceği yönünde sık bilgilendirmelere gereksinim duyulur. Böylece hasta ve aile, aklını kaybediyor olduğu yönündeki korkulardan da kurtulabilir. Sözü edilen duyguların, zaman zaman alevlenebileceği ve tekrar tekrar yaşanabileceği de vurgulanmalıdır (18,77).

Hastalığın terminal dönemi, hasta, aile, diğer yakınlar ve sağlık elemanları için duygusal olarak güç bir dönemdir. Hastanın her an kaybedilebileceği korku ve endişesi yaşanır. Bu nedenle özellikle aile üyeleri, hastanın mümkün olduğunca rahat ve mutlu olması için çaba sarfeder ve hastayı yalnız bırakmak istemezler. Onlar, bir taraftan hastayı ölümlük görme korkusu yaşarken, diğer taraftan onun yalnızken öleceğinden endişelenirler. Aile üyeleri, fiziksel ve duygusal yoğunluğu fazla olan bu döneme, uzun süre direnemeyip tükenme yaşayabilirler. Bu nedenle sağlık elemanları onları kendi gereksinimlerini karşılamaları ve dinlenmeleri için, ortamdaki biraz uzaklaşmaya teşvik etmelidirler. Aile ve yakınların hasta yanında bulunmadığı dönemlerde, hastanın gereksinimlerinin eksiksiz karşılanacağı ve hastanın durumunda bir değişiklik olursa aileye hemen bilgi verileceği garantisi sağlanması, aile üyelerini dinlenmeye yöneltebilir. Yine, aile üyeleri ve yakınların hasta bakımına belli aralıklarla katılmaları, bu sorumluluğun bir ya da iki kişi tarafından üstlenilerek tükenme yaşanmasını engelleyebilir. Hastanın terminal döneme girmesi, aile ve yakınların ölüm gerçeği ile yüzyüze gelmelerine neden olur. Bu da, bazı üyelerde inkar ve pazarlığa yol açabilir. Aile üyeleri, hastanın ağrı ve diğer semptomlarının

kötüleşmesinden, bu yoğun duygularla baş edememekten, kontrollerini kaybetmekten ve hastanın onlar uzaklaştıklarında ölmesinden korkabilirler. Ölüm yaklaşırken hastada olabilecek değişiklikler konusunda önceden bilgilendirilmeyen aile üyeleri, ölüm anına yönelik bilinmezliklerin korkusunu da yaşarlar. Bu nedenle, aileler, hastanın durumu ciddileşmeden önce, onun ölümü yaklaşırken yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu konuda bilgilendirilmiş aile üyeleri, hastada oluşan değişikliklerden korkmayacak ve son ana kadar hasta ile birlikte kalıp onu destekleme şansı elde edebileceklerdir. Ancak, ölmek üzere olan hasta ile birlikte olmak istemeyen aile üyeleri anlayışla karşılanmalı ve bu isteklerinden dolayı yadırgayıcı tutum sergilenmemelidir. Çünkü bazı aile üyeleri hastanın ölümü esnasında normal tepki gösterebileceklerinden ya da kendilerini kontrol edebileceklerinden emin olamazlar. (15,18,77).

1.7.7. HASTA ve HASTA YAKINLARININ ÖLÜMÜ KABUL ETMESİ

Hasta Açısından;

Ölüm, tüm yaşayan organizmaların paylaştığı evrensel bir olaydır. Bireyin psikolojik ve fiziksel son evresidir. Korkutucu fakat kaçınılmazdır. Ölümün kişisel anlamı, yaşam deneyimlerinden kaynaklanmaktadır.

Psikanalist Gustav Jung, ölümü kaçınılmaz son, cümle sona ermeden nokta olarak tanımlamaktadır. Ölüme uğrayan kişi için kum saatinin boşaldığını, yuvarlanan taşın durduğunu söylemektedir. “Bu ölüm karşısında yaşam bize, bir zaman akışı, sonunda durması doğal olan kurulmuş bir saatin işleyişi gibi gelmektedir” der. Bu “akış” en yoğun duyduğumuz anın, bir insan yaşamının gözlerimizin önünde durduğunu gördüğümüz an olduğunu, yaşamın anlamını ve değerini de az önce canlı bir bedenden ayrılan, son soluğu gördüğümüzde anladığımızı söyler (15).

Ölmekte olan kişinin geçirdiği ruhsal değişim üzerine eğilen Elisabeth Kübler Ross daha farklı bir yaklaşımla kişinin kaçınılmaz sonu nasıl kabul ettiği konusu üzerinde durmuştur (15).

Daha ölümcül bir hastalığa yakalanmış kişilerin bakımıyla uğraşan sağlık profesyonellerin deneyimlerini doğrulayan bu yaklaşıma göre “can verme uğraşı” beş evrede gerçekleşmektedir. Bu denli karmaşık ve az tanınan bir sürecin evrelere ayrılması her ne kadar şematik görünürse de evreler her zaman çizgisel bir gelişim izlememekte ve aralarında kesin sınırlar bulunmamaktadır. Bu evrelerin kapsadığı zaman ve geçiriliş biçimleri kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Kübler-Ross'un tanımladığı tepkiler sadece hasta birey değil, ailesi ve yakınları tarafından da yaşanır. Sağlık elemanlarının ölümcül hastalığı olan birey ve ailesine yardımcı olabilmesi için, onların yaşadıkları duygusal tepkileri anlamaları gerekir (15,18,22,42,65).

İNKAR DÖNEMİ: Bireylerin, ölümcül hastalık tanısını öğrendiklerinde verdikleri ilk tepki inkardır. Birey "hayır bu bana olamaz, bu doğru değil" der. İnkâr tepkisi, hastalık tanısı kendisine iletilen hastaların yanı-sıra, ileilmeyen hastalar tarafından da sergilenir. İnkâr, yaşamı tehdit edici hastalık tanısının bireyi altüst edici etkisini azaltır ve bu korkutucu gerçeğe uyum yapılması için zaman kazandırır. İnkâr yaşayan bireyler tanının doğru olmadığını duymak ümidiyle ile başka hekimlere başvurabilir ya da tetkik işlemlerinin tekrar tekrar yapılmasını isteyebilirler. Bireyin hastalığının henüz tanılanmadığını söylemesi, tanı ve tedavi işlemleri hakkında hiç kimseyle konuşmaya yanaşmaması, hastalığına ilişkin sorular sormaması da inkâr yaşadığını gösterir. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısı, özellikle hastayı ve ailesini tanımayan, hasta ve ailenin güven duymadığı bir sağlık elemanı tarafından, onların tanıyı duymaya hazır olup olmadıkları değerlendirilmeden ve bu iş bir an önce bitsin

düşüncesiyle duyarsız bir şekilde açıklandığında, inkar yaşanması ve bunun uzun sürmesi kaçınılmaz olur (18,22,42).

İnkâr, altüst edici bir haberden sonra, hasta ve/veya ailenin kendilerini toparlamaları ve başetme mekanizmaları ile destek kaynaklarını devreye sokabilmeleri için zaman kazandırır. İnkâr güçlü bir savunma mekanizmasıdır ve düzeyi zaman içinde değişiklik gösterebilir. Yine, hastalığın tamamıyla inkâr edilmesi söz konusu olabileceği gibi, bu konuda ambivalans yaşanması mümkündür. Hastanın inkâr yaşama süresi ve inkârın derecesi, gerçeğin kendisine söylenme şekli, kaçınılmazı kabullenmek için sahip olduğu zaman, stresli olaylarla başetme yöntemleri destek sistemleri ve ailenin hastalığa yaklaşımına bağlı olarak farklılık gösterir (18,22,42).

Sağlık elemanları bireye zaman ayırıp onu dinlemeye isteklilik gösterirlerse, birey zamanla bu kişilere karşı güven duygusu geliştirir. Böyle durumlarda ilk bir kaç görüşmede hastalığı ve ölüm konusu üzerine konuşmaya isteklilik göstermeyen hastalar bile, sonraki görüşmelerde yalnızlığını, korkularını, endişelerini sözel ya da sözel olmayan davranışlarla ortaya koymaya başlarlar. Kısacası, hastanın inkâr eğilimine saygı duyulmalı, ancak inkârı ile başbaşa bırakılmamalı, güven ilişkisi geliştirilerek hastanın gerçeğe yüzleşecek güce erişmesi sağlanmalıdır (18,22,42).

ÖFKE DÖNEMİ: Öfke, hastanın yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olduğu gerçeğini kabul etmeye başlaması ile ortaya çıkan bir duygudur. İnkâr dönemindeki "hayır doğru değil, bu benim başıma gelmiş olamaz" tepkisinin yerini, "evet benim başıma gelmiş, hata değilmiş" denilerek gerçeğin kabul edilmeye başlandığı devre olan öfke dönemi alır. Doğal olarak, bu dönemde sorulacak soru "neden ben?" olacaktır. İnkâr döneminin aksine, öfke döneminde aile ve sağlık elemanları hastaya

yardımdan büyük güçlük yaşar. Çünkü, öfkenin yansıtılacağı bir odak noktaya gereksinim duyulur ve bu aile üyeleri, sağlık personeli, diğer sağlıklı insanlar ya da Tanrı olabilir. Hasta öfke tepkisini çevresindeki bireylere rastgele biçimde yansıtabilir.. Hemşireler ise, hasta öfkesine en çok maruz kalan grubu oluşturur (18,42).

Hastanın "neden ben" sorusu genellikle sağlık elemanlarına zor anlar yaşatır. Bu tür sorular karşısında "neden siz, bunu ben de bilmiyorum" denilebilir ve hastaya zaman ayırılarak duyguları dinlenebilir. Sağlık elemanları hastanın öfke tepkisinin nedenini bilmeli ve bu tür tepkileri anlayışla karşılamalıdır(18,22,42).

PAZARLIK DÖNEMİ: Çok az bilinen bu aşama, kısa süre için de olsa hastaya yardımcı olur. İlk dönemde gerçekle yüzleşmekten kaçınan, ikinci dönemde insanlara ve Tanrıya öfkelenen hasta, üçüncü dönemde kaçınılmaz sonu ertelemek için pazarlık yapmaya başlar. Pazarlık, Tanrı ya da sağlık elemanları ile yapılır. Hasta, kendini erkenden yanına almak isteyen, öfkeli yakarışlarına yanıt vermeyen Tanrı'dan, iyilik ve güzellikle biraz daha zaman isteme çabasına girişebilir. Ölümü ertelemek için yapılan pazarlık, iyi bir davranışa Karşı ödül bekleme anlayışına temellenir. Olumlu davranışın ödüllendirilmesi ise her insanın çocukluğundan beri öğrendiği bir şeydir. Hastanın dileği genellikle yaşamının uzamasıdır. Yanısı-ıa, ağrı ve fiziksel rahatsızlık yaşamadan bir kaç gün geçirmek de istenebilir. İsteklerine karşılık iyilik yapacağı ya da başka hiç oir şey istemeyeceği vaadlerinde bulunan hastalar, istekleri gerçekleşip de vaadlerini yerine getiremezlerse suçluluk hissederler. Genelde bir isteği gerçekleşen hastalar, başka isteklerde de bu-unma eğilimi gösterirler (18,22,42).

DEPRESYON DÖNEMİ: Hastaya uygulanan tedaviler olumlu bir sonuç vermediğinde, hastanın sık ve uzun sürelerle hastanede yatması gerektiğinde, gittikçe durumu kötüleştiğinde, güçsüz ve zayıf düştüğünde artık yadsıma, öfke ve pazarlık etme anlamsız hale gelir. Hasta ciddi boyutlarda kayıp ve depresyon yaşamaya başlar (18,22,42).

Genellikle hastalar ölümün yaklaştığı zamanı hissederler ve artık ümitten söz etmezler. "Sanırım artık sonum geldi", "galiba her şey bitti", ya da "artık gitmeye hazırım, böyle hissetmem bir mucize" diyen hasta, ümidini kaybetmiştir ve bu tür hastalara gereksiz yere ümit aşılama çalışılmamalıdır. "Böyle konuşma, son ana kadar ümidimizi kaybetmemeliyiz" şeklindeki yaklaşımlar, çevredeki kişilerin durumu kabullenemediklerinin bir göstergesidir ve hasta da bunu farkeder. Bu durum, hastanın huzur içinde ölmesini engelleyici etki gösterebilir. Ayrıca hasta, ölüm hakkında rahatça konuşabilecek duruma geldiği halde, çevresinde bu duygularını paylaşabileceği kimsenin olmadığı inancına kapılabilir. Hastanın ümitsizliğini yansıtan ifadeleri dinlenmeli ve her zaman yanında olunacağı, asla terkedilmeyeceği belirtilmelidir (18,22,42).

Hasta ümit etmeye gereksinim duyduğu halde aile ve sağlık elemanlarının ümitsizlik yaşaması ya da hasta ümidini kaybettiğinde ümit aşılama çalışmaları, hasta yönünden en yıkıcı iki yak-aşımdır. Hasta ümidini koruduğu halde, ona yönelik ümitsizlik yaşayan sağlık elemanları, hastaya artık yapılacak hiç bir şey olmadığını, isterse evine gidebileceğini söylerlerse, hastanın Des etmesine de yol açabilirler. Bu nedenle, ölümcül hastalara yaklaşımda "bilgimiz dahilinde sizin için her şeyi yaptık, sizi rahat ettirmek için de elimizden geleni yapmaya devam edeceğiz" demek, hastaya son ana kadar terkedilmeyeceği, ölmeden ölmüş birey gibi görülüp bir kenara atılmayacağı garantisini verir (18,22,42).

KABULLENME DÖNEMİ: Hastanın, kaçınılmaz sona hazırlanmak için yeterli zamanı olduysa ve daha önceki evreleri sağlıklı atlatabilmesi için uygun yardım aldıysa, kabullenme aşamasına ulaşacaktır. Hasta bu zamana kadar, yaşayan sağlıklı insanlara ve kaderi için Allah'a öfkelenmiş, kaçınılmaz sonu için çökkünlük yaşamış, kaybedeceği kişiler ve özlediği yaşam için yasını tutmuş olacaktır. Genelde bu tür hastalar zayıf ve yorgun olurlar ve depresyon döneminde duyulan uyku gereksiniminden farklı bir uykuya ihtiyaç duyarlar. Bu dönemdeki hastanın uykusu, kaçarak başatme ya da depresyon göstergesi olarak yorumlanmamalıdır. Kabullenme dönemindeki hastalarda, bir teslimiyetçilik, ümitsizlik, bir şeyler yapsam ne önemi olacak ki nasıl olsa öleceğim düşüncesi ya da artık savaşamayacağım düşüncesi söz konusu değildir. Tüm bunlar önceki devrelerde yaşanmıştır. Kabullenme dönemindeki hasta artık huzurludur. Sanki ağrı yok olmuş, savaş bitmiştir. Bu aşama, uzun yolculuktan önceki son istirahat zamanı gibidir. Hastanın çevreye ilgisi azalır, dış dünyanın haber ve sorunlarıyla uğraşmak istemez ve genellikle yalnız kalmayı tercih eder. Ziyaretçilerin gelmesinden ya da uzun süre onunla kalmalarından hoşlanmayabilir. Sözel iletişimden çok sözsüz iletişimi tercih eder. Bu nedenle de ona huzur veren, onu anlayan birisinin yanında sessizce oturması, elini tutması, birlikteyiz mesajı vermesi hasta için yeterlidir (18,22,42).

Son ana dek savaşan ve yaşama ümidini kaybetmeyen çok az hasta vardır. Bu tür hastalar ölümden kaçmak için ne denli savaşırırlarsa, durumlarını yadsımak için ne denli çabalarlarsa, kabullenme aşamasının huzuruna ermeleri o denli güç olur. Aile ve sağlık elemanları bu tür hastaların güçlü olduklarını ve sonuna kadar savaştıklarını düşünüp, onların bu yönünü destekleme eğilimi gösterebilirler. Hastanın kaçınılmaz sonu kabul etmesini korkakça bulabilir ya da kendilerine ihanet olarak yorumlayabilirler. Biraz direnme ve destekleyici tedavi ile daha uzun süre

yaşayabilecekken erken dönemde pes eden hastalarla, gerçek kabullenme aşamasına ulaşan hastaların ayırt edilmesi gerekir. Kabullenme dönemindeki birey, yaşamı uzatıcı tedavi yerine, dinlenmeyi ve huzur içinde ölmeyi arzular. Kabullenme dönemindeki hasta, yaşamını gözden geçirmiş, tamamlaması gereken işleri tamamlamış, kendisine bağımlı aile üyeleri için bakım olanakları hazırlamıştır ve artık kendisine gereksinim duyulmadığını bilmenin huzurunu yaşıyordur. Aile üyelerinin de onun gidişini kabullenmesi ve gitmesine izin vermeleri arzusunu dile getiriyordur (18,42).

Kabullenme dönemine ulaşan aile üyelerinde de benzer bulgular görülür. Hastanın ölümü kabullenişini anlayışla karşılarlar, onunla birlikte geçirdikleri yaşamı objektif olarak değerlendirebilirler ve hastanın fonksiyonelliğiyle tutarlı beklentiler koyarlar. Hasta bireyi ilahlaştırmazlar ve hatasız, mükemmel bir birey olacak görmezler. Hasta ile iletişimde dürüst davranırlar ve açık iletişimi kullanırlar. Böylece hastanın da duygularını rahatça ifade edebilmesine fırsat tanımış olurlar. Hasta ile çok özel bir şeyleri paylaşabilmenin huzurunu yaşarlar (1,18,22).

Hasta Yakınları Açısından;

Beklenen ölüm gerçekleştiğinde, aile yoğun keder yaşar. Bu keder hasta ölmeden önce yaşanan keder kadar ve hatta daha şiddetli olabilir. Kayıp sonrası neler yaşayacağını kimse önceden tahmin edemez. Uzun bir hastalık dönemini takiben ölen insanların aileleri ve yakınları da ani ölüm yaşayanlar kadar ciddi reaksiyonlar gösterebilirler. Bireylerin kayba verdikleri tepkiler, yaşları, dini inançları, başetme yetenekleri, destek sistemleri, daha önce benzer kayıpları yaşama deneyimleri, ölen bireyle olan ilişkileri, ölüme hazırlıkları ve hastanın ölüm şekli gibi faktörlerden etkilenir.

Aile ve yakınlar olanları kavramak ve ölen kişiye hoşçakal demek için zamana gereksinim duyarlar. Onlar ölen birey ile vedalaşmaları konusunda acele ettirilmemeli, kendilerini rahat hissettiklerinde ölen bireye dokunmaları, sarılmaları, öpmelerine izin verilmelidir. Aile üyeleri ve yakınlar bir süreliğine ölen bireyin yakınından ayrılıp, tekrar onu görmeye gelebilirler. Bu nedenle ölen bireyin yanından kendi isteği ile uzaklaşmakta olan yakınlarına, onu tekrar görmek isteyip istemeyecekleri sorulabilir. Ölen birey morga gönderilmek üzere hazırlanmış olsa bile on görmek isteyen yakınlarına izin verilmelidir. Çünkü onunla geçirilen zaman, akut kederin çözümlenmesine yardım eder. Ailenin akut keder sürecini kolaylaştırmak için, sağlık elemanları ölen bireyin hoş bir görünüm almasını sağlayabilirler.

Aile üyeleri hasta bireyin öldüğüne inanmak istemeyebilirler. Merhuma uyanmasının söyleyen ve bunu yapması için sarsan insanlara rastlamak şaşırtıcı değildir. Bu davranışlar, ölümün inkar edilmesinden kaynaklanır. Aile ve yakınlarının ölüme ilk tepkisi aşırı boyutlarda olabilir. Beklenen ölümlerde bile, feryatlar ve kendine fiziksel olarak zarar verici davranışsal tepkiler görülebilir. Kurumda ölen bireylerin yakınları bu tür tepkiler gösterdiğinde, diğer hastaların huzursuzluğunu önlemek amacıyla bu bireylerin ünite dışına çıkarılması ve yalnız bırakılmaları, kaybın ortaya çıkardığı acıyı anlamamak ya da acı yaşayan insanları görmeye katlanamamaktan kaynaklanır. Sağlık elemanlarının bu tür tepkileri, kendilerinin de bir gün benzer acıyı yaşayabilecekleri gerçeği ile yüzleşmekten kaçınma çabalarıdır. Sevdikleri bireyin kayıp acısını yaşayan aile üyeleri ve yakınları, uygun bir ortama alınıp oturmaları sağlanarak anlayış ve empatiyle dokunularak, hatta sarılmalarına izin verilerek, rahatlatılmaya çalışılmalıdır. Sevdiği bireyin ölümünü gören bazı insanlar, bayılma tepkisi gösterebilirler ya da hipertansiyon, kalp krizi problemi yaşayabilirler. Tüm bu nedenlerden dolayı, yakınıni kaybeden insanlar yalnız

bırakılmamalı ve reaksiyonları sağlık elemanlarınca izlenip gerekli müdahaleler gerçekleştirilmelidir (1,18,65,75,81).

Levy ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ölmek üzere olan hastaların yakınlarına, hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine ölüm kalitesi ile ilgili eğitimden geçirildi ardından hastaların ölümünden bir ay sonra yakınları ile iletişime geçilerek destek olunduğu ve değerlendirmede hasta-hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri ile arasında ölüm ile ilgili kalite kavramlarında, hasta otonomisi ve saygınlığın korunması değerlerinde pozitif anlamlı bulgular gözlenmiştir (51).

1.7.8. Tutum

Tutum, gerek psikolojide gerekse de tıp araştırmalarında çok yönlü bir kavram olarak incelenmektedir. Phillips'e (2003) göre tutum bireyin duygu, inanç ve değerleri üzerine dayanan ve değişkenlik gösteren bir psikolojik durumdur. Thurstone tutumu psikolojik bir objeye yönelen olumlu ya da olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesi olarak tanımlamaktadır (78). Allport, tutumu temelde belirli bir yönde davranmaya hazırlık ya da eğilim olarak görmekte davranışa ilişkin bilgiler taşıdığına inanmaktaydı (78). Doob (1947) ise tutumun bir bireyin nasıl davranacağı üzerinde etkili olduğuna değinmiş, ancak açık davranışı olduğu gibi içermediğini belirtmiştir (78). Tutum birçok bilimsel disiplinde farklı anlamlarda kullanılan bir terimdir. Herbert Spencer ve Alexander Bain'in de zihinsel bir kavram olarak görmesine rağmen tutumun bir yan anlam olarak fiziksel bir kavram olarak görülmesi 1950'li yıllara dek devam etmiştir. Bu tarihten sonra tutum, fiziksel anlamından çok bireyin psikolojik durumuna işaret eden bir kavram olarak görülmeye başlanmıştır (12).

Symonds tutum teriminin yedi ortak anlamından bahsetmiştir: (1)Güçlü bir organik güdü, (2)Kas sisteminin ayarlanması, (3)Genelleştirilmiş davranışlar,

(4)Dengelenmeye yönelik nörolojik eğilim ya da isteklilik, (5)Duygusal tepkiler, (6)Duygular, (7)Sözel olarak gösterilen kabul ya da reddedilmiş tepkiler (12).

Thomas, Park ve Burgess, Faris, Bogardus, House, Lundberg gibi birçok isim de tutumları “Davranışa yönelik eğilim” olarak görmüştür (13). Park ve Burgess tutumu bireyin belirgin bir duruma yönelik olumlu ya da olumsuz tepkisi olarak görmüşlerdir. (12) Arul’a göre de tutumlar bireylerin, grupların, toplumların her seviyedeki davranışlarını kolaylaştırabilen ya da engelleyebilen davranışa yönelik eğilimlerdir. (10) Baron ve Byrne ise tutumları bireyin, diğer bireylere, düşüncelere, konu ya da insan gruplarına yönelik taşıdığı devamlılık gösteren duygu, inanç ve davranış eğilimleri takımı olarak tanımlamıştır(83).

1.7.8.1.Tutum Davranış ilişkisi

Tutum da birçok psikolojik değişken gibi doğrudan gözlenip ölçülemeyen ancak varlığı sözel ve davranışsal belirtilerden anlaşılabilen bir değişkendir. Bu yönüyle davranışların tutumları içerdiği, bir başka deyişle tutumların davranışlara yön veren bir değişken olduğu sayılması tutumların ölçülmesinin önemini arttırmaktadır. Tutumları ölçmenin olası davranışlar hakkında bir fikir vereceği varsayımı, davranışta istenilen yönde bir değişiklik oluşturulmak istenildiğinde öncelikle tutumları değiştirme fikrine önem katmaktadır. Günümüze dek yapılmış tutum araştırmaları tutum ve davranış arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koyma açısından önem taşımaktadır. Tutumlarla davranışlar arasında bir ilişkinin olması, ölçülmesi güç olan bir davranışın ölçülmesini kolaylaştırmaktadır. Aynı şekilde belirli düzeyde bir tutum aynı yönde bir davranışın kestirilmesinde bir araç olabilmektedir. Bir tutum objesine yönelik tutumun o objeye ilişkin sadece bir davranışın değil birden çok davranışın göstergesi olabilmesi de tıp bilimciler açısından önemlidir. Bu noktada tutum ve

davranış ilişkisi açısından bilim adamları farklı görüşlere sahiptir. Örneğin, Edwards (1957) tutumlar ve davranışların çok yakın ilişkide bulduklarını söylerken (27) Fishbein aksini iddia etmektedir:

“...Yetmiş beş yıllık tutum araştırmaların sonunda hala, birinin bir objeye yönelik tutumunun o objeye yönelik davranışını kestirebilecek bir bilgi olduğu yönündeki hipotezi sağlayacak kesin bir kanıt yoktur...”

(Akt. Wapnick, J. (1976). A Review of Research On Attitude And Preference. 48, 1–20)

Underwood (2003) ise tutumların, bireylerin davranışlarının ne olacağı hakkında bir yordayıcı olabileceğini savunmaktadır. Underwood tutumların a)güçlü ve tutarlı, b)bireysel deneyimlere dayalı, c) özellikle de gerçekleşebilecek davranışla ilgili olması durumunda insanların davranışlarını kestirmede bir araç olabileceğini söylemektedir (83).

Noll ve Scannell tutum ölçekleri puanları ve davranışlar arasında 0,50 ve 0,60 düzeyinde bir korelasyon olduğu sonucuna varmışlardır (Akt. Wapnick, 1976). Onlara göre bu sonuç yakın bir ilişkiyi içermemekle birlikte eğilimleri belirlemede önemli bir bulgudur. Tutum puanlarının geçerliğinin yüksekliği davranışla ne kadar yakın ilişki kurduklarına bağlıdır. Tutumlarla davranışlar arasında bir ilişki görebilmek için tutumu içeren sözel ifadelerin daha çok davranışa yönelik olması ve sınırlandırılmaması gerekmektedir (Wapnick, J. (1976). A Review of Research On Attitude And Preference. 48, 1–20), (83).

1.7.8.2.Tutumlar Neden Ölçülür?

Duygular, tutumlar ve inançlar kıyaslandığında en değişken yapı olarak duyguları, ardından tutumları ve en statik yapı olarak da inançları görebiliriz. Örneğin

bir kişinin duyguları anlık olup o anda olup bitenlerden derin bir şekilde etkilenebilmektedir. Ancak aynı bireyin bağlı olduğu siyasi oluşumun ilkelerini ya da inandığı dinin kurallarını sorgulaması ya da terk etmesi daha zor görülen bir değişim sürecidir. Tutumlar ise bu noktada duygular ile inançlar arasında kalmakta ve bu ikisinden etkilenebilmektedir. Underwood'a (2003) göre de tutumların zor olmakla birlikte değişmesi imkansız değildir. Tutumlarla davranışlar arasında bir ilişki olduğu sayılına güvenildiğinde tutumların davranışları, bir başka deyişle davranışların da tutumları etkileyebileceği düşüncesi ortaya çıkmaktadır (83). Arul (2002) bu durumda değişen tutumların davranış değişiklikleri yaratabileceği ya da değişen davranışların tutumları değiştirebileceği söylenebilir. Bu durumda bir tutumun bir boyutunu oluşturan bir davranışı değiştirebilmek için tutumun başka bir boyutundaki davranışı değiştirmek yeterli midir? sorusunu sorabiliriz. Bu durumda tutumların değişip değişmediğinin, değiştiyse de ne derecede değiştiğinin belirlenmesi gerekmektedir. Arul'a göre tutumların ölçülmesinin gereği tutumların değişmesi üzerine yapılan deneysel ve benzer çalışmalarda iyice önem kazanmaktadır (10).

Özellikle de tıp araştırmalarında tutumların ölçülmesi davranışlarla olan yakın ilişkisi üzerine dayandırılmaktadır. İstenen davranış değişikliklerinin oluşturabilmesi için benzer yönde tutumların da değiştirilmesi düşüncesi yer almıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde tıpın diğer alanlarında olduğu gibi ölüm alanında da tutumlar, önemli bir değişken olarak incelenmektedir. Bu sebepten tutumlar ölüm araştırmalarında sıklıkla incelenen ve akademik başarıya yön verebilen en önemli değişkenlerden biri olmuştur. Lao ve Kuhn (2002) ise tutumların sabit olmayıp geliştirilebileceğine dikkati çekmektedirler (Lao, J.; Kuhn, D. (2002). Cognitive Engagement And Attitude Development, Cognitive Development, Sayı:17, 1203–1217) (10).

Ülkemizde ölüme ilişkin tutumları ölçme amacıyla hazırlanan ölçme araçlarının sayısı araştırıldığı kadarıyla oldukça azdır. Ölüm alanındaki çalışmaların bilimsel niteliğini arttıracak bu tür ölçme araçlarının gerekliliği günden güne artmaktadır.

1.7.8.3. Ölüm Tutum ve Ölçekleri

Ölüm hakkında yapılan psikolojik çalışmaların başlangıç tarihlerine baktığımızda, A.B.D.'nde ve Avrupa'da 1920'lere kadar uzandığını görürüz. Ölümün birçok açıdan incelenebilecek bir olgu olması, konuyla ilgili çok sayıda araştırma ve çalışma yapılmasına sebep olmuştur.

A.B.D.'nde ölüme ilgili çalışmalar içinde klasik hale gelen bir çalışma, Herman Feifel'in editörlüğünü yaptığı "Ölümün Anlamı" (The Meaning of Death) adını taşıyan ve ilk baskısı 1959' da yapılan eserdir Eser, 12 makaleden ve ölüme teorik bakış tarzları, ölüme gelişimsel yönelmeler, çeşitli alanlarda ölüm kavramı, klinik ve deneysel çalışmalar olmak üzere beş bölümden oluşmuştur.

Diğer bir klasik eser, İsviçreli Elisabeth Kübler-Ross'un "Ölüm ve Ölme Üzerine" (On Death and Dying) ismini taşıyan, 1969 tarihli eserdir Bu eserde, kendinden sonraki çalışmalara kaynak olma özelliğini taşımaktadır. Kübler-Ross, bu çalışmasında, ölmekte olan 200 hastanın ölüm karşısındaki tutumlarını tespit etmeye ve ayrıca hastaların, doktorlarla, hemşirelerle ve aileleriyle olan ilişkilerini tespit etmeye çalışmıştır. Kübler-Ross, araştırma sonucunda, hastaların ölüme karşı tutumlarında değişiklikler gösterdiklerini ve bu değişim sürecinin beş safhada toplanabileceğini ifade eder. Bu safhalar sırasıyla, inkâr ve tecrit, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Ölüm tutumlarının (Neimeyer ve arkadaşları 2003) daha geniş ölçüde ölçülmesindeki değerlendirme araçlarının sürekli geliştirilmesi ve geçerliliğinin

saptanması, ilgili literatürde yayımlanan Death Studies ve Omega gibi önde gelen uluslararası yayınların genişlemesi ve ölüm ve kayıp konusundaki araştırmaların sunumunu arttıracak Death Education and Counseling (ADEC) gibi profesyonel organizasyonların ortaya çıkması önemli katkıda bulunmuştur (56,63,85,87).

Ölümlle ilgili tutumların ölçülmesi için 50 yıldır yapılan araştırmalarda değişik sonuçlar elde edilmiştir. Bunlar; ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu, ölüm tehdidi, depresyon, kabullenme ve diğer 4 farklı konudan ayrı olarak ölümlle başatme, ölüme teslim olmak ve çabuk ölüm isteği (55).

Ölümlle ilgili olarak Sabom tarafından yapılan ve 1981'de "Ölüm Anıları" ismiyle yayınlanan farklı bir çalışma dilimize 1992'de çevrilmiştir. Sabom'un, Mayıs 1976 - Mart 1981 arası süren beş yıllık araştırmalarını içermektedir. Bu araştırma, kardiyoloji bölümünde kalp krizi geçirmek suretiyle ölüme yakın deneyimler geçiren hastalar üzerinde yapılmıştır. Hastanın ölüme yakın deneyim geçirmesi, hastaların ifadelerine göre, 20 saniye-30 dakika arası süren, bedenle olan ilişkinin kesintiye uğramasıyla birlikte, acıyı duymamak, kendi vücuduna yapılan tıbbi müdahaleleri ve konuşmaları birkaç metre üstten görmek ve duymak, huzur hissetmek, ışık ve parlaklık görmek, ölen yakınlarıyla görüşmek gibi duyguları, şuurlu olarak tecrübe etmesi demektir. Araştırma sonuçlarına göre, ölüme yakın deneyim geçirmiş kişilerin ortak özelliği ölüm korkularının yok denecek kadar azalması, dahası bu azalmanın aylar, hatta yıllar sonra da değişme göstermemesidir. Sabom, bu tespitlerini Templer'in (1970) Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Dickstein'in (1972) Ölüm İlgisi Ölçeklerini kullanmak suretiyle elde ettiğini ifade etmiştir.

Ölüme yakın deneyimleri konu edinen diğer bir çalışma da, Raymond A. Moody'nin, 1983'de dilimize çevrilen "Ölümden Sonra Hayat" (Life After Life) adlı eseridir. Moody, 150 olaydan oluşan çalışmasında, Sabom'un bulgularıyla paralellik

gösteren sonuçlar elde etmiştir. Moody de, ölüme yakın deneyim geçirenlerin çoğunun, ölüm korkusundan kurtulduğuna dikkat çekmiştir. Ancak ölüm korkusunun azalmasına, kişilerin yaşadığı ölüme yakın deneyimin mi yoksa, ölüme çok yaklaşılmaya rağmen ölümden başarıyla kurtulmuş olmanın verdiği ferahlığın mı yol açtığı, bu çalışmada belirgin bir şekilde ortaya konulmamıştır. Fakat Sabom, ölüm korkusunun azalmasında ölüme yakın deneyimin doğrudan etkisi olduğunu iddia ederken, hastaların aynı deneyimi tekrar yaşamak isteğinde olduklarını söyler ve ölmenin kolay, acılardan kurtuluş olduğu, ferahlık ve huzur verdiği düşüncesi oluşmasıyla ölüm korkusunda azalma meydana geldiğini ileri sürer. Bu durum bize göre, bu tecrübeyi geçiren bireylerin, böyle bir düşünceye sahip olmalarıyla, ölüm ve ölüm ötesi hakkındaki bir çok belirsizliğin ortadan kalkmasından dolayı, ölüm korkularının azalmasına sebep olabileceğini göstermektedir (44).

Ölüm Ölçekleri

Psikoloji alanında, özellikle 1930'lu yıllardan sonra, ölüm ve ölüm sürecine yönelik tutumlar, bilimsel bir problem olarak incelemeye ve araştırmaya başlandı (Becker ve Bruner 1931, Schilder ve Wechsler 1934, Middleton 1936). Bu çalışmaların, ölüm korkusu ve ölüm kaygısı üzerinde yoğunlaşmış olduğu görülmektedir (Lester 1971, Edmunds 1981, Florian ve Kravetz 1983). Bu araştırmalardan elde edilen bulgular, ölüm kaygısı veya ölüm korkusu ile bazı değişkenler (cinsiyet, yaş, din, ekonomik düzey, meslek türü, ırk gibi) arasında korelasyonların bulunduğu işaret etmektedir. Örneğin, bazı çalışmalarda cinsiyet değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir korelasyon olduğu; bir başka ifadeyle kadınların erkeklerden daha çok ölüm kaygısına kapıldıkları saptanmıştır (Templer ve ark. 1974, Iammarino 1975), (90,93).

Mazor ve arkadaşlarının (2004) ölüm ile ilgili yeni ölçek geliştirme CAD (Concerns About Dying Instrument) ile ilgili çalışmada benzer ölçeklerden DAP-R ve benzeri ölçeklerden faydalanmış, ölçeğin sonucunda ölüm ile ilgili genel kaygılar, sprialite ve hastaların kaygıları olmak üzere üç bağıntı ortaya çıkmıştır(54,71).

Schwartz ve arkadaşlarının (2003) ölümü ölçen ölçeklerin geçerlik çalışmasında Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R) ölçeği sağlık profesyonellerinde uygulanmış, ölçeğin geçerlik açısından uygun bulunmuştur (54,71).

Söz konusu araştırmalarda değişik biçimlerde geliştirilmiş çok sayıda ölçeğin kullanıldığı gözlenmektedir. Bu ölçeklerden bazıları şunlardır: Lester'in (1967) Ölümüne Yönelik Tutumlar Ölçeği; Boyar (1964), Sarnoff-Corwin (1959) ve Collett-Lester (1969) tarafından geliştirilen üç ayrı Ölüm Korkusu Ölçeği; Dickstein'in (1972) Ölüm İlgisi Ölçeği; Templer'in (1970) Ölüm Kaygısı Ölçeği; Neimeyer ve ark.'nın (1986) Ölüm Tutum Repertuar Testi; Conte ve ark.'nın (1982) Ölüm Kaygısı Anketi; Lynch'in (1976); Ölümü İmgeleme Potensiyeli Ölçeği; Kurlychek'in (1976) Ölümü Kabullenme Ölçeği; Feldman ve Hersen'in (1967) Ölümüne İlişkin Sorular Ölçeği, Wong ve ark.'nın (1994) Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği gibi (90,93).

Yukarıda verilen örneklerden de anlaşılacağı üzere ölüm, çok boyutlu bir kavram olarak görülmüş ve değişik yönleriyle ele alınmıştır. Nitekim ölüm kavramına temel ilkeleri arasında önemli yer veren varoluşçu psikolojiye göre ölüm, insanı bir takım ikilemlerle karşı karşıya bırakarak onun hayata ilişkin korkular, kaygılar ve anlamsızlıklar yaşmasına neden olmaktadır. Çünkü ölüm, insan tarafından belki de yaşamın anlamını içinde saklayan en büyük gizem olarak algılanmaktadır (55,97,90).

Bu noktada ölüm tutumları sadece ölüm kaygısı ve ölümü kabullenme değildir. Literatürdeki bu eksiklik, Wong, Reker ve Gesser (1994) dikkatini çekmiş ve

araştırmalarda kullanılabilir bir ölçek geliştirmelerine neden olmuştur (56,63,85,87).

Ölüm olgusu ve ölüme ilişkin olaylar, Batılı bilim adamları ve düşünürleri tarafından ilgi görürken, Türkiye’de bu konuya akademik çevrelerce gereken önemin verilmediği gözlenmektedir. Oysa, özellikle günümüzde kitle iletişim araçlarının (gazete ve tv. gibi) ölüm ve ölüme ilişkin birçok konuyu (cinayet, trafik kazaları, terör vb.) çok sık olarak okuyucuya ve izleyiciye iletirken insanların bundan bir şekilde etkilenmediğini ya da etkilenmeyeceğini söylemek doğru olmaz. Ancak, böyle bir ilişki, bilimsel yöntemler ve araçlar kullanılarak yürütülecek araştırmalarla ortaya konabilir. İşte bu noktada, en çok ihtiyaç duyulan şey geçerliği ve güvenilirliği saptanmış ölçekler olacaktır.

Çalışmamızda bu ihtiyaçı kısmen de olsa karşılayabileceğini düşündüğümüz bu ölçeği Türkçeye kazandırmayı amaçladık.

1.7.8.3.1. Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R) :

Son 50 yıl içinde ölüm tutumlarını değerlendirmek üzere birkaç tip ölçek ve çalışma kullanılmıştır; direkt ve indirekt değerlendirme benzeri kendinden bildirimli soru formları ve resim çizimleri gibi. Aynı zamanda çalışmalar, sunulmuş üç ölüm kaygısı seviyesini (bilinçli, fantezi ve bilinç seviyesinin altı) anlamak umuduyla bilinçli ve bilinçsiz ölçümlere odaklanmışlardır (56,63,85,87).

Neimeyer ve Fortner ölüm tutumlarının ölçülmesindeki bazı güçlüklerini sunmuşlardır ve ölüm kaygısı araştırmasındaki bulguları gözden geçirmişlerdir. Ölüm tutumları araştırmasının üç yaygın eleştirisi şunlardır; (a) tek boyutlu skalalar kullanılması, (b) skalaların ötesinde teori olmaması ve (c) ölüm tutumlarının

ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin geçerliğinin ve güvenilirliğinin sorgulanabilir olması (56,63,85,87).

Neimeyer ve Fortner ölüm tutumlarının çok boyutlu olduğunu, bu ana kadar yapılmış araştırmaların çoğunun tek bir tutuma veya ölüm kaygısının bir tek boyutuna odaklandığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, onların incelemeleri ölüm kaygısı araştırmasının tek bir boyutundaki bulguları bildirmişlerdir (56,63,85,87).

Bir kimsenin hayatla başa çıkma tarzının önemi ölümü kaygısı araştırmasını yorumlarken hatırlanacak tekrarlayan bir temadır. Yine de, bu bulgular ölüm kaygısına tek boyutlu odaklanma, temelde bir teori olmaması ve sorgulanabilir skalalar kullanılması sayesinde sınırlanır (56,63,85,87).

Wong, Reker ve Gesser (1994) ölüm tutumlarını sadece ölüm kaygısı ve ölümü kabullenme olmadığını öne sürmektedir. Onlar, ölüm tutumlarını var oluş teorisinde kök salmış ve aşağıdaki beş ölüm davranışını içeren çok boyutlu bir modelini sunmaktadır (56,63,85,87);

(a) Ölüm Korkusu, korku bir kimse ölüme yaklaştığında meydana gelir.

(b) Ölümden Sakınma, bir kimsenin sayesinde ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçtığı bir savunma mekanizmasıdır.

(c) Tarafsız Kabullenme, ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu anlamaktır.

(d) Yaklaşım Kabullenme, ölümden sonraki hayata, ölümün öbür dünyaya bir geçiş olduğuna inanma

(e) Kaçış Kabullenme, ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik açısından kurtaracağına inanma (56,63,85,87).

Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) (Wong ve ark. 1994) ölüm tutumlarının beş boyutunu ölçmektedir; *Ölüm Korkusu*, *Ölümden Sakınma*, *Yaklaşım Kabullenme*, *Kaçış Kabullenme* ve *Tarafsız Kabullenme*. Feifel'in (1990) öne sürdüğüne ve Wong ve arkadaşlarının desteklediğine göre bu beş tutum birbirine zıt değil fakat kolay olmayan bir uzlaşmada birlikte var olmaktadır (Wong ve ark. 1994; s.124). ilaveten, Wong ve arkadaşları ölüm tutumlarının hem olumlu hem de olumsuz yönlerinin kişisel anlam verme uğraşında gerekli olduğunu öne sürmektedir (56,63,85,87).

Wong ve arkadaşları, ölüm korkusunu “spesifik ve bilinçli” ve ölüm kaygısını “daha genel ve belki de bilince ulaşamama” olarak tanımlayarak ölüm korkusunu ölüm kaygısından ayırırlar. Dolayısıyla kendinden bildirimli soru formlarında ölüm kaygısı yerine bilinçli ölüm korkusu fenomenini ölçme girişiminin daha güvenilir ve geçerli olduğunu görmektedir (56,63,85,87).

Wong ve arkadaşları (1994) kendi beş alt boyutunun her birinin tanımını açıklamaktadır. **Ölüm korkusu**, bir kişinin ölümle yüz yüze geldiğinde hissettiği korku hissidir. **Ölümden Sakınma**, ölüm kaygısını azaltmak umuduyla ölümü düşünmekten ve onun hakkında konuşmaktan kaçınmadır. Dolayısıyla, **Ölümden Sakınma** bir kimsenin ölümü kendi aklından uzak tutmada kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. **Tarafsız Kabullenme**, ölümün yaşamın bir parçası olduğuna inanmaktır bu şekilde bir kimse ne ölümden korkar ne de onu kabul etmektedir; kişi sadece onu yaşamın değiştirilemeyecek gerçeklerinden biri olarak kabul eder ve sınırlı hayattan en iyi şekilde istifade etmeye çalışır. **Yaklaşım Kabullenme**, ölümün diğer hayata geçiş olduğunu düşünüp, mutlu bir ahiret hayatına inanmaktır. **Kaçış Kabullenme**, ölümün fiziksel veya psikolojik ağrıdan ve hayatın sıkıntılarından rahatlama sağladığına inanmaktır. Hayatın acı ve sefalet dolu olduğunda ölümün hoş karşılanabilecek bir alternatif olabileceğine inanmaktır (56,63,85,87).

Clements ve arkadaşlarının yaptığı DAP-R geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında orijinalindeki beş alt boyuttan farklı olarak 6 faktör bulunmuş. İlk dört faktör Ölüm Korkusu, Ölümden Sakınma, Yaklaşımı Kabullenme ve Kaçışı Kabullenme olarak bulunmuş, Tarafsız Kabullenme boyutunda bir alt faktör daha ortaya çıkmıştır (19).

DAP-R, hem geçerlilik hem de güvenilirlik bakımından psikometrik açıdan sağlamdır ve mevcut en iyi ölüm davranışları ölçülerinden biri olduğu bildirilmektedir. Şimdiki çalışmaya bir zemin oluşturmak amacıyla DAP-R'yi kullanarak bulunanları özetlemek yardımcı olur. (19,56,63,85,86,87).

DAP-R ile elde edilen deneysel bulgular:

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından sunulduğu şekilde DAP-R den elde edilen deneysel bulguların bir özeti aşağıda bildirilmektedir (56,63,85,87,88):

Yaşın Ölüm Korkusu, Tarafsız Kabullenme ve Kaçışı Kabullenme üzerinde anlamlı bir etki yaptığı saptanmıştır. Genç yetişkinlerle karşılaştırıldığında yaşlı yetişkinler anlamlı derecede daha az Ölüm Korkusu ve anlamlı derecede daha fazla Tarafsız Kabullenme olduğunu bildirmişlerdir. Yaşlı yetişkinler genç ve orta yaşlı yetişkinlerden anlamlı derecede daha fazla Kaçışı Kabullenme ve orta yaşlı yetişkinlerden daha çok Yaklaşımı Kabullenme rapor etmişlerdir (56,63,85,87,88).

Erkekler ve kadınlar arasında ölüm tutumları bakımından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Kadınlar Yaklaşım ve Kaçış Kabullenme bakımından erkeklerden anlamlı derece daha çok olmalarına karşın, erkekler Ölümden Sakınma konusunda kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek bir puana sahiptirler (56,63,85,87,88).

Ölüm davranışları ve başarılı yaşlanma arasındaki ilişkiye gelince birkaç olumlu ilişki saptanmıştır; (a) psikolojik sıkıntılı ölüm korkusu ve depresyon, (b)

psikolojik sıkıntılı Ölümden Sakınma ve orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler; (c) yaşlı yetişkinlerde depresyonlu Ölümden Sakınma; (d) psikolojik ve fiziksel sağlıklı Tarafsız Kabullenme; (e) yaşlı yetişkinlerde subjektif sağlıklı Yaklaşımı Kabullenme. Wong ve arkadaşları (1994) ölümden sonraki hayatı daha çok kabullenen yaşlı yetişkinlerin daha psikolojik sağlık ve daha düşük depresyon yaşadıklarını söylediler. Kaçışı Kabullenme genç yetişkinlerde düşük beden sağlığıyla bağlantılı olduğu saptanmıştır (56,63,85,87,88).

Wong ve arkadaşları (1994) hem Tarafsız Kabullenmenin hem de Yaklaşım Kabullenmenin hayatın anlamıyla olumlu şekilde ilişkili olduğunu fakat sadece Yaklaşım Kabullenmenin aynı zamanda ölümün anlamıyla pozitif biçimde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Wong (2000) bu bulgulara dayanarak Yaklaşım Kabullenmenin ölüme yaklaşmanın bir optimal yolu olabileceğini öne sürmüştür (56,63,85,87,88).

Tarafsız Kabullenme, psikolojik ve fiziksel sağlıkla olumlu biçimde ve depresyonla olumsuz biçimde ilişkilidir. Yaklaşım Kabullenme yaşlılarda sağlıkla ve depresyon eksikliğiyle ilişkilidir. Wong ve arkadaşları Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutlarının ikisi birlikte depresyona ve ölüm korkusuna en iyi ilaç olabileceği sonucuna varmışlardır (56,63,85,87,88).

Özetlenecek olursa, ölümlle yüz yüze geldiklerinde yaşlı yetişkinler diğer yaş gruplarından daha az korku yaşama ve ölümü diğer hayata açılan bir yol ve sıkıntılardan kurtulma olarak daha çok kabullenme eğilimi göstermektedir. Erkekler, ölüm konusundan kaçınma eğilimi gösterirken; kadınlar ölümü diğer hayata açılan bir yol ve sıkıntılardan kaçış olarak kabul etmişlerdir. Ölüm Korkusu, Ölümden Sakınma ve Kaçış Kabullenme depresyonla ve düşük beden sağlığıyla ilişkili olduğu

gözlenmiştir. Ölümü diğer hayata bir geçiş, hayatın bir doğal parçası olarak kabullenme ve psikolojik sağlıkla bağlantılı olduğunu gözlemişlerdir (56,63,85,87,88).

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ:

Ölüm tutumlarını ölçmek için Wong ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş olan Ölüm Karşı Tutum Ölçeği (DAP-R) kullanılmıştır.

DAP-R ölümün var olduğu görüşüne dayanır, çeşitli ölüm davranışlarını ölçek (Ölüm Korkusu, Ölümden Sakınma, Tarafsız Kabullenme, Yaklaşımı Kabullenme ve Kaçışı Kabullenme) ve olumlu bir iç tutarlılık, test-retest güvenilirliği, yaklaşan güvenilirlik, yapı geçerliliği ve faktöryel geçerlilik sergilediği bulunmuştur (56,63,85,87).

DAP-R yanıtçılarının (kesinlikle katılmıyorum – tamamen katılıyorum arası) 7 puanlı bir Likert skalasını kullanarak 32 maddeye katılıp katılmadıklarını belirtmelerini isteyerek ölüm davranışlarını ölçek. İlaveten, maddelerin yarısı ters puanlandırılır. DAP-R de yer alan avantaj, onu düşük ölüm kaygısı ölçüsünün bir sonucu varsaymak yerine ölümü kabullenme tipini ve miktarını doğrudan değerlendirebilmesidir (56,63,85,87).

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan orijinal çalışmada, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin tamamı için *Cronbach Alpha katsayısı* 0,76 olarak bulunmuştur, bunun yanında elde edilen alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları ise; “Tarafsız Kabullenme”:0,65, “Yaklaşım Kabullenme”: 0,97, “Ölümden Kaçınma”:0,88, “Ölüm Korkusu”:0,84 ve “Kaçış Kabullenme”: 0,84 olarak belirlenmiştir (56,63,85,87).

1.7.9. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMALARI

Son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu, farklı bir kültürde geliştirilmiş olup ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir (26,37,50,70,73).

Belirli bir dilde ve kültürde geliştirilen birçok ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örneklem özellikleri taşır. Bir kültürde geçerli ve güvenilir olarak belirlenen bir test başka bir kültürde bu özelliklere sahip olmayabilir (79,89). Bir ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları, ölçek uyarlaması olarak adlandırılır (6,40,58).

Amerikan Psikoloji Derneği (APA) saptamalarına göre her yıl 20.000'i aşkın ölçek yayınlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa ülkelerinde psikologların kurumsal desteklerinin de olması nedeni ile ölçeklerin büyük çoğunluğu bu ülkelerde geliştirilmektedir (73,89). Bu ülkelerde geliştirilmiş ölçeklerin uyarlama çalışmalarının yapılarak diğer ülkelerde kullanılması beklenen bir sonuç olmaktadır. Ölçeklerin uyarlama ve standardizasyonu yolu ile yerel kullanıma kazandırılması hem Türkiye'de hem başka ülkelerde psikoloji araştırmaları arasında önemli bir yer tutmaktadır (26,58,59,70,73).

Ölçek uyarlamasında ortaya çıkabilecek problemler nedeni ile çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçlarının toplumların kültürel ve sosyal yapılarına uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir. Kuşkusuz kendi toplumumuzun kültürüne özgü yeni ölçeklerin geliştirilmesinin birçok yararı olmakla birlikte ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin de bazı nedenleri bulunmaktadır. Öncelikle uluslar arası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçeye kazandırarak

kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamak için geçireceği süreyi kısaltmaktadır. Alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı süreyi artırır ve araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar (70,73).

Ölçek uyarlama çalışmaları, ülkeler ve araştırmacılar arasında teknik bilgilerin (istatistiksel analiz, bilgisayar paket programlarının kullanımı, programlama becerileri) yaygınlaşması, uluslar arası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması ve yazışmalar yolu ile bilgi alışverişinin sağlanması gibi bireysel olduğu kadar ülkeler açısından da kazançlar sağlamaktadır (70,73).

Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlama aşamasında psikolinguistik (anlatım, dil) problemler, deneysel ve istatistiksel tekniklerle en az indirgendiğinde ölçeklerin bir çok global kavramları ölçebileceği ve uluslar arası/kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır (6,58,59,70,73).

Uyarlama çalışmalarında, bir ölçeği geliştirirken izlenen basamakların ve yürütölen işlemlerin pek çoğu, hatta hemen hepsi ölçek uyarlaması için de gerekli ve zorunludur. Hatta bazı noktalarda, orjinalinde yapılanlardan daha fazlasının yapılması gerekmektedir. Uyarlama aşamaları, ölçekteki anlatımların/maddelerin eş gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin, iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişmeler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden, bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemleri içermektedir. Bu aşamalarda, araştırmacının sezgileri kadar, istatistik tekniklerin ustaca kullanılması da önem kazanmaktadır. Bu nedenle uyarlama çalışmaları birinci sınıf araştırma becerilerinin sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir (6,73).

Uyarlanan bir ölçek, başkaları tarafından da hazır bir araç olarak kullanılabilirdiğinden, ölçek uyarlama büyük bir sorumluluğu da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda araştırmacılar, yalnızca kendi kullanımlarından değil,

aynı zamanda meslektaşlarının kullanımlarından da sorumluluk duymalı ve gerekli uyarılarda bulunmalıdır (6,40,73).

Ölçek uyarlamalarında sıklıkla gözlenen hatalı bir durum, farklı bir kültürde geliştirilen ölçeği uyarlayanların asıl hedeflerinin, bir araştırma sorusuna yanıt aramak olduğu, ölçek üzerinde yapılan çalışmanın ise bir ön hazırlık, bir yan ürün olarak ortaya çıktığıdır. Diğer bir deyişle ölçek uyarlamak birçok araştırmanın asıl amacı değil öncelikli amacı olmaktadır. Temel amaç bu ölçeğin kullanılacağı araştırmaya göre değişir ve araştırmacı amaca ulaşmak için oldukça zahmetli, karmaşık ve zaman alan bu öncelikli amacı gerçekleştirmek zorundadır. Araştırmacının, temel amacına ulaşmak için kullanacağı ölçme araçlarının güvenilirliği ve geçerliği için harçayacağı çaba ve zaman, araştırmacının enerji, zaman ve kaynaklarının büyük bir kısmını harcamasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda araştırmanın temel amacına yönelik yapılacak çalışmalara yeterince zaman ayıramamakta, bu temel bölüm zayıf kalabilmektedir (6,73).

Farklı bir kültürde geliştirilip uyarlama yapılmak istenen ölçeğin diğer kültürlerde, dillerde uygulanabilir ve anlamlı olması için sistematik bir şekilde incelenmesi ve üzerinde çalışılması, yürütülen çalışmaların büyük bir dikkatle gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hatta basit gibi görünen çevirilerin bile özenli yapılması zorunlu olmaktadır (58,59,70) Ölçek uyarlama aşamaları; psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması, psikometrik özelliklerin incelenmesi ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasını içermektedir (70).

1.7.9.1. PSIKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Uyarlama çalışmaları ölçeğin Türkçe'ye çevrilip amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması ile başlamaktadır. Hemşirelik literatüründe kültürlerarası çalışmalar değerli ve önerilen çalışmalardır ancak ölçeklerin çeviri süreçleri ya da çeviri metodlarının birbirine üstünlüğü avantajları dezavantajları konusunda yeterince çalışma yoktur (16,40).

Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için ölçeğin bir dilden başka bir dile çevrilmesi basit bir çeviri işleminden çok daha öte çalışmaları gerektirmektedir. Yapılan işlem "çeviri" işlemi değil "uyarlama" süreci olmalıdır çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir. Bu değişim, kaçınılmaz olanaksız, dilden kaynaklanan (psikolinguistik) farklılıklardan ortaya çıkmaktadır. Farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur. Ölçeklerin tek taraflı çevirisi ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur ancak bazı sınırlılıkları vardır. Çevirinin başarısı tamamen kişinin bilgi ve becerisine bağlıdır. Çeviren kişinin bilgi ve becerisi iyi olsa bile yine de tek başına yeterli bir yöntem olmamaktadır. Yapılan çalışmalar, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir (6,16,59,70).

Geri çeviri yöntemi daha az ekonomik ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına karşın kültürlerarası ölçek uyarlamalarında en çok önerilen yollardan birisidir. Bunun için en az iki çevirmenin olması gerekmektedir. Çevirmenlerden biri ölçeği orijinal dilden hedef (kullanılacağı) dile çevirirken diğer çevirmen de kullanılacağı dile çevrilen formu, tekrar orijinal dile çevirmektedir. Tekrar çeviri ölçek çevirilerinde önerilen bir yol olmakla birlikte, bazen çevirmenler ölçek çevirilerinde

benzer sonuçlara ulaştığı ve görüş ayrılığı oluşmayan bir form elde edilmiş olsa bile kültüre uygun çeviri de yetersizlikler olmakta ve kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması gerekmektedir (16,60).

Dil geçerliliği için önerilen bir diğer yöntem de hedef gruba formun her iki dildeki şeklinin uygulanması ve sonuçların karşılaştırılmasıdır ancak, bu yöntemde her iki dili de iyi bilen hedef gruba ulaşma güçlüğü yaşanabilmekte ve ulaşılabilecek bu grubun özelliklerinin hedef grubun özelliklerinden farklı olma olasılığı riski taşımaktadır (50,70).

1.7.9.2. PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Psikometrik testler, temel psikometrik çalışmalara tabi tutulmuş ve psikometrik açıdan yeterliliği ortaya konmuş ölçme araçlarıdır. Bir ölçek geliştirilirken ya da Türkçeye uyarlanırken güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının yapılması temel psikometrik çalışmalardır. Yabancı kültürlerde geliştirilmiş bir ölçeğin sonuçlarının tutarlı olup olmadığının (güvenirlik), ölçmek istediği özellikleri ölçüp ölçmediğinin (geçerlik) Türk örneklerle tekrarlanması ölçeğin doğru bir şekilde kullanılabilmesi için ön koşuldur. Bu nedenle yabancı bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının birlikte yapılması gerekmektedir (30,46,79,80).

Güvenilir olmayan ölçme araçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olmamaktadırlar. Güvenilir olan bir ölçme aracı geçerli olabilir ya da olmayabilir. Güvenirliğin sağlanması geçerlik için bir ön koşuldur. Ancak geçerli olduğunu da göstermez. Ölçme aracının güvenilirliği aracın geçerliğinin güvencesi değildir. Ancak güvenilir olmayan bir aracın geçerliğine bakmaya gerek yoktur. Bu

nedenle ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulmaktadır (32,37,46,80).

1.7.9.2.1. GÜVENİRLİK

Ölçme aracının önemli teknik özelliklerinden biri olan güvenilirlik, “ölçme aracının ölçtüğü özelliği ya da özellikleri, ne derecede bir kararlılıkta ölçmekte olduğunun göstergesidir”. Güvenirliğin “bir ölçme aracında bütün soruların birbiri ile tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavram” olduğu başka bir tanıımıdır (4,78).

Güvenirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer bir deyişle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır; ölçülmek istenen belli bir değişkenin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır; ölçmenin rastlantısal yanılğılardan arınmış olmasıdır. Özetle güvenilirlik; değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlılığın sağlanmasını anlatır (37).

Ölçeğin Güvenirliğini Belirleme Yöntemleri

- Değişmezlik
 - Test-tekrar test
 - Paralel form
- Ölçümcü güvenirliği
 - Gözlemciler arası uyum
 - Gözlemciler içi uyum

- İç tutarlılık
 - Testi yarılama yöntemi
 - Madde istatistikleri/analizi
 - İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı hesaplama

Değişmezlik

1. Test-tekrar test güvenilirliği

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Bu yöntem, ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanır. Testin ölçtüğü nitelik sürekli değişkenlik gösterdiği durumlarda kullanılmaz (14,31,37,59,61,66,78).

Test-tekrar test güvenilirliğinin en kritik yönü, iki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığıdır. Bırakılan zaman aralığının çok kısa olması, yeniden anımsamayı kolaylaştıracağından, güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına neden olabilir. Zaman aralığı uzun tutulduğunda ise, iki ölçüm için “aynı koşullar”ın sağlanması olanaksız olabileceğinden, ölçülen özelliğe bazı değişimlerin oluşması sonucu güvenilirlik ölçütünün yorumu güçleşir (37,61,78).

Testin tekrarı birkaç gün ile birkaç aylık bir süreden sonra yapılabilir. Genellikle iki farklı yol izlenir. Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır ya da iki-dört hafta gibi bir ara verildikten sonra uygulanır. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon eşitliği kullanılmaktadır (37,61).

2. Paralel Form Yöntemi

Alternatif ya da eşdeğer form güvenilirliği olarak da anılan bu güvenilirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntem olup; iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanmasından elde edilen puanlar arası korelasyonlar Pearson Momentler Çarpımı formülü ile hesaplanır (37,78).

İki ölçeğin paralel olabilmesi için aynı değişkeni ölçmenin yanı sıra ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve faktör yapılarının, tiplerinin eşit olması gerekir. Bu özelliklerinden dolayı eşdeğer form ölçütlerini yerine getirebilme araştırmacılar için oldukça zordur (37,78).

Ölçümcü Güvenirliği

1-Gözlemciler arasındaki uyum: burada özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır (37,46,61).

2-Gözlemciler içi uyum: İki ya da daha fazla gözlemin, aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanması söz konusudur (46,61).

İç Tutarlılık

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara

sahip olduğu varsayımdır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. İç tutarlılık katsayısını hesaplamak için çok sayıda yöntem vardır. Veri türleri ve koşullar uygun olduğu sürece ölçme aracının güvenilirliğini sınamak ve pekiştirmek için birden fazla yöntem kullanılmalıdır (37,46,78).

1-Testi yarılama yöntemi (split-half tekniği): bir gruba uygulanan ölçme aracının soruları, iki eşit yarıya bölünür ve bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar arasındaki ilişki hesaplanır. Bulunan değer, iç tutarlılık hakkında bilgi verir. Testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek için Spearman Brown tarafından geliştirilen bir eşitlikten yararlanılmaktadır (37,78).

2-Madde analizi/madde toplam puan korelasyon katsayısı: gerek geliştirilen gerekse uyarlanan bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere başvuru olan diğer bir yöntem madde analizidir. Madde güvenilirliği olarak da bilinen bu yöntemde, her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanmaktadır. Madde toplam korelasyon katsayısının negatif olmaması gerekir. Kabul edilebilir olması için en az 0.20 olması gerekmektedir. Bu değer 0.20'nin altında ise güvenilirliği düşürücü etkisi nedeni o maddelerin çıkarılması gerekmektedir (66,78).

3-Cronbach Alpha katsayısı, Kuder-Richardson 20 ve 21: Homojen bir yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının bir tek uygulama ile güvenilirliğinin belirlenmesi, o ölçme aracının iç tutarlılığı hakkında bilgi verir. Bir tek uygulama ile güvenilirlik belirlemede çeşitli teknik ve formüller olmakla birlikte en çok kullanılanları Kuder Richardson 20-21 ve Cronbach Coefficient Alpha teknikleridir. Ölçeğin madde puanları süreksiz ise var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0

şeklinde KR 20 sürekli ise Cronbach Alpha hesaplanması gerekmektedir (31,37,58,59,60,61,78).

Cronbach Alpha katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütünü aşağıda verilen şekilde olduğunu belirtmektedir;

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ölçek yüksek derecede güvenilirdir (78).

Güvenirlilik katsayısının yorumu: Güvenirlilik katsayısı korelasyon hesaplamaları ile bulunur ve korelasyon katsayısı (r) olarak ifade edilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin “derecesi” ve “yönü” hakkında bilgi vermekte, -1 ile +1 arasında değerler almaktadır. Bir ölçmenin güvenirlilik katsayısı değerlendirilirken bu değerler pozitif sınırlar içinde ve oldukça yüksek olması arzu edilir. Değer +1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir. Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0.70 kabul edilebilir düzeydir (37,78).

1.7.9.2.2. GEÇERLİK

Geçerlik, “bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir”. Bir ölçeğin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğü ile ilgili bir kavramdır. Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir ve ölçeğin her kullanımında yeniden sınanması demektir (37).

Geçerlik süreci, yapılan test ya da ölçek yorumlarının geçerli ve güçlü bir bilimsel temele sahip olduğu konusunda kanıtlar toplamaktır. Terminolojik ve tanımsal farklılıklara rağmen ölçme aracı geliştirme ile ilgili olarak geçerlik türleri genelde kapsamla ilişkili, ölçütle ilişkili ve yapı ile ilişkili olarak gruplandırılır. İdeal bir geçerlik saptama bu üç kategoriyi de kapsayan bilgiyi içermelidir (39). Ölçek geliştirme ve uyarlama aşamalarında sık kullanılan geçerlik türleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (41,59,79):

- İçerik/kapsam geçerliği
- Ölçüt-bağımlı geçerlik
 - Yordama-kestirim
 - Eş zaman/her zaman
- Yapı geçerliği
 - Faktör analizi
 - Bilinen grup karşılaştırması
 - Hipotez sınanması/mantıksal analiz
 - Çok özellikli-çok yönetmeli matriks

Kapsam Geçerliği

Kapsam/içerik geçerliği, ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesidir. Bu geçerlik sınavının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek, anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (39,78).

İçerik geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. İçerik geçerliğini saptama öncelikle ölçek geliştirme çalışmalarında yapılması gereken bir aşama olmakla birlikte herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçüm aracını Türkçeye uyarlamak isteyen bir araştırmacı da bu mantıksal ölçütü kullanmalı, yani içerik geçerliğini sınamalıdır. Dilde eşdeğerliği sağlanan ölçek, konu ile ilgili uzmanların görüşüne sunularak daha rafine, anlaşılır ve anlamlı maddelerden oluşan bir uyarlama sağlanmaya çalışılır (37).

Ölçüt-bağımlı Geçerlik

En objektif ve en pratik olan bu geçerlik sınavasında ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Bu geçerlik ölçütünü değerlendirmek üzere iki yaklaşım vardır (29,37).

1-Yordama geçerliği: ölçekten elde edilen bir “yordayıcı puan” ile gelecekteki durumlarla ilgili bir “ölçüt”e ilişkin değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir. Bu geçerlik sınavmasında geliştirilmiş olan aracın ileriye dönük bir ölçüte göre bireyin davranışlarını ayırt edebilme yeteneği kanıtlanır (58,59,78).

2-Eş zamanlı/benzer ölçek geçerliği: Ölçek puanları ölçüm anında var olan bir ölçütle karşılaştırılır. Benzer ölçek geçerliği olarak da bilinen bu yöntemde, daha önceden geçerliği saptanmış olan bir ölçeğe gereksinim vardır. Bireyin her iki testten aldığı puanların korelasyonuna bakılır. Burada önemli nokta, karşılaştırılacak ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek olması gerekliliğidir (37,66,78).

Yapı geçerliği

Ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Ölçek geliştirme ya da uyarlama çalışmalarında yapı geçerliğinin çok önemli olduğu ve yapı geçerliği için ölçeklerde birinci derecede önemli taşıdığı ve geçerliğin yüreği olduğu belirtilmiştir (37).

1-Faktör analizi: ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi, açıklayıcı (exploratory) veya doğrulayıcı (confirmatory) olabilir (37,78).

Faktör analizinin adımları

- Ölçeğin faktör modeline uygunluğunun araştırılması, korelasyon matrisi oluşturularak diğer değişkenler ile ilişkili olmayan değişkenlerin belirlenmesi
 - Faktör sayısının belirlenmesi
 - Rotasyon ile faktörlerin daha iyi yorumlanabilir hale getirilmesi
 - Her birey için her faktörün skorunun hesaplanmasıdır.
1. Ölçeğin faktör modeline uygun olup olmadığının saptanması için aşağıdaki adımlar izlenmelidir;
- a. Amaç “temel bileşenleri ortaya koyma ve gizli yapılar arasındaki ilişkileri belirleme” olarak belirlenmelidir.
 - b. Örnek büyüklüğünün analize uygun olup olmadığının saptanması için değişik kurallar önerilmektedir. Bunlardan biri “10 kuralı”dır, değişken başına en az 10 katılımcı olmalıdır

- c. Faktör analizi korelasyon matrisi ile doğrusallık ön koşulu sağlamayan değişkenleri ölçekten çıkarmak için uygulanmaktadır. Bir faktörün kavramsal yapı ile ilgili olup olmadığına karar vermek için her değişken arası korelasyon katsayısı (faktör yükü) en az 0.40 olmalıdır. Literatürde en sık kullanılan kesme noktası 0.40 olmasına karşın bazı araştırmacılar bu sayının en az 0.35, bazıları da 0.30 olabileceğini vurgulamışlardır (41).
- d. Temel bileşenler analizi uygulandıktan sonra Keiser Meyer Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçüsü ve Barlett küresellik testi uygulanır. Örneklemden elde edilen verilerin yeterliliğinin saptanması için Keiser Meyer Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Bulunan değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altında ise kabul edilemez, 0.90'larda mükemmel, 0.80'lerde çok iyi, 0.70'lerde ve 0.60'larda vasat, 0.50'lerde kötü olarak belirtilmektedir. Barlett küresellik testi; ki kare istatistik değerini verir. Anlamlılık değeri 0.05'den küçük ise korelasyon matrisindeki beliren birim matrisinden farklı olduğu ve faktör modelinin kullanılabileceğini gösterir (41,78).

2. Faktör sayısının belirlenmesi

Temel bileşenler analizi sonrası açıklanan toplam varyans tablosu analiz sonucunda çıkarılan faktörleri gösterir. Kaiser kuralına göre özdeğeri bir'den büyük olan faktörler rotasyona tabi tutulur (41,78).

3. Rotasyon ile faktörlerin daha iyi yorumlanabilir hale getirilmesi

Orijinal faktör yüklerinden bilgi elde edilmesi, yorumlanması zordur. Bu nedenle faktör yapısını daha basit hale getirmek için onları belirli bir açı ile döndürmek gerekmektedir. Dik açılı döndürme işlemi faktörlerin birbiri ile korelasyona girmesini sağlar, genelde basit yorumlanması bakımından tercih edilir. Dik açılı döndürme yöntemleri Varimax, quartimax ve equimax olmak üzere üçe ayrılır. En sık kullanılan Varimax rotasyon yöntemi, faktör altında toplanabilecek değişkenlerin sayısını en aza düşürmeye çalışır. Eğer birden fazla bağımsız faktör/alt boyut ortaya çıkarmak amaçlandı ise yapılmaktadır (4,60).

2-Hipotez sınanması/mantıksal analiz: Yapı geçerliğinde sık kullanılan bir teknik hipotez sınanmasıdır. Eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Bu hipotezler araştırma sonuçları ile desteklediği zaman testin yapı geçerliği hakkında veri elde edilmiş olur. Araştırmacı ilgili kaynaklar doğrultusunda önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirirken test eder. Bu geçerlik ölçütü uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir (37,58,59,78).

3-Bilinen grup karşılaştırması: Bu yöntemle ölçmek istenilen özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır (37).

1.7.9.3. KÜLTÜRLERARASI KARŞILAŞTIRMA

Ölçek uyarlama çalışmasının bu aşamasında ölçeğin normları saptanır ve diğer dildeki ölçek normları karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır:

- Uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?
- Uygulanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?
- Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?
- Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?

Yukarıda sorulan soruların birçoğu, uyarlanan ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilirken kendiliğinden yanıtlanır. Bu sorulara istendik yanıtlar alınamıyorsa örneğin faktör yapısı örtüşmüyor ise bunun olası nedenleri araştırılmalı ve açıklanmalıdır (37).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, Wong, Reker ve Gesser tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)” olan “**Ölüme Karşı Tutum Ölçeği**”nin Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerliğini test etmek amacı ile metodolojik araştırma türüne uygun olarak planlanmıştır.

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır:

1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu
2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
3. Ölüm Kaygısı Ölçeği

1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu

Bireylerin özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen bireysel bilgi formu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, gibi sosyodemografik değişkenlere yönelik toplam 18 soru içermektedir.

2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”, 1994 yılında, Wong ve arkadaşları tarafından bireylerin ölüme karşı tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır.

DAP-R yanıtçılarının (kesinlikle katılmıyorum – tamamen katılıyorum arası) 7 puanlı bir Likert skalasını tutumlarını ölçmektedir. Beş ölüm tutumu içeren çok boyutlu bir modelini sunmaktadır. Ölçek 5 alt faktörden oluşmuştur; **Ölüm Korkusu** (7 madde), **Kaçış Kabullenme** (5 madde), **Tarafsız Kabullenme** (5madde), **Yaklaşım Kabullenme** (10madde), **Ölümden Kaçınma** (5madde).

Faktörlerin Tanımı

A.Ölüm Korkusu, korku bir kimse ölüme yaklaştığında meydana gelir.

B.Ölümden Kaçınma, bir kimsenin sayesinde ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçtığı bir savunma mekanizmasıdır.

C.Tarafsız Kabullenme, ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu anlamaktır.

D.Yaklaşım Kabullenme, ölümden sonraki hayata, ölümün diğer hayata bir geçiş olduğuna inanma.

E.Kaçış Kabullenme, ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik acısından kurtaracağına inanma.

Bütün maddelerin puanları “kesinlikle katılmıyorum (1)” ile “kesinlikle katılıyorum (7)” yönünde 1 den 7’ ye kadardır. Toplam ölçek puanını her bir ölçeği oluşturan madde sayısına bölerek her boyut için bir ortalama ölçek puanı hesaplanır.

Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Puanlama Anahtarı

Boyut	Maddeler
Ölüm korkusu (7 madde)	1,2,7,18,20,21,32
Ölümden kaçınma (5 madde)	3,10,12,19,26
Tarafsız kabullenme (5 madde)	6,14,17,24,30
Yaklaşım kabullenme (10 madde)	4,8,13,15,16,22,25,27,28,31
Kaçış kabullenme (5 madde)	5,9,11,23,29

DAP-R İç Tutarlılığı	2	3	4	5
1. Ölüm korkusu	0,47***	-0,12*	-0,40***	-0,28**
2. Ölümden kaçınma		0,02	-0,20**	-0,10
3. Tarafsız kabullenme			-0,07	-0,03
4. Yaklaşım kabullenme				0,57***
5. Kaçış kabullenme				-

*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

3. Ölüm Kaygısı Ölçeği:

(Ölçek geçerliliğini test etmede “benzer ölçekler geçerliği”nin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu yüzden Thorson ve Powell tarafından geliştirilen ve Yıldız ve Karaca (2001) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Ölüm Kaygısı Ölçeği” ile ilişkisi incelenecektir.)

Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışmasını 2001 yılında Yıldız ve Karaca tarafından yapılmış olup yeterli geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğu sonucuna

varılmıştır. Bu çalışmada “Ölüm Kaygısı Ölçeği”, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin yapı-kavram geçerliğinde hipotez sınanması yöntemi için karşılaştırmalı ölçek olarak kullanılmıştır. Her iki ölçeğin puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısının hesaplanmasıyla belirlenmiştir (96).

Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen ve 25 maddeden oluşan “Ölüm Kaygısı Ölçeği”nin 17 maddesi, “Tabutlar beni huzursuz eder” maddesinde olduğu gibi olumlu cümle yapısında, diğer 8 madde ise, “kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum” maddesinde olduğu gibi olumsuz cümle yapısındadır. Ölçekte 5 dereceli Likert formatı kullanılarak (*fikrime çok uygun; fikrime uygun; kararsızım; fikrime aykırı; fikrime çok aykırı*),

0'dan 4'e kadar, zayıftan kuvvetliye doğru puanlama yapılmıştır. Ölçeğe olumsuz cümle yapısında yerleştirilen maddeler puanlanırken, 4 ağırlık değerinde olanlar 0'a, 0 ağırlık değerindekiler ise 4'e dönüştürülmüştür. Yani tersine dönmüş ifadelerde 4 değerindeki (*fikrime çok uygun*) cevaplar düşük kaygıyı, 0 değerindeki (*fikrime çok aykırı*) cevaplar yüksek kaygıyı göstermektedir. Böylece ÖKÖ'den en düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilmekte olup, puanların yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

ÖKÖ' de bulunan olumlu cümle yapısındaki maddeler;

1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24. maddelerdir.

ÖKÖ' de bulunan olumsuz cümle yapısındaki maddeler;

4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25. maddelerdir (96).

2.3. KULLANILAN YÖNTEMLER

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

- Öncelikle araştırmacı tarafından ölçek Türkçeye çevrilmiştir.
- Daha sonra çevirisi yapılan ölçek İngilizceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 9 uzman tarafından Türkçeye çevrilmiştir.
- Ölçeğin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali ana dili Türkçe olan ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen ancak anketin İngilizce formunu görmeyen bir kişi tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir.
- İngilizceye çevrilen ölçek yeniden bir kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir.
- Türkçeye çevrilen son metnin kişilerin ilk metinleriyle aynı olup olmadığının değerlendirilmesi yapılmıştır.
- İngilizceye çevirinin ölçek ifadeleri ile karşılaştırılması yapılarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır.
- Türkçeleştirilen form bu kez de içerik geçerliliği açısından 8 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur.
- Uzmanlardan alınan öneriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe daha sonra son şekli verilmiştir.
- Bütün bu aşamalardan sonra son şekli verilen ölçek daha sonra ön uygulama için kullanılmıştır (6,16,23,37,46,59,70,73,92).

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Kapsam Geçerliliği Sağlamasına Yönelik

Çalışmalar

- Ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliliği açısından değerlendirmeleri için konu ile ilgili uzman sekiz öğretim üyesine verilmiştir
- Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Bu indekse göre uzmanlar maddeleri aşağıdaki ifadelerle göre değerlendirmişlerdir; **1. uygun değil** (1 puan), **2. maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir** (2 puan), **3. uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor** (3 puan), **4. çok uygun** (4 puan) (5).
- Uzman görüşlerinin ortalaması 2'nin altında olan madde olmadığı için ölçekten madde çıkarılmamıştır.
- Uzmanlar tarafından görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması 10 hemşireye uygulanmıştır.

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Psikometrik Uygunluğu: Güvenirlik ve Geçerlik Analizleri

Güvenirlik:

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” için kullanılan güvenilirlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo 1’de verilmiştir:

Tablo 1. Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılacak İşlemler

Güvenirlik Tekniği	Güvenirlik Tekniği İçin Yapılan İşlem
“Zamana Göre Değişmezlik” “Test-Tekrar Test Yönetimi”	Pearson’s Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
“İç Tutarlılık” (İnternal consistency) “İç Tutarlılık Katsayısı”	Cronbach Alpha katsayısı hesaplama Madde-toplam korelasyon katsayısı için , Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama

Geçerlik:

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” için kullanılan geçerlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo 2’de verilmiştir:

Tablo 2. Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılacak İşlemler

Geçerlik Tekniği	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlem
“Kapsam Geçerliği”	Uzman görüşü alma Kendall Uyuşum Katsayısı
“Yapı-Kavram Geçerliliği” “Faktör Analizi Çözümlemesi”	Doğrulayıcı Faktör Analizi (Comfirmatory Factor Analysis) yapma

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde ve İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tüm klinik ve yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri Kasım 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı hatta ideal olan on katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak 32 maddelik "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" için madde sayısının ideal sayı olan 320 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiş olup, 320 hemşireye ulaşılmıştır (n:320).

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin (n:320)

- Yaşları 18 ile 53 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları $29,63 \pm 6,37$ 'dir.
- Hemşirelerin %46,6'sı evli, %53,4'ü bekar,
- Hemşirelerin %14,1'i SML; %21,3'ü önlisans; %61,3'ü lisans; %3,4'ü yüksek lisans mezunudur.
- Hemşirelerin %58,1 kadrolu; %41,9'u sözleşmelidir.
- Hemşirelerin %21,9'u gelir gideri karşılıyor; %51,6'sı kısmen karşılıyor ve %26,6'sı karşılamıyor olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin verilerine %78,1'i Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde; %21,9'u İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ulaşılmıştır.

2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmaya alınan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler için sözlü izinleri alınmıştır. Araştırmada hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikler Soru Formu, Wong ve Arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve “Ölüm Kaygısı Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırma verileri, araştırmacının kendisi tarafından hemşirelerle yüzyüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere sorular araştırmacı tarafından sorulmuştur.

2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesi SPSS for Windows programında yapılmıştır. Sosyo-demografik veri formunun değerlendirilmesinde hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri için sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

Ölçek geçerlik ve güvenirliği ile ilgili istatistik çalışmaları literatüre uygun bir şekilde ve bu konuda bir öğretim üyesi danışmanlığında sürdürülmüştür.

Ölçeğin Türkçeye uyarlamasında ise;

2. Ölçeğin dil geçerliğini test etmek için çeviri/tekrar çeviri yöntemi kullanılmıştır (14,37,59).
3. Ölçeğin içerik/kapsam geçerliğini test etmek için uzman görüşlerinin alınması yöntemine başvurulmuştur (46,58,78).
4. Ölçeğin faktör yapısı temel bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) Varimax rotasyonu ile incelenmiştir (46,58,78).
5. Ölçeğin yapı geçerliği faktör analizi ve hipotez sınanması yöntemleriyle incelenmiştir. Hipotez sınanması yöntemi için karşılaştırmalı ölçek olarak “Ölüm

Kaygısı Ölçeği" kullanılmıştır. "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" puanları ile "Ölüm Kaygısı Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısıyla belirlenmiştir (46,58,78).

6. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için diğer bir yöntem olan bilinen grupların karşılaştırılması yönteminde; yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitimleri, hizmet yılı ile ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır (46,58,78).
7. Ölçeğin güvenirlik çalışması aşamasında iç tutarlılık analizi Cronbach Alpha Çözümlemesi teknikleriyle, Yarı-test güvenirlik analizi ve madde-toplam puan korelasyon tekniği ile incelenmiştir (21,23,37,46,59,73,92)

2.8. ETİK AÇIKLAMALAR

- Araştırmaya dahil edilmek istenen hemşirelere araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiş ve bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isteyen hemşirelerden sözel onam alınmıştır (Ek 5).
- Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin Türkçeye çevrilip Türkiye'de uygulanması için ölçeğin sahibi olan Paul Reker'den yazılı izin istenmiştir. İzin yazısı 16 Ağustos 2006 tarihinde elektronik posta mesajıyla alınmıştır (Ek 6).
- Ölüm Kaygısı Ölçeği için ise ölçeğin sahibi olan Murat Yıldız'dan yazılı izin istenmiştir. İzin yazısı 9 Mayıs 2007 tarihinde elektronik posta mesajıyla alınmıştır (Ek 7).
- Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (Ek 8).

- Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Bařhekimlięi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 9).
- İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır (Ek10).

BÖLÜM III

BULGULAR

Araştırmada bulgular üç başlık altında verilmiştir.

1. Hemşirelerin sosyo - demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik işlemlerine yönelik bulgular
3. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin güvenirlik ve geçerlik analizlerine yönelik bulgular

3.1. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3. Hemşirelere İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

ÖZELLİKLER	N	%
Çalıştığı Yer		
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	250	78,1
İzmir Araştırma Ve Eğitim Hastanesi	70	21,9
Yaş Grubu		
18-26	113	35,3
27-34	141	44,1
35 Ve Üstü	66	20,6
Medeni Durum		
Evli	149	46,6
Bekar	171	53,4
Çocuk sayısı		
0	207	64,7
1	75	23,4
2	35	10,9
3 ve üstü	3	1
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	45	14,1
Ön Lisans	68	21,3
Lisans	196	61,3
Yüksek lisans	11	3,4

ÖZELLİKLER	N	%
Gelir - Gider Durumu		
Gelir gideri kısmen karşılıyor	165	51,6
Gelir gideri karşılıyor	70	21,9
Gelir gideri karşılamıyor	85	26,6
Kadro Durumu		
Kadrolu	186	58,1
Sözleşmeli	134	41,9
Hizmet Yılı		
0-1 yıl	104	32,5
2-5 yıl	119	37,19
6-10 yıl	60	18,75
11 yıl ve üstü	37	11,56
Toplam	320	100,00

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3'de incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir;

Hemşirelerin %78,1'i Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, %21,9'u İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştığı, yaşlarının 18 ile 53 arasında değiştiği ve yaş ortalamaları $29,63 \pm 6,37$ olduğu, medeni durumlarına bakıldığında; %46,6'sının evli, %53,4'ü bekar olduğu, %23,4'ünün bir çocuk sahip olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında; %14,1'i Sağlık Meslek Lisesi, %21,3'ü ön lisans, %61,3'ü lisans, %3,4'ü yüksek lisans mezunu olduğu, %58,1'nin kadrolu, %41,9'u sözleşmeli olduğu, ayrıca hemşirelerin %21,9'unun gelirin gideri karşıladığı, %51,6'sının kısmen karşıladığı ve %26,6'sının karşılamadığı bulunmuştur.

3.2. “ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN DİL EŞDEĞERLİĞİNİN SAĞLANMASINA YÖNELİK ÇALIŞMALAR

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk toplumuna uyarlanması amacı ile çalışmanın ilk aşamasında ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

- Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çeviri aşamasında ölçeğin çevirisi ilk olarak araştırmacı tarafından yapılmıştır.
- Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi İngilizceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 9 kişi tarafından yapılmıştır.
- Türkçe çevirisi yapılan formlar araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından değerlendirilip tek bir form haline dönüştürülmüştür.
- Ölçeği daha önce görmemiş ve iyi derecede İngilizce bilen bir kişi tarafından form İngilizceye tekrar çevrilmiştir.
- İngilizceye çevrilen ölçek Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türkçeyi iyi bilen ve Türk vatandaşı olan bir kişi tarafından tekrar Türkçeye çevrilmiştir.
- Elde edilen bu formla İngilizceye çeviri olarak verilen Türkçe form karşılaştırılıp ölçeğe son hali verilmiştir.
- Ölçeğin son hali, hemşirelik alanında uzman 5 öğretim üyesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı alanında uzman 2 öğretim üyesi ve Psikiyatri Anabilim Dalı alanında uzman 1 öğretim üyesine görüşü alınmak üzere sunulmuş ve verilen geri bildirimler doğrultusunda araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından ön uygulama yapılmak üzere ölçek düzenlenmiştir.
- Ön uygulama (pilot) 30 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.
- Ön uygulama sonrasında ölçeğin orijinal şekli 32 maddeden oluştuğu için örnekleme yine 10 katı olan 320 hemşire oluşturmuştur.

3.3. “ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde Wong ve arkadaşları tarafından (1994) geliştirilen “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin güvenilirlik ve geçerlik ölçümlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Ölçek geçerlik işlemleri, dil geçerliği ya da uzman görüşü olarak içerik geçerliği gibi bir kısım uygulamalar ölçeğin güvenilirlik analizlerinden önce yapılan işlemler olsa da, ölçek uyarlama ve ölçek geçerlik-güvenirlik çalışmalarına ilişkin literatüre göre; ölçeğin öncelikle güvenilirliğinin olması gerekmektedir. Güvenilir olmayan bir aracın ölçeğin geçerliğinin de test edilmesine gerek yoktur (23,37,92).

3.3.1. “ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Bu bölümde “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin maddelerine verilen yanıtların sonuçları ve iç tutarlık analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

3.3.1.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

MADDE NO	N	MIN	MAX	X	SS	MADDE NO	N	MIN	MAX	X	SS
Madde 1	320	1,00	7,00	4,12	2,09	Madde 17	320	1,00	7,00	4,44	1,83
Madde 2	320	1,00	7,00	4,55	1,82	Madde 18	320	1,00	7,00	2,71	1,65
Madde 3	320	1,00	7,00	3,46	1,99	Madde 19	320	1,00	7,00	3,09	1,70
Madde 4	320	1,00	7,00	3,85	1,54	Madde 20	320	1,00	7,00	3,64	1,82
Madde 5	320	1,00	7,00	3,03	1,70	Madde 21	320	1,00	7,00	3,50	1,89
Madde 6	320	1,00	7,00	5,77	1,73	Madde 22	320	1,00	7,00	4,85	1,79
Madde 7	320	1,00	7,00	3,58	2,11	Madde 23	320	1,00	7,00	3,99	1,90

Madde 8	320	1,00	7,00	3,43	1,63	Madde 24	320	1,00	7,00	5,51	1,49
Madde 9	320	1,00	7,00	2,85	1,61	Madde 25	320	1,00	7,00	4,82	1,73
Madde 10	320	1,00	7,00	3,92	1,88	Madde 26	320	1,00	7,00	3,52	1,72
Madde 11	320	1,00	7,00	3,99	1,88	Madde 27	320	1,00	7,00	4,23	1,78
Madde 12	320	1,00	7,00	3,21	1,77	Madde 28	320	1,00	7,00	4,84	1,92
Madde 13	320	1,00	7,00	5,12	1,93	Madde 29	320	1,00	7,00	3,49	1,82
Madde 14	320	1,00	7,00	6,15	1,44	Madde 30	320	1,00	7,00	4,10	1,61
Madde 15	320	1,00	7,00	4,96	1,88	Madde 31	320	1,00	7,00	4,97	1,96
Madde 16	320	1,00	7,00	4,30	1,84	Madde 32	320	1,00	7,00	4,30	2,00

Tablo 4’de araştırmaya alınan hemşirelerin “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nde yer alan 32 maddeye verdikleri yanıtların *en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri* görölmektedir. Tabloda göröldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalaması $2,71\pm 1,65$ ile $6,15\pm 1,44$ arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya $2,71\pm 1,65$ ile 18. madde (*Ben de yoğun bir ölüm korkusu var.*) sahiptir. En yüksek ortalamaya ise $6,15\pm 1,44$ ile 14. madde (*Ölüm yaşamın doğal bir yönüdür.*) sahiptir (**Tablo 4**).

Tablo 5. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutların Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Ölçek Alt Boyutları	N	MIN	MAX	X	SS
1. FAKTÖR Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	320	15	77	53,49	12,75
2. FAKTÖR Kaçış Kabullenme	320	5	35	17,36	6,27
3. FAKTÖR Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	320	9	58	33,80	10,20
Toplam Ölçek	320	42	159	104,65	20,12

Tablo 5’de “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarından elde edilen puanların *en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri* görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması 17.36 ile 53.49 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 17.36±6,27 ile 2.faktör “Kaçış Kabullenme” alt boyutu sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 53.49±12,75 ile 1.faktör “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutu sahiptir. Üçüncü faktör “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” alt boyut puan ortalaması ise 33.80±10,20 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 104,65±20,12 olarak saptanmıştır (**Tablo 5**).

3.3.1.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin İç Tutarlılığına İlişkin Bulgular

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa katsayısının hesaplanması, madde analizleri ve Yarı Test Güvenirlik yönteminden yararlanılmıştır.

“Cronbach alpha katsayısı” hesaplaması:

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach alpha katsayısı hesaplanarak elde edilen sonuçlar Tablo 6’da verilmiştir:

Tablo 6. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde sayısı	N	Alt ve Üst Puanlar	X ± ss	Cronbach Alpha Değeri
1.FAKTÖR Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	12	320	15–77	53,49±12,75	0,86
2.FAKTÖR Kaçış Kabullenme	5	320	5–35	17,36±6,27	0,74
3.FAKTÖR Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	9	320	9–58	33,80±10,20	0,76
Tüm Ölçek	26	320	42–159	104,65±20,12	0,81

Tablo 6’da “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin iç tutarlığının ölçmek için yapılan Cronbach alfa güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,81; alt gruplar için sırasıyla 1.faktör (**Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme**) için 0,86; 2.faktör (**Kaçış Kabullenme**) için 0,74; 3.faktör (**Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma**) için ise 0,76 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Madde Analizi

Bu bölümde ölçekteki her bir maddenin, madde toplam puanı ile korelasyonu; ölçekteki her bir maddenin, ait olduğu ölçek alt boyut toplam puanı ile korelasyonu ve her bir ölçek alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

-“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Korelasyonları

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”ndeki her bir maddenin, ölçeğin madde toplam puanı ile korelasyonu Tablo 7’de verilmiştir:

Tablo 7. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Madde - Toplam Puan Korelasyonları

MADDELER	r	P
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	0,33	0.00
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	0,32	0.00
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.	0,39	0.00
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	0,44	0.00
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.	0,38	0.00
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	0,32	0.00
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	0,32	0.00
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	0,35	0.00
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	0,34	0.00
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	0,39	0.00
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	0,37	0.00
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.	0,24	0.00
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	0,41	0.00
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	0,34	0.00
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	0,58	0.00
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	0,55	0.00
17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.	0,22	0.00
18. Yoğun bir ölüm korkum var.	0,39	0.00
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınırım.	0,27	0.00
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	0,39	0.00
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	0,39	0.00
22. Öldükten sonra sevdiklerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	0,55	0.00

23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	0,42	0.00
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır.	0,25	0.00
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	0,51	0.00
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.	0,25	0.00
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	0,36	0.00
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	0,42	0.00
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	0,39	0.00
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.	0,25	0.00
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	0,37	0.00
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	0,35	0.00

Tablo 7’de “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin *madde toplam puan korelasyonları* görülmektedir. Ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 0,22 ile madde 17 (*Ölümden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim*)dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde ise 0,58 ile madde 15 (*Ölüm; Allah’a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur*) dir (**Tablo 7**).

Tablo 8. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin 6 Madde (12,17,19,24,26,30) Çıktıktan Sonra Kalan Madde-Toplam Puan Korelasyonları

MADDELER	r	p
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	0,35	0.00
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	0,33	0.00
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.	0,40	0.00
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	0,45	0.00
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.	0,39	0.00
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	0,31	0.00
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	0,33	0.00
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	0,39	0.00
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	0,40	0.00
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	0,50	0.00

11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	0,37	0.00
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	0,50	0.00
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	0,34	0.00
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	0,62	0.00
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	0,61	0.00
18. Yoğun bir ölüm korkum var.	0,40	0.00
20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	0,43	0.00
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	0,41	0.00
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	0,57	0.00
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	0,49	0.00
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	0,55	0.00
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	0,40	0.00
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	0,47	0.00
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	0,44	0.00
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	0,33	0.00
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	0,35	0.00

Tablo 8'de "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin 6 madde (12.,17.,19.,24.,26.,30.) çıktıktan sonra kalan madde-toplam puan korelasyonları görülmektedir. Ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 0,31 ile madde 6 (Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir) dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde ise 0,62 ile madde 15 (Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.) dir (Tablo 8).

-Ölçeğin Alt Gruplarının Madde Toplam Puan Korelasyonları

"Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin her bir maddesinin ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu Tablo 9'da verilmiştir:

Tablo 9. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	MADDELER	r	P
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	0,41	0,00
	6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	0,31	0,00
	8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	0,46	0,00
	13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	0,65	0,00
	14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	0,39	0,00
	15. Ölüm; Allah’a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	0,76	0,00
	16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	0,69	0,00
	22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	0,62	0,00
	25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	0,73	0,00
	27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	0,62	0,00
	28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	0,42	0,00
	31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu umut ederim.	0,46	0,00
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	5. Ölüm, bütün sıkıntıları bitmesini sağlayacak.	0,39	0,00
	9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	0,52	0,00
	11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	0,45	0,00
	23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	0,56	0,00
	29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	0,57	0,00

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	MADDELER	r	P
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	0,44	0,00
	2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	0,59	0,00
	3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.	0,38	0,00
	7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	0,46	0,00
	10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	0,53	0,00
	18. Yoğun bir ölüm korkum var.	0,41	0,00
	20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	0,36	0,00
	21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	0,53	0,00
	32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	0,36	0,00

Tablo 9’da “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin her bir maddesinin, ait olduğu *alt boyut toplam puanı ile korelasyonuna ilişkin sonuçlar* görülmektedir. Ölçekte en düşük alt boyut madde-toplam puan korelasyonuna sahip madde 0,31 ile madde 6 (*Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir*) dir. Ölçekte en yüksek alt boyut madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde ise 0,76 ile madde 15 (*Ölüm; Allah’a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur*) dir (Tablo 9).

— Ölçeğin Alt Boyutlarının Puanı İle Toplam Puanlarının Korelasyonu

Bu bölümde ölçeğin her bir alt boyutundan elde edilen alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonları test edilmiştir.

Tablo 10. Ölçeğin Alt Boyut Toplam Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonu

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	MADDELER	r	p
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım. 6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir. 8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir. 13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım. 14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur. 15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur. 16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır. 22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim. 25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm. 27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır. 28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır. 31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	0,86	0,00
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	5. Ölüm, bütün sıkıntıları bitmesini sağlayacak. 9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır. 11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur. 23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm. 29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	0,74	0,00

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	MADDELER	r	p
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	0,76	0,00
	2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.		
	3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.		
	7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.		
	10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.		
	18. Yoğun bir ölüm korkum var.		
	20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.		
	21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.		
	32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir		

Tablo 10’da ölçeğin alt boyut toplam puanı ile ölçek toplam puan korelasyonunun sonuçları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin 1.faktör (*Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme*) alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0,86; 2.faktör (*Kaçış Kabullenme*) 0,74; 3.faktör (*Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma*) 0,76 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Yarı Test Güvenirlik Analizi

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin iç tutarlığını belirlemede Yarı test güvenilirlik analizinden elde edilen sonuçlar Tablo11’de verilmiştir:

Tablo 11. Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nin Yarı Test Güvenirlik Analizleri

İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0,72
Guttman Split-Half Güvenirlik Katsayısı	0,67
Spearman Brown Katsayısı	0,69
13 maddelik 1. Yarı Alpha Değeri	0,63
13 maddelik 2. Yarı Alpha Değeri	0,82
Kişi sayısı	320
Madde sayısı	32

Tablo 11'de Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nin *Yarı Test Güvenirlik Analiz* sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde; “Ölüm Karşı Tutum Ölçeği”nin iki yarısı arasındaki korelasyon 0,72 olarak saptanmıştır. Birinci yarının (13 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,63; ikinci yarının (13 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,82; Spearman-Brown katsayısı 0,69 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur (**Tablo 11**).

3.3.2. “ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GEÇERLİK ANALİZLERİ

Bu bölümde, “Ölüm Karşı Tutum Ölçeği”nin kapsam geçerliliğine ve yapı geçerliliğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.3.2.1. “Ölüm Karşı Tutum Ölçeği”nin “Kapsam Geçerliği”ne İlişkin Bulgular

“Ölüm Karşı Tutum Ölçeği”nin *kapsam geçerliliğini* değerlendirmede 8 uzman görüşüne başvurulmuştur.

Ölçek ile ilgili görüşlerinin alınması aşamasında, **uzmanlar**;

Madde3- “Ne pahasına olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum” ifadesinde “ne pahasına olursa olsun” kelimesine yerine “ne olursa olsun” ifadesinin yer alması,

Madde 7- “Ölümün kesinliğini beni rahatsız eder” ifadesinde “kesinliği” kelimesi yerine “bir son olması” ifadesinin yer alması

Madde 8- “Ölüm, yeni bir yaşamın başlangıcıdır” ifadesi “Ölüm, mükemmel bir yere girıştır” şekline düzeltilmesi,

Madde 9- “Ölüm bu korkunç dünyadan bir kaçıştır” ifadesi “Ölüm bu korkunç dünyadan bir kaçıştır” şeklinde düzeltilmesi,

Madde 21- “Ölümün her şeyin sona ereceği anlamında olması ve bunu bilmek beni korkutur.” ifadesi “Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur” şeklinde düzeltilmesi,

Madde 22- “Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşmayı umut ederim.” ifadesinde “buluşmayı” ifadesi yerine “buluşacağımı” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 27- “Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde kurtuluşudur” ifadesinde “kurtuluşudur” kelimesi yerine “serbest kalışıdır” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 28- “Ölümlle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; bir başka dünya olduğuna inanmamdır.” ifadesinde “bir başka dünya olduğuna” kelimesi yerine “ölümden sonra bir hayata” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 31- “Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ediyorum” ifadesinde “ediyorum” kelimesi yerine “ederim” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 32- “Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendiriyor” ifadesinde “endişelendiriyor” kelimesi yerine “endişelendirir” ifadesinin uygun olacağı yönünde görüş bildirmişlerdir.

Ölçeğin kapsam geçerliği değerlendirmek üzere uzmanların her bir maddeye verdiği puanların ortalaması Tablo 12’de görülmektedir:

Tablo 12. Kapsam Geçerliği İçin Uzmanların Ölçek Maddelerine Verdiği En Düşük ve En Yüksek Puanlar ve Maddelerin Puan Ortalamaları

Madde No	MIN-MAX	Maddelerin Uygunluk Puanı $X \pm ss$	Madde No	MIN-MAX	Maddelerin Uygunluk Puanı $X \pm ss$
1	1-4	3,5 ± 1,06	17	2-4	3,8 ± 0,71
2	3-4	3,8 ± 0,46	18	3-4	3,9 ± 0,35
3	2-4	3,4 ± 0,74	19	2-4	3,3 ± 0,89
4	4-4	4,0 ± 0,00	20	2-4	3,6 ± 0,74
5	1-4	3,6 ± 1,06	21	2-4	3,4 ± 0,74
6	4-4	4,0 ± 0,00	22	3-4	3,8 ± 0,46
7	3-4	3,8 ± 0,35	23	1-4	3,4 ± 1,19
8	1-4	3,4 ± 1,06	24	1-4	3,6 ± 1,06
9	1-4	3,6 ± 1,06	25	4-4	4,0 ± 0,00
10	3-4	3,9 ± 0,35	26	3-4	3,6 ± 0,52
11	2-4	3,6 ± 0,74	27	3-4	3,5 ± 0,53
12	2-4	3,5 ± 0,76	28	3-4	3,6 ± 0,52
13	4-4	4,0 ± 0,00	29	1-4	3,6 ± 1,06
14	1-4	3,6 ± 1,06	30	1-4	3,6 ± 1,06
15	4-4	4,0 ± 0,00	31	1-4	3,5 ± 1,06
16	4-4	4,0 ± 0,00	32	3-4	3,8 ± 0,46

Tablo 12’de kapsam geçerliği için uzmanların “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” maddelerine *verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve maddelerin puan ortalamaları* verilmiştir. Tablo 12’e göre uzmanların ölçek maddelerine ilişkin verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 3,3±0,89 ile 19. madde ve en yüksek ortalamaya sahip maddeler ise 4±0,00 ile 4., 6., 13., 15., 16. ve 25. maddelerdir. Araştırmada uzmanların puan ortalamalarının yanı sıra maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler değiştirilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan “3” puanın altında puan ortalamasının olmadığı görülmüştür kapsam geçerliği sonucunda ölçekten madde çıkarılmamıştır (**Tablo 12**).

3.3.2.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Yapı-Kavram Geçerliği”ne İlişkin Bulgular

Faktör Analizi

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin yapı - kavram geçerliği faktör analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Faktör yapısının incelenmesinde, Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Buna göre ölçeğin faktör örüntüleri, özdeğeri ve açıkladıkları varyans yüzdeleri Tablo 13’de görülmektedir:

Tablo 13. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Faktör Yapısı

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	MADDELER	MADDELERİN FAKTÖR YÜKÜ	ÖZDEĞER	FAKTÖRLERİN AÇIKLADIĞI VARYANS
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	0,49	6,00	23,08
	6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	0,46		
	8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	0,42		
	13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	0,75		
	14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	0,51		
	15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	0,77		
	16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	0,63		
	22. Öldükten sonra sevdiğimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	0,63		
	25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	0,74		
	27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	0,54		
	28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	0,69		
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	0,59			

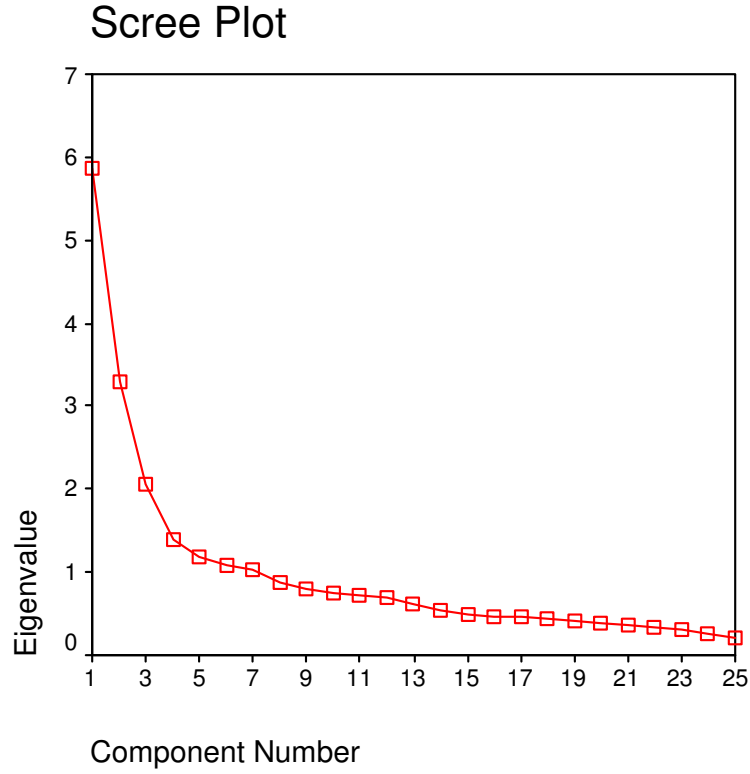
FAKTÖR2 Kaçış Kabullenme	5. Ölüm, bütün sıkıntılarımla bitmesini sağlayacak.	0,60	3,30	12,70
	9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıdır.	0,71		
	11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	0,60		
	23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	0,66		
	29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	0,67		
Faktör 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	0,59	2,05	7,89
	2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	0,71		
	3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.	0,42		
	7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	0,63		
	10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	0,68		
	18. Yoğun bir ölüm korkum var.	0,56		
	20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	0,48		
	21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	0,68		
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	0,50			

Tablo 13'de "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin faktör yapısını incelemek amacıyla yapılan faktör analizinin sonuçları görülmektedir. Yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,84 ve Barlet testi sonucu ileri düzeyde ($X^2=2981,582$; $p=0,000$) anlamlı bulunmuştur (**Tablo 13**).

Tablo 13 incelendiğinde; ölçekteki maddelerin 3 faktör altına toplandığı görülmektedir. Her faktörün özdeğeri 1'in üzerinde bulunmuştur. Üç faktörlü ölçeğin çözümlemesinde özdeğerler sırasıyla en yüksekten başlayarak; 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) için 6,00; 2.faktör (Kaçış Kabullenme) için 3,30; 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) için 2,05 olarak bulunmuştur. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans 7,89 ile 23,08 arasında olup toplam varyansın %43,67 olduğu saptanmıştır. Ölçek maddeleri arasında faktör ağırlığı 0.30'un altında hiçbir madde olmadığı için ölçekten çıkartma işlemi yapılmamıştır. Yapılan faktör analizi sonucu ölçek orjinalinden farklı olarak 3 faktörlü bir yapıya uygun olduğu belirlenmiştir (**Tablo 13**).

Scree Plot Sınama Grafiği

Faktör sayısını netleştirmek ve yeniden sınamak için Cattle Scree Plot sınaması yapılmış ve özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler Scree plot grafik metodu ile incelenmiştir. Scree plot metoduna ilişkin bulgular Grafik 1'de gösterilmiştir:



Grafik 1. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Faktör Yükleri

Hipotez Sınanması/Mantıksal Analiz

Bu bölümde “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin yapı geçerliğini test etmek için önceden varsayılan bir ilişkinin sınanması yöntemi olan “hipotez sınanması/mantıksal analiz” yöntemine ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Tablo 14. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Puan Ortalamaları ile “Ölüm Kaygısı Ölçeği”nin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

KULLANILAN ÖLÇEKLER	n	X	Ss	r	p
Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	320	132,41 ± 22,21		0,36	0,01
Ölüm Kaygısı Ölçeği	320	74,13 ± 12,59			

Tablo 14’de “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” puan ortalamaları ile “Ölüm Kaygısı Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi her iki ölçeğin puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısının hesaplanmasıyla belirlenmiştir. Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0,36 ($p=0,01$) olarak bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile “Ölüm Kaygısı Ölçeği” Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ		ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ		r	p
	X	Ss	X	Ss		
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	53,49 ± 12,76		74,13 ± 12,59		0,42	0,01
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	21,22 ± 6,78		74,13 ± 12,59		0,27	0,01
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	33,80 ± 10,20		74,13 ± 12,59		0,40	0,01

Tablo 15'de "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin alt gruplarının puan ortalamaları ile "Ölüm Kaygısı Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları ile ölçeğin her bir alt boyutundan elde edilen puanların ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısının hesaplamasıyla belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde, görüleceği gibi ölçümler sonrası hesaplanan korelasyon katsayısı 1.faktör (**Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme**) alt boyutu için 0,42; 2.faktör (**Kaçış Kabullenme**) alt boyutu için 0,27; 3.faktör (**Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma**) alt boyutu için 0,40 olarak bulunmuştur (**Tablo 15**).

Bilinen Grupların Karşılaştırılması

"Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin yapı geçerliğini test etmek için diğer bir yöntem olan bilinen grupların karşılaştırılması yönteminde; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş grupları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumu, sevilen kişinin kaybı, eğitim durumu ve çalışma yılı ile ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Tablo 16. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	YAŞ GRUPLARI	n		X	Ss	
Faktör 1	18-26	113		50,68	11,96	
	27-34	141		51,54	12,66	
	35 ve üstü	66		56,86	14,02	
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
	Genel	51923,97	319	...		
	Gruplararası	655,49	2	327,75	2,026	p=0,03
	Grupiçi	51268,48	317	161,73		
Faktör 2	YAŞ GRUPLARI	n		X	Ss	
	18-26	113		21,70	7,05	
	27-34	141		20,63	6,19	
	35 ve üstü	66		26,20	7,50	
	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
	Genel	15650,688	319	...		
	Gruplararası	72,369	2	36,185	0,79	p=0,02
Grupiçi	14578,318	317	45,988			
Faktör 3	YAŞ GRUPLARI	n		X	Ss	
	18-26	113		36,43	10,06	
	27-34	141		31,44	10,31	
	35 ve üstü	66		30,06	10,11	
	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
	Genel	33217,200	319		
	Gruplararası	106,956	2	53,478	0,512	p=0,02
Ölüm Korkusu ve	Grupiçi	33110,244	317	104,449		

Tablo 16 incelendiğinde;

Hemşirelerin 1. faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $50,68 \pm 11,96$; 27-34 yaş arası grubunda $51,54 \pm 12,66$ ve 35 ve üstü yaş arası grubunda da $56,86 \pm 14,02$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 2,026; $p=0,03 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 16**).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $21,70 \pm 7,05$; 27-34 yaş arası grubunda $20,63 \pm 6,19$ ve 35 ve üstü yaş grubu arasında $26,20 \pm 7,50$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 0,787; $p=0,02 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) bu farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 16**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $36,43 \pm 10,06$; 27-34 yaş arası grubunda $31,44 \pm 10,36$ ve 35 ve üstü yaş grubu arasında $30,06 \pm 10,11$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 0,512; $p=0,02 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) bu farkın 18–26 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 16**).

Tablo 17. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”

Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	MEDENİ DURUM	n	X	Ss	t	p
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Evli	149	53,52	12,67	0,043	0,54
	Bekar	171	53,46	12,88		
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	Evli	149	22,39	6,40	0,420	0.11
	Bekar	171	21,07	7,10		
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu Ölümden Kaçınma	Evli	149	30,45	10,37	2,727	0,02
	Bekar	171	42,36	9,88		

Hemşirelerin *medeni durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların *puan ortalamaları* Tablo 17’de gösterilmiştir:

Buna göre **hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları**; evli hemşirelerde $53,52 \pm 12,67$; bekar hemşirelerde $53,46 \pm 12,88$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,043; p=0.54>0,05) (Tablo 17).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; evli hemşirelerde $22,39 \pm 6,40$; bekar hemşirelerde $21,07 \pm 7,10$ olarak bulunmuştur.

Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,420; p=0.11>0,05) (**Tablo 17**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları evli hemşirelerde 30,45±10,37; bekar hemşirelerde 42,36±9,88 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t:2,727; p=0,02<0,05) (**Tablo 17**).

Tablo 18. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU	n	X	Ss	t	p
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Var	113	54,10	12,57	0,63	0,75
	Yok	207	53,16	12,88		
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	Var	113	22,04	6,70	1,60	0,89
	Yok	207	20,77	6,79		
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Var	113	33,99	10,03	0,25	0,02
	Yok	207	25,70	10,32		

Hemşirelerin *çocuk sahibi olma durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları Tablo 18’de verilmiştir:

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde $54,10 \pm 12,57$; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde $53,16 \pm 12,88$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t:0,63$; $p=0,75 > 0,05$) (**Tablo 18**).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde $22,04 \pm 6,70$; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde $20,77 \pm 6,79$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t:1,60$; $p=0,89 > 0,05$) (**Tablo 18**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde $33,99 \pm 10,03$; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde $25,70 \pm 10,32$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ***anlamlı*** bir fark saptanmıştır ($t: 0,25$; $p=0,02 < 0,05$) (**Tablo 18**).

Tablo 19. Hemşirelerin Kayıp Yaşama Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	KAYIP YAŞAMA DURUMU	n	X	Ss	t	p
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kayıp Yaşayan	260	59,86	12,81	1,08	0,02
	Kayıp Yaşamayan	60	51,88	12,49		
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	Kayıp Yaşayan	260	28,35	6,59	0,74	0,02
	Kayıp Yaşamayan	60	20,63	7,59		
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Kayıp Yaşayan	260	40,79	10,38	0,06	0,03
	Kayıp Yaşamayan	60	33,87	9,48		

Hemşirelerin *kadro durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların *puan ortalamaları* Tablo 19’da verilmiştir:

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $59,86 \pm 12,81$ kayıp yaşamayanlar $51,88 \pm 12,49$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t:1,08; p=0,02<0,05) (Tablo 19).

Hemşirelerin 2. faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $28,35 \pm 6,59$, kayıp yaşamayanlar $20,63 \pm 7,59$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,74; $p=0,02 < 0,05$) (**Tablo 19**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $40,79 \pm 10,38$, kayıp yaşamayanlar $33,87 \pm 9,48$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,06; $p=0,03 < 0,05$) (**Tablo 19**).

Tablo 20. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”

Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	EĞİTİM DURUMU	n	X	Ss	KW X ²	P
Faktör 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	SML	45	54,91	13,68	4,619	0,20
	Önlisans	68	51,16	12,12		
	Lisans	196	54,06	12,80		
	Yüksek Lisans	11	51,91	11,61		
Faktör 2 Kaçış Kabullenme	Eğitim Durumu	n	X	Ss	KW X²	p
	SML	45	21,44	6,97	0,402	0,03
	Önlisans	68	17,07	5,07		
	Lisans	196	17,43	6,60		
Yüksek Lisans	11	17,64	4,46			
Faktör 3 Ölüm Korkusu ve	Eğitim Durumu	n	X	Ss	KW X²	p
	SML	45	42,20	10,78	0,662	0,04
	Önlisans	68	34,40	9,70		
	Lisans	196	33,42	10,23		
Yüksek Lisans	11	35,27	11,47			

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin *eğitim durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları tablo 20’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme-Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları); sağlık meslek lisesi mezunu olanların 54,91±13,68; önlisans mezunu olanların 51,16±12,12; lisans mezunu olanların 54,06±12,80; yüksek lisans mezunu olanların 51,91±11,61 olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW χ^2 :4,619; $p=0,20>0,05$) (Tablo 20).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların 21,44±6,97; önlisans mezunu olanların 17,07±5,07; lisans mezunu olanların 17,43±6,60; yüksek lisans mezunu olanların 17,64±4,46 olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır. Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) farkın sağlık meslek lisesi grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (KW χ^2 :0,402, $p=0,03<0,05$) (Tablo 20).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların 42,20±10,78; önlisans mezunu olanların 34,40±9,70; lisans mezunu olanların 33,42±10,23; yüksek lisans mezunu olanların 35,27±11,47 olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır. Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) farkın sağlık meslek lisesi grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (KW χ^2 :0,662, $p=0,04<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Hemşirelerin Hizmet Yıllarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	HİZMET YILI	n		X	Ss	
Faktör 1 Tarafsız Kabullenme	0-1 yıl	104		53,38	11,91	
	2-5 yıl	118		53,08	12,39	
	6-10 yıl	61		52,85	14,34	
	11 ve üstü	37		54,05	13,90	
	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
	Genel	51923,97	319	...	0,14	p=0,22
Gruplararası	69,47	3	23,16			
Grupiçi	51854,50	316	164,10			
Faktör 2 Kaçış Kabullenme	Hizmet Yılı	n		X	Ss	
	0-1 yıl	104		22,16	6,82	
	2-5 yıl	118		20,63	6,47	
	6-10 yıl	61		21,56	7,07	
	11 ve üstü	37		27,36	7,20	
	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Genel	14650,69	319	...	0,60	p=0,03	
Gruplararası	83,18	3	27,73			
Grupiçi	14567,51	316	46,10			
Faktör 3 Ölüm Korkusu	Hizmet Yılı	n		X	Ss	
	0-1 yıl	104		38,04	9,27	
	2-5 yıl	118		33,46	10,37	
	6-10 yıl	61		33,89	11,85	
	11 ve üstü	37		29,46	9,09	
	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Genel	33217,20	319	...	1,12	p=0,01	
Gruplararası	373,18	3	124,393			
Grupiçi	32844,02	316	103,937			

Hemşirelerin *hizmet yıllarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları Tablo 21’de verilmiştir:

Buna göre hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; hizmet yılı 0-1 yıl arası olanların $53,38 \pm 11,91$; 2-5 yıl arası olanların $53,08 \pm 12,39$; 6-10 yıl arası olanların $52,85 \pm 14,34$; 11 yıl ve üstü olanların $54,05 \pm 13,90$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F:0,141, $p=0,22 > 0,05$) (Tablo 21).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; hizmet yılı 0–1 yıl arası olanların $22,16 \pm 6,82$; 2–5 yıl arası olanların $20,63 \pm 6,47$; 6–10 yıl arası olanların $21,56 \pm 7,07$; 11 yıl ve üstü olanların $27,36 \pm 7,20$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F:0,601, $p=0,03 < 0,05$) Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 11 yıl ve üstü çalışma yılına sahip gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 21).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; hizmet yılı 0–1 yıl arası olanların $38,04 \pm 9,27$; 2–5 yıl arası olanların $33,46 \pm 10,37$; 6–10 yıl arası olanların $33,86 \pm 11,85$; 11 yıl ve üstü olanların $29,46 \pm 9,09$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F:1,197, $p=0,01 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 0-1 çalışma yılına sahip gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 21).

**Tablo 22. Hemşirelerin Kadro Durumlarına Göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”
Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Ölçek Alt Boyutları	KADRO DURUMU	n	X	Ss	t	p
FAKTÖR 1 Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kadrolu	186	53,38	13,23	1,80	0,177
	Sözleşmeli	134	53,64	12,12		
FAKTÖR 2 Kaçış Kabullenme	Kadrolu	186	21,40	6,68	0,56	0,940
	Sözleşmeli	134	20,97	6,92		
FAKTÖR 3 Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Kadrolu	186	32,93	10,69	0,77	0,091
	Sözleşmeli	134	35,01	9,40		

Hemşirelerin *kadro durumlarına göre*, “Ölüme karşı tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların *puan ortalamaları* Tablo 22’de verilmiştir.

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde $53,38 \pm 13,23$; sözleşmeli hemşirelerde $53,64 \pm 12,12$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,180; p=0,17>0,05).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde $21,40 \pm 6,68$; sözleşmeli hemşirelerde $20,97 \pm 6,92$ olarak bulunmuştur.

Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,556; p=0,94>0,05).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde 32,93±10,69; sözleşmeli hemşirelerde 35,01±9,40 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t: 1,803; p=0,09>0,05).

➤ **“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Zamana Göre Değişmezlik” Bulguları**

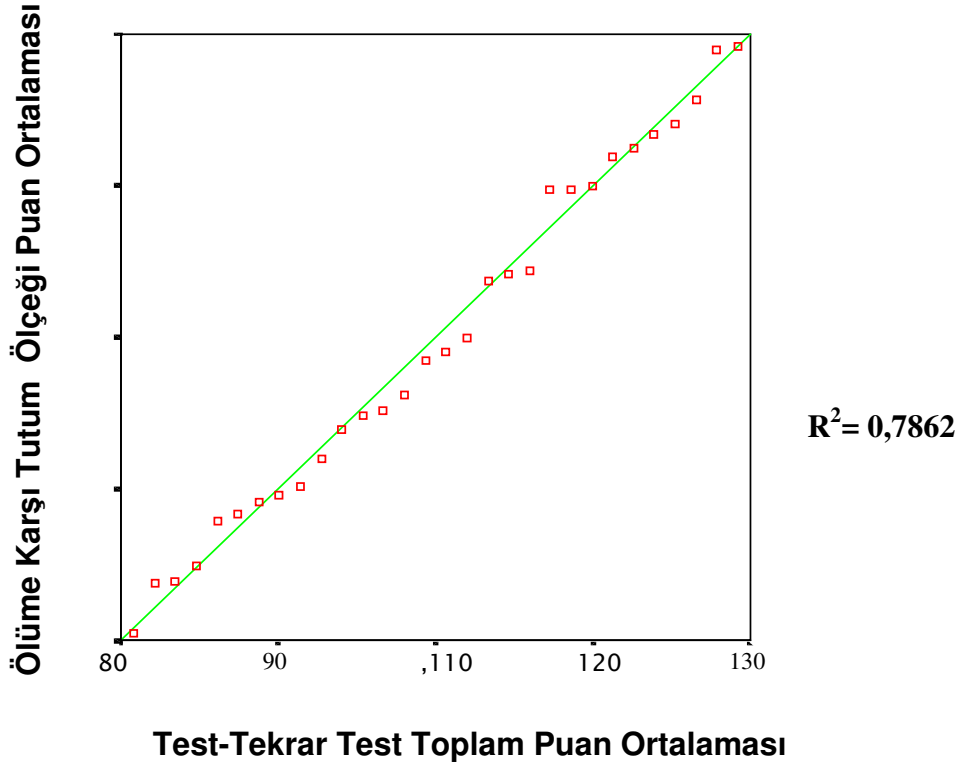
Zamana göre değişmezlik pratikte daha çok “test-tekrar test” (test-retest) tekniği olarak bilinir. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” için yapılan “test-tekrar test” analizi bulguları aşağıda görülmektedir.

Tablo 23’de “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” toplam puan ortalamalarının test-tekrar test sonucu puan ortalamasına etkisinin incelendiği regresyon analizi sonuçları görülmektedir. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” puan ortalamalarının, test-tekrar test sonucu puan ortalamasının %78’lik bölümünü tanımladığı saptanmıştır.

Tablo 23. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” Toplam Puanları Test -Tekrar Test Sonucu Toplam Puanlarına Etkisine Göre Dağılımı

	<i>Regresyon Katsayısı</i>	<i>Standart Hata</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Beklenti Puan Ortalaması	0,88	0,91	10,17	0,000
	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	
Varyasyon Kaynağı	958,781	1	958,781	
Regresyon	259,386	28	9,264	
Residual Toplam	1218,17	29		
		F:103,498 P<0,01		

İki değerlendirme arasında yapılan korelasyon analizinde $P=0,01$ düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.85$; $R^2= 0,78$; $p<0,00$) (Tablo 23).



Grafik 2: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puan Ortalaması ile Test- Tekrar Test Sonucu Puan Ortalaması Arasındaki Bağını

Grafik 2’de “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” puan ortalaması ile test-tekrar test sonucu puan ortalaması arasındaki bağıntı verilmiştir. İki değerlendirme arasında yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,85$ $p=0,01$).

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” nin “Zamana Göre Değişmezlik” Değerlendirilmesi

Yapılan bir ölçüme kullanılacak güvenilirlik ölçütlerinden biri de “*zamana göre değişmezlik*”tir. Pratikte çok uygulanan “zamana göre değişmezlik” daha çok “test-tekrar test” (test-retest) tekniğidir. “Test-tekrar test” güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (23,46,79,80). Aynı testin aynı bireylere, aynı koşullarda ancak farklı zamanlarda uygulama arasındaki korelasyonla bulunan güvenilirlik katsayısı

“kararlılık katsayısı” olarak yorumlanır (23,31). “Test-tekrar test güvenilirliği” aralıklı ya da aralıksız yöntem şeklinde uygulanabilir. Aralıklı yöntemde bırakılacak zaman aralığı iki haftadan az, dört haftadan fazla olmamalıdır (37, 46).

İki uygulama arasındaki ilişki için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı hesaplanır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilendiği ve küçük gruplarda kararlılık gösterebilmesi için, grubun en az 30 kişiden oluşması gerektiği belirtilmektedir (3,4). Bu bilgilere dayanarak, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin güvenilirlik sınavında “test-tekrar test güvenilirlik” ölçütü için çalışmaya katılan, 30 hemşireye ilk test uygulamasından 15 gün sonra ölçek tekrar uygulanmıştır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” toplam puanlarının test-tekrar test sonucu toplam puanlarının %78’lik bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Korelasyon katsayısının gücüne bakıldığında da 0,70-0,89 düzeyi yüksek ilişkinin varlığından söz ettiği için, iki ölçüm arasında yüksek ilişki gücünden söz etmek mümkündür $\{r=0,85; R^2= 0,78; p<0,01\}$ (Tablo 35) (3,4,23). Bu ilişki doğrusal bir ilişkidir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Uyarılma çalışmalarında test-tekrar test yönteminde korelasyon katsayısı 0,78 kabul edilebilir düzeydedir (23,37).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde tartışma iki başlık altında yapılmıştır. Birinci bölümde, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin dil eşderliğinin sağlanmasına yönelik yapılan işlemlere ilişkin tartışma, ikinci bölümde ise “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin güvenilirlik ve geçerlik analizleri sonuçlarına ilişkin tartışma yer almaktadır.

4.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Dil Eşderliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların Değerlendirilmesi

Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için yapılan işlem “çeviri” işlemi değil “uyarlama” süreci olmalıdır, çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını önemli ölçüde değiştirmektedir. Dolayısıyla bu ifade farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi böylece ölçüm aracının istenen topluma uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur (6,59,70).

Ölçeklerin tek taraflı çevirisi ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur. Ancak yapılan çalışmalarda tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğu gösterilmiştir (6,16). Dolayısıyla tekrar çeviri yöntemi olarak adlandırılan geri çeviri yöntemi ekonomik olmayan ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına rağmen, kültürler arası ölçek uyarlaması çalışmalarında en çok önerilen yollardan birisidir (16). Tekrar çeviri, önerilen bir yol olmakla birlikte bazen çevirmenler benzer sonuçlara ulaşırlar ve görüş ayrılığı oluşmayan bir form elde etmiş olsalar bile bir kültüre uygun çeviride yetersizlikler olmakta ve

kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması önerilmektedir (6,37,46,58,59,70,73).

Bu çalışmada da ölçeğin çeviri-tekrar çeviri ve ön uygulama süreçleri gerçekleştirilmiştir. Dil geçerliliği için önerilen bir diğer yöntem de hedef gruba formun her iki dildeki şeklinin uygulanması ve sonuçların karşılaştırılmasıdır. Ancak her iki dili de iyi bilen hedef gruba ulaşma güçlüğü yaşanması ve ulaşılabilecek bu grubun özelliklerinin hedef grubun özelliklerinden farklı olma olasılığı nedeni ile bu karşılaştırma uygulanamamıştır (16,58).

4.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Güvenirliğinin ve Geçerliğinin Değerlendirilmesi

4.2.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Bu başlık altında “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin maddelerine verilen yanıtların “Standart Hata” sonuçlarının değerlendirilmesine, “İç Tutarlılık” sonuçlarının değerlendirilmesine yönelik tartışma yer almaktadır.

Güvenirlik, her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir ve bir ölçme aracının hatalardan arınık olarak ölçme yapabilme yeteneğidir. Aracın verileri doğru topladığını ve yinelenebilir olduğunu güvenilirlik özelliği belirler (6,32). Dolayısıyla, güvenilir bir aracın sağladığı ölçüm değerleri içinde yanılığın değerlerinin olmaması istenir.

Güvenirlik, test puanının değişimindeki (varyansındaki) hata oranını belirlemektedir. Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen r değerleri, test puanlarına yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklara, ne oranda şans ya da hata faktörüne bağlı olduğunu göstermektedir. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle

ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür. Dolayısıyla, bu durumda test puanında hata payı az olmaktadır (59,61).

Ölçme aracının temel özelliği olan güvenilirlik mutlaka görgül yollarla saptanır ve sayısal bir değerle ifade edilir. Bu sayısal değer genellikle bir korelasyon katsayısıyla ifade edilmesine karşın, güvenilirlik katsayısı daima 0–1 arasında bir değer alır. Korelasyon değeri 1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir (23,32).

Bir ölçme aracının güvenirliliği için birden çok yola başvurmak gerekir (32). Bu nedenle bireyler üzerinde ölüm tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilen "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin ülkemize uyarlamak için güvenirliliğini saptamaya yönelik ölçeğin standart hatası, iç tutarlılığı, madde analizi, bölünmüş ölçek çözümlemesi (yarı-test güvenirlilik) ve zamana göre değişmezlik ve tekniklerinden yararlanılmıştır. Aşağıda güvenirliliğe yönelik çalışmalar yer almaktadır.

4.2.1.1. "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nin Maddelerine Verilen Yanıtların "Standart Hata" Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ölçmenin standart hatası, bireysel puanlara karışan hata oranının olası sınırları hakkında bilgi vermektedir. Yapılan ölçümlerden alınan puanın örneklem dağılımında alabileceği en düşük ve en yüksek puan sınırlarını gösterir ve bir puan dilimi şeklinde ifade edilir. Ölçmenin standart hatası yükseldikçe bireysel puanın değişkenliği artar ve ölçmenin standart hatası düştükçe bireysel puanın değişkenliği azalır. Dolayısıyla, standart hata küçüldükçe ölçmenin güvenirliliği artmakta, standart hata büyüdüğü ölçmenin güvenirliliği azalmaktadır (61).

"Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"nde yer alan 32 maddeye verilen yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri

incelendiğinde Tablo 4’de görüldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 2,71 ile 6,15 arasında değiştiği en düşük ortalamaya 2,71±1,65 ile 18. madde (Ben de yoğun bir ölüm korkusu var) sahip iken, en yüksek ortalamaya ise 6,15±1,44 ile 14. madde (Ölüm yaşamın doğal bir yönüdür) sahiptir.

Tablo 5’de görüldüğü gibi ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde, 17,36 ile **“Kaçış Kabullenme”** alt boyutu en düşük ortalamaya sahip iken, en yüksek ortalamaya ise 53,49 ile **“Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme”** alt boyutu sahip olduğu saptanmıştır. Bunun yanında 3. alt boyut olan **“Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma”** 33,80 olarak bulunmuştur.

4.2.1.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “İç Tutarlılığı”nın Değerlendirilmesi

“İç tutarlılık”ın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütün oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. Bu teknikle oluşturulmuş bir testin maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise o testin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu anlaşılır (37,46).

Ölçeğin değerlendirme ölçütü yine kendisi olduğu için, ölçeğin kendi içinde tutarlı olması çok önemlidir. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeğin Alfa katsayıları yüksek olmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, diğer bir deyişle homojenliğinin bir ölçütüdür. Ölçeğin Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte yer alan maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Bu durum, ölçeğin kullanıldığı araştırma sonuçlarının geçerliği ve güvenilirliği arasında bir ilişkinin olduğunu da göstermektedir (23,37,46).

Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplama

Literatürde ölçüm araçlarının “İç tutarlılık güvenirligi”ni sınamak için “madde çözümleri” ve “yarı-test güvenirligi”nin yapılması önerilmektedir. “Madde çözümlemesi” için ise “Cronbach Alpha katsayısı”, “Kuder-Richardson 20”, “Kuder-Richardson 21” çözümlmeleri ve “Madde-Toplam Ölçek Çözümlmesi” kullanılmaktadır (14,31,61).

Güvenirlik ölçütü olarak kabul edilecek korelasyon katsayısının düzeyi ölçeğin hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır. Fizyolojik ölçümlerde 0,90 ve üzeri, tutum ölçümlerinde ise 0,70 kabul edilebilir düzeydir. Ayrıca yeni geliştirilen bir ölçek için 0,70’in üzeri kabul edilebilir bir değer iken daha önce geliştirilmiş bir ölçek için 0,80’in üzeri kabul edilebilir bir değer olmaktadır (32,37,61,80).

Özdamar (1999), Cronbach Alpha katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütünü aşağıda verilen şekilde olduğunu belirtmektedir;

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ölçek yüksek derecede güvenilirdir (60).

Ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptarken “madde çözümlemesi”nde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert tipi) Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması önerilmektedir. Nitekim, likert tipi bir ölçek olan “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin iç tutarlılık katsayısını hesaplamak amacıyla bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda yapılan analizler sonucunda, 32 maddelik “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0,76 olarak kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. 12.,17.,19.,24.,26.,30. maddelerinin

madde-toplam korelasyon katsayısı araştırmacı tarafında istenilen düzeyin 0,40 altında bulunmuştur. Bu nedenle ölçeğin bu maddeleri çıkarılmış ve ikinci kez içi tutarlılık testi yapılmıştır. Buna ilişkin bulgular tablo 8’de yer almaktadır. Tablo 8 incelendiğinde “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin 12.,17.,19.,24.,26.,30. maddelerin çıkarılarak tekrarlanan güvenirliliğin analiz sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,81 düzeyine yükselmiştir. Dolayısıyla ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı bir ölçek için kabul edilebilecek yüksek değerlerde bulunmuştur. Bununla birlikte ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı incelendiğinde “1. faktör” için 0,86, “2.faktör” için 0,74, “3.faktör” için ise 0,76 olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Ölçüm araçlarının sahip olması gereken Cronbach Alpha katsayısı en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (6,23). Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekteki maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanmaktadır. Dolayısıyla çalışmada elde edilen bu değer, kabul edilebilir düzeyde bulunmuş olup, ölçekte yer alan maddelerin birbirleriyle yüksek ilişki gösterdiği görölmektedir. Bunun yanında “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin tamamı ve tüm alt boyutları için alfa katsayısı 0,70’in üzerindedir (Tablo 6). Bu sonuçlar bir ölçüm aracı kabul edilebilir sınırlar içerisinde kalmaktadır.

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan orijinal çalışmada, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin tamamı için *Cronbach Alpha katsayısı* 0,76 olarak bulunmuştur, bunun yanında elde edilen alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları ise; “**Tarafsız Kabullenme**”:0,65, “**Yaklaşım Kabullenme**”: 0,97, “**Ölümden Kaçınma**”:0,88, “**Ölüm Korkusu**”:0,84 ve “**Kaçış Kabullenme**”: 0,84 olarak belirlenmiştir. Orijinal çalışmada elde edilen bu sonuçların araştırmanın bulguları ile uyumlu olduğu görölmektedir.

Sonuç olarak yapılan iç tutarlılık analizine göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin ve alt boyutlarının yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahiptir.

Madde Analizi

Maddelerin belirli bir niteliği ölçüp ölçmediğini ayırt etmek için yararlanılan yaklaşımlardan birisi de madde analizidir. “Madde analizi” istenen özelliklere sahip maddelerden oluşan test veya ölçek geliştirmek ve örneklem grubunun madde ya da ölçek düzeyinde yapısı hakkında bilgi edinmek için yapılmaktadır. Madde analizinde cevaplayıcının ölçme aracından aldığı toplam puan ile her bir maddeden aldığı toplam puan arasındaki korelasyon hesaplanır (32). Bir maddenin toplam puan ile korelasyonu düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanmaktadır (61). Madde toplam korelasyonu düşük düzeyde olan maddelerin, ölçeğin güvenilirlik gücünü düşürdüğünden, bu maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir. Buna karşın madde toplam puan korelasyon katsayısının, hangi ölçütün altına düşünce, güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, Karasar’a göre (1995) 0,50’den düşük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulması gerekirken, Öner’e (1987) göre, bu katsayı 0,30’un üzerinde olmalıdır. Madde-toplam katsayısı sınırlarına karar verirken araştırmacının çalışmanın amacı ve yapılan ölçmenin niteliğine göre karar verilmesi bildirilmektedir (23). Bu çalışmada madde-toplam korelasyon düzeyi için kesme noktası 0,40 düzeyi olarak kabul edilmiştir. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin madde-toplam korelasyon katsayısı için 0,40 düzeyi güvenilirlik düzeyi olarak kabul edilmiştir (61).

Bu araştırmada “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin her bir maddesinin toplam puan ile korelasyonu, ölçekteki her bir maddenin ait olduğu alt boyut toplam puanı ile

korelasyonu ve her bir ölçek alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonları incelenmiştir.

Buna göre ölçeğin her bir maddesinin toplam puan ile korelasyonu bakıldığında; en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 17 (0,22) (Ölümden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim), en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde 15 (0,58) (Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur) olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Ancak ölçeğin 12.,17.,19.,24.,26.,30. maddelerinin madde-toplam puan korelasyon katsayısı bu çalışma için belirlenen 0,40 güvenilirlik düzeyinin altında bulunmuştur (Tablo 8). Nitekim bu maddeler bir anlamda ölçeğin tümü ile tutarsızlık göstermektedir. Bu nedenle 32 maddeden oluşan ölçeğin 12.,17.,19.,24.,26.,30. maddeleri kesme noktasının altına olduğundan ölçeğin güvenliğinin artırılması ve madde ayırt ediciliğinin daha güçlü olması istendiği bu maddelere ikinci kez madde-toplam korelasyon analizi yapılmıştır.

Ölçeğin 6 madde (12.,17.,19.,24.,26.,30.) çıktıktan sonra kalan madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde Tablo 8'de görüldüğü gibi, ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip madde 0,31 ile madde 6 (Ölüm; doğal, inkar edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir) olduğu, en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde 0,62 ile madde 15 (Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur) olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin her bir maddesinin ait olduğu alt boyut toplam puanları ile korelasyonları incelendiğinde ise Tablo 9'da görüldüğü gibi ölçekte, en düşük alt boyut madde-toplam puan korelasyonuna sahip madde 0,28 ile madde 3 (Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım) olduğu, en yüksek alt boyut madde-toplam puan korelasyonu olan maddenin ise 0,76 ile madde 15 (Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur) olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin her bir alt boyut toplam puanının, ölçek toplam puanı ile korelasyonuna bakıldığında “Kaçış Kabullenme” alt boyutunun korelasyon katsayısının Tablo 10’da görüldüğü gibi, 0,74 ile en düşük korelasyon katsayısına sahip olduğu, en yüksek korelasyon katsayısına sahip alt boyutun ise 0,86 ile “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutu bulunmuştur.

Yapılan madde analizi sonucunda ölçeğin son halinin 26 maddeden oluştuğu maddenin tümünün iyi çalışan maddeler olduğu söylenebilir. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”ne yapılan madde analizi sonucunda ölçeğin tüm maddelerinin güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

Yarı - Test Güvenirlik Yöntemi

Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenirliliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin de aynı özelliğini kanıtlamak gerekir. İç tutarlılık güvenirlik katsayısı hesaplama yöntemlerinden birisi de yarı test güvenirliliğinin hesaplanmasıdır. Yarı-test güvenirlik yönteminde ölçek test maddeleri iki eşit parçaya bölünerek ölçüm sonuçları arasında korelasyon hesaplanır. Testi iki yarıya bölme işleminde; testin iki yarısının paralel olduğu varsayımı yatar; yani her iki yarının ortalama ve varyanslarının eşit olduğu kabul edilir. Bu nedenle iki yarı arasında korelasyon değeri iki yarım için eşdeğerlik katsayısını verir (30). Testin bütüne ilişkin güvenirlik katsayısını elde etmek için Spearman Brown tarafından geliştirilen bir eşitlikten yararlanılmaktadır. (5,6,32,37).

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin son haliyle yarı test güvenirlik sonuçlarına göre, ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon değeri 0,72, birinci yarının (13 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,63, ikinci yarının (13 madde) Cronbach Alpha katsayısı

0,82, Spearman-Brown katsayısı 0,69 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,67 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur (Tablo16).

Bu sonuçlar ölçeğin kabul edilebilir iç tutarlılığa sahip ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Zamana göre değişmezlik

Yapılan bir ölçmede kullanılabilirlik ölçütlerinden biri de “zamana göre değişmezlik”tir. Pratikte çok uygulanan “zamana göre değişmezlik” daha çok “test-tekrar test” (test-retest) tekniğidir. “Test-tekrar test” güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (23,46,79,80). Aynı testin aynı bireylere, aynı koşullarda ancak farklı zamanlarda uygulama arasındaki korelasyonla bulunan güvenilirlik katsayısı “*kararlılık katsayısı*” olarak yorumlanır (23,31). “Test-tekrar test güvenilirliği” aralıklı ya da aralıksız yöntem şeklinde uygulanabilir. Aralıklı yöntemde bırakılacak zaman aralığı iki haftadan az, dört haftadan fazla olmamalıdır (37, 46).

İki uygulama arasındaki ilişki için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı hesaplanır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilendiği ve küçük gruplarda kararlılık gösterebilmesi için, grubun en az 30 kişiden oluşması gerektiği belirtilmektedir (3,4).

Bu bilgilere dayanarak, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin güvenilirlik sınavında “test-tekrar test güvenilirlik” ölçütü için çalışmaya katılan, 30 hemşireye ilk test uygulamasından 15 gün sonra ölçek tekrar uygulanmıştır.

Bu bölümde ölüme karşı tutum ölçeği için yapılan test -tekrar test güvenilirlik analizi sonuçları bulunmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” toplam puanlarının test-tekrar test sonucu toplam puanlarının %78’lik bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Korelasyon katsayısının gücüne bakıldığında da 0,70–0,89 düzeyi yüksek ilişkinin varlığından söz ettiği için, iki ölçüm arasında yüksek ilişki gücünden söz etmek mümkündür (($r=0.85$, $R^2= 0.78$, $p<0.01$) (Tablo 23) (3,4,23). Bu ilişki doğrusal bir ilişkidir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Uyarlama çalışmalarında test-tekrar test yönteminde korelasyon katsayısı 0.78 kabul edilebilir düzeydedir (23,37).

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarının test-tekrar test yöntemine korelasyon katsayıları incelendiğinde “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutu 0,72; “Kaçış Kabullenme” alt boyutu 0,80; “Ölüm Korkusu Ve Ölümden Kaçınma” alt boyutu ise 0,70 olarak kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunmuştur. Bu çalışma ile uyumlu olarak Wong ve arkadaşlarının (1994) yapmış oldukları orijinal çalışmada da ölçeğin alt boyutları için test-tekrar test yönteminde korelasyon katsayılarının 0,61 ile 0,83 arasında değiştiği bildirilmiştir.

Tüm bu sonuçlara dayanarak, ölüme karşı tutum ölçeği değişik zamanlarda yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahiptir.

Elde edilen bu bulgulara doğrultusunda, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin zamana göre kararlılığının yüksek düzeyde sağladığını söylemek mümkündür.

4.2.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Ölçme aracının amaca hizmet etmesi, onun ölçmek istediği özelliği doğrulukla ölçmesi ile yakında ilişkilidir. Doğru ve güvenilir bir ölçüm yapamayan ya da doğru ölçüm yapıp, kullanılma amacına hizmet etmeyen bir ölçme aracının kullanılması uygun değildir. Bu durum ölçme araçlarının güvenilirliğinin ve geçerliğinin birlikte ele alınmasını gerekli kılar. Bir ölçme aracının geçerli olabilmesi güvenilirliğine bağlı

olmasına rağmen, güvenilir olup da geçerli olmayan bir ölçme aracı, uygulamada herhangi bir öneme sahip değildir (32).

Bir ölçme aracının güvenilirlik ile birlikte önemli teknik özelliklerinden biri de geçerliğidir. Geçerlik, bir ölçme aracının geliştirildiği amaca hizmet derecesi, olarak tanımlanabilir. Geçerlilik, bir testin neyi ölçtüğü ve bu işi ne denli isabetli/doğru olarak ölçtüğü anlamına gelmektedir. Bir ölçeğin geçerliği, onun istenilen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı kalarak yapma derecesi denilebilir. Geçerlik bir ölçme aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir (3,61).

Bireyler üzerinde ölüm tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilen “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”ni ülkemize uyarlamak için geçerliğini saptamaya yönelik ölçeğin kapsam geçerliği, yapı-kavram geçerliği, hipotez sınanması analizi bilinen grup geçerliği tekniklerinden yararlanılmıştır. Aşağıda ölçeğin geçerliğe yönelik çalışmalar yer almaktadır.

4.2.2.1. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Kapsam Geçerliği'nin Değerlendirilmesi

Kapsam/içerik geçerliği ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen özellik alanını yeterli düzeyde temsil edip etmediğini gösterir. İçerik geçerliliğinde kullanılan yöntemlerden birisi de uzman görüşü alınarak anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. Ölçüm aracı, hakem olarak kabul edilen konu ile ilgili uzmanların görüşüne sunulurken, geri bildirim vermeleri ve değerlendirmeleri istenir. İçerik geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. Ölçeğin yeterliliğini garanti altına alabilen nesnel kriterler yoktur. Uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması bir gösterge olabilir. Ancak uzmanların maddelerin uygunluğunu puanlar

vererek değerlendirmelerini sağlayacak bir form da kullanılabilir. Görüşü alınacak uzman sayısı için literatürde en az 2 kişinin olması gerektiği, gerekli durumlarda bu sayının 20'ye kadar çıkabileceği, dolayısı ile bu sınırlar içinde araştırmacının uygun sayıda görüş alabileceği bildirilmiştir (80). Bu çalışmada çevirisi tamamlanan ölçeğin oluşturulan Türkçe formu kapsam geçerliği açısından değerlendirilmeleri için konuyla ilgili 5 uzman hemşire öğretim üyesi, 3 uzman tıp öğretim üyesi olmak üzere toplam 8 uzmana verilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde , Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin maddelerin 8 uzmanın değerlendirilmesi sonucunda her bir madde için elde edilen maddelerin puan ortalamaları alınmıştır. Uzman görüşleri arasında ortalaması 2'nin altında olan maddelerin çıkarılması kararlaştırılmıştır. Bunun yanında uzmanların maddeler ile ilgili önerileri açık uçlu geri bildirimler olarak alınmıştır (Tablo 12).

Uzman görüşleri sonucunda;

Madde3- “Ne pahasına olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım” ifadesinde “ne pahasına olursa olsun” kelimesine yerine “ne olursa olsun” ifadesinin yer alması,

Madde 7- “Ölümün kesinliğini beni rahatsız eder” ifadesinde “kesinliği” kelimesi yerine “bir son olması” ifadesinin yer alması

Madde 8- “Ölüm, yeni bir yaşamın başlangıcıdır” ifadesi “Ölüm, mükemmel bir yere giriştir” şekline düzeltilmesi,

Madde 9- “Ölüm bu korkunç dünyadan bir kaçıştır” ifadesi “Ölüm bu korkunç dünyadan bir kaçıştır” şeklinde düzeltilmesi,

Madde 21- “Ölümün her şeyin sona ereceği anlamında olması ve bunu bilmek beni korkutur.” ifadesi “Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur” şeklinde düzeltilmesi,

Madde 22- “Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşmayı umut ederim.” ifadesinde “buluşmayı” ifadesi yerine “buluşacağımı” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 27- “Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde kurtuluşudur” ifadesinde “kurtuluşudur” kelimesi yerine “serbest kalışıdır” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 28- “Ölümlle yüzleştüğimde beni rahatlatan tek şey; bir başka dünya olduğuna inanmamdır.” ifadesinde “bir başka dünya olduğuna” kelimesi yerine “ölümden sonra bir hayata” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 31- “Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ediyorum” ifadesinde “ediyorum” kelimesi yerine “ederim” ifadesinin uygun olacağı,

Madde 32- “Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendiriyor” ifadesinde “endişelendiriyor” kelimesi yerine “endişelendirir” ifadesinin uygun olacağı yönünde görüş bildirmişlerdir.

Uzman görüşleri sonucunda ortalama 2'nin altında hiçbir madde bulunmadığından madde çıkarılma işlemi yapılmamıştır. Tüm maddeler ile ilgili uzmanların görüşleri doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda değişiklik ve düzeltme yapılan ölçeğin ölçme amacına uygun olduğu ve ölçülmek istenilen alanı temsil ettiği söylenebilir. Dolayısıyla uzman görüşleri ve önerileri kapsam geçerliği sonucunda kapsam geçerliği ölçütü sağlanmıştır.

Çevirisi yapılarak dil eşdeğerliği sağlanan ve kapsam geçerliği sonucunda geçerli düzeltmeler yapılan ölçüm aracının, psikometrik özelliklerin incelenmesine geçilmeden önce pilot bir gruba uygulanmaları ölçek maddelerinin ile ilgili yapılması gereke başka düzeltmelerin olup olmadığı belirlenmelidir. Bu amaçla uzman görüşünden sonra son şekli verilen ölçek araştırma kapsamına alınacak hemşirelerle benzer özelliklere sahip 30 kişilik hemşire grubuna (pilot) ön uygulama şeklinde uygulanmıştır. Ön uygulamada, ölçekte yer alan her madde hemşireler tarafından

okunduktan sonra araştırmacılar tarafından bu maddelere ilişkin dūřünceleri ve maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığı sorulmuştur hem verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ölçek maddelerini cevaplamada zorlanmadıkları görüldüğüne ölçekten madde çıkartılmıştır. Ön uygulama yapılan hemşirelerin verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

4.2.2.2. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Yapı-Kavram Geçerliği” Değerlendirilmesi

Psikometrik çalışmalarda ölçmeye konu olan psikolojik yapılar olduğu için bu tür çalışmalarda yapı kavram geçerliği ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla ölçüm araçları için “yapı-kavram geçerliği” birinci derecede önem taşır. “Yapı-kavram geçerliği” bir yandan ölçeğin ya da testin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu araştırır, diğer yandan ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırır. Bu süreç, ölçeğin ölçtüğü faktörler incelenerek ya da geçerliği araştırılan ölçeğin diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisini araştırarak gerçekleştirilir. Her defasında ölçekle ilgili yeni bir parça bilgi elde edilerek, yığılmalı bir şekilde ölçeğin yapısı ve puanın anlamı hakkında bilgiler elde edilir (32).

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin yapı-kavram geçerliği”ni değerlendirmede faktör analizi, hipotez testi yöntemi ve bilinen grupların karşılaştırılması yöntemleri kullanılmıştır.

Faktör Analizi

Faktör analizi, maddelerin birbiri ile korelasyonlarına dayanır; korelasyon matrisleri tekrar edilerek maddeler adeta harmanlanarak yoğurulur, böylece aynılar

aynı yere farklı olanlar ayrı yere kümelenir. Faktör çözümlenmesi, çok sayıda değişkenin birkaç başlık altında toplanmasıdır (78).

Faktör analizi yaparken; bir kuramsal model varsa ve bu model faktör sayısı ile birlikte, faktörlerin neler olabileceği konusunda da bazı yordamalarda bulunuyorsa ya da ölçek yeni geliştirilen değil kültürel uyarlaması yapılan bir ölçek ise ve madde sayısı biliniyor ise verilere Doğrulayıcı (confirmatory) Faktör Analizi uygulanmalıdır. Modelin olmadığı, araştırmacının ölçme aracının ölçtüğü, faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçüm aracı ile ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı durumlarda Açıklayıcı (exploratory) Faktör Analizi kullanılır. Faktör yapısını incelemek amacı ile, ölçek maddelerinin cevaplarına verilen puanlara Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yapılır. Bu durum, birbirinden bağımsız alt boyutların oluşmasını sağlar (3,61).

Faktörlerin hesaplanmasında, özdeğer (eigen value) göz önünde bulundurulur. Özdeğer, bir faktör tarafından açıklanan toplam varyanstır. Genellikle özdeğeri 1 veya daha büyük olan faktör sayısının yorumlanması uygun görülmektedir. Faktör örüntüsünün oluşturulmasında ise, 0,30-0,40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası alınabileceği belirtilmektedir (4,23).

Ölüme karşı tutum ölçeğine uygulanan madde analizi sonucunda 12.,17.,19.,24.,26. ve 30. maddelerin madde-toplam katsayısının istenilen düzeyin altında 0,40 bulunduğu bu maddeler ölçekten çıkarılarak 26 maddeye indirgenen ölçeğe faktör analizi yapılmıştır. Tablo 13'de Ölüme Karşı Tutum Ölçeğini ülkemize uyarlama çalışmasında ölçeğin uygulan madde analizi neticesinde ölçekten 6 madde çıkarıldığı için yapının tekrar yordanması, dolayısıyla yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizinden (exploratory) yararlanılmıştır.

Faktör analizi uygulanırken örneklemin tutarlığı ve yeterliliği dikkate alınması gerek konulardandır. Faktör analizi yapılırken örneklemin yeterliliğine Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO değeri; 0.90-1.00 olduğunda **mükemmel**, 0,80-0,89 arası olduğunda **çok iyi**, 0,70-0,79 arasında olduğunda **iyi**, 0.60-0.69 arasında olduğunda **orta**, 0,50-0,59 arasında **zayıf**, 0,50'nin altında olduğunda **kabul edilemez** olarak değerlendirilir. Dolayısıyla iyi bir faktör analizi için KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması istenir. Bu araştırmada ise, verilere yapılan faktör analizinde **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)** katsayısı ile hesaplanan örneklem yeterliliği **0.84** ve **Barlet testi** sonucu **ileri düzeyde** ($X^2=2981,582$; $p=0,00$) **anamlı** bulunmuştur (Tablo 13).

Elde edilen bu bulgular faktör analizi gerçekleştirebilmek için üzerinde çalışılan örneklem büyüklüğün yeterli ve verilerin uygun olduğu gösterilmektedir.

Faktörlerin hesaplanmasında, özdeğer (eigen value) göz önünde bulundurulur. Faktör sayısı kadar özdeğer hesaplanır. Özdeğer, faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Her bir faktörün özdeğeri soru sayısına bölüldüğünde toplam varyansın ne kadarını açıkladığı saptanır. Genellikle özdeğeri 1 veya daha büyük olan faktör sayısının yorumlanması uygun görülmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) normalleştirmesine göre özdeğeri 1,00'in üzerinde olan faktörlerin yoruma esas alınması gerekmektedir. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Ancak sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40-60 arasında değişen varyansın oranları yeterli kabul edilmektedir (61,78).

Bu bilgiler doğrultusunda son hali ile 26 madde olan Ölüme Karşı Tutum Ölçeği maddelerine verilen puanlara Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) Varimax rotasyon yöntemi uygulanmıştır. Ölçek maddelerine uygulan

Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) sonucunda özdeğeri 1'i aşan 3 faktör elde edilmiştir. Her bir faktörünü altında yer alan maddelerin yükleri incelendiğinde, maddelerin faktör yüklerinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 18'da görüldüğü gibi, elde edilen her faktörün öz değeri 1'in üzerindedir. Üç faktörlü ölçeğin çözümlenmesinde özdeğerler sırası ile Faktör 1: 6,00, Faktör 2: 3,30, Faktör 3: 2,05 olarak bulunmuştur. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans 7,89 ile 23,08 arasında değişmekte olup, üç faktörün açıldığı toplam varyans %43,67 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada faktör yüklerin kesme noktası orijinal çalışmada olduğu gibi 0,40 olarak alınmıştır. Wong ve arkadaşları (1994) tarafından elde edilen tüm faktör yükleri bu değer üzerinde. Tablo 13'de görüldüğü gibi ölçekteki hiçbir maddenin faktör yükü 0,40 altında olmadığı için faktör analizi sonucunda ölçekten madde çıkartma işlemi yapılmamıştır.

Faktör sayısını netleştirmek ve yeniden sınamak için Scree Plot Sınaması yapılmış, özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler scree plot grafik metodu olarak incelenmiştir. Scree Plot ile ilişkin bulgular grafik 1 de gösterilmiştir. Grafik incelendiğinde grafik eğrisinin hızlıca gösterdiği nokta 3. faktörün olduğu yerdir. Böylece ölçekteki madde sayısının 3'te kalması düşüncesine ulaşılmıştır.

Tablo 13'deki verilere göre birinci faktörde 4., 6., 8., 13., 14., 15., 16., 22., 25., 27., 28., 31. maddelerin ikinci faktörde 5., 9., 11., 23., 29. maddelerin üçüncü faktörde ise 1., 2., 3., 7., 10., 18., 20., 21., 32. maddelerin daha yüksek değerlerde yüklendiği görülmektedir. Birinci faktörde yer alan on üç maddenin faktör yükleri; 0,42 – 0,77 arasında, ikinci faktörde yer alan beş maddenin faktör yükleri; 0,60 – 0,71 arasında üçüncü faktörde yer alan dokuz maddenin faktör yükleri; 0,42-0,71 arasında değişmektedir. Faktör gruplarının içi tutarlılık katsayıları incelendiğinde *birinci*

faktörün Cronbach Alpha değeri 0,86; ikinci faktörün Cronbach Alpha değeri 0,74; üçüncü faktörün Cronbach Alpha değeri ise 0,76'dır. Ölçme aracında kullanılan madde sayısı, elde edilen iç tutarlılık katsayılarını etkilemekte, madde sayısının az olan ölçeklerde alfa katsayısı gerçek değerden daha düşük çıkmaktadır (23). Bu çalışmada da faktörlerin iç tutarlılık kat sayıları kabul edilebilir. Sınırlar içinde olmasına rağmen, ölçekte yer alan ikinci faktörün alfa katsayısının 1. ve 3. faktöre göre daha düşük çıkması madde sayısı ile ilişkili olarak düşünülebilir.

Faktör gruplarının isimlendirilmesi orijinal alışmada yer alan beş alt boyuta bağlı kalınarak yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçek Wong ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında belirlediği faktör yapısından farklı biçimde ortaya çıkmıştır ve bu çalışmada orijinal çalışmadaki iki alt boyutun birleştiği dikkat çekmiştir. Faktör gruplarındaki ölçek maddeleri incelendiğinde, yeni oluşan Türkçe ölçek yapısında dört alt boyutun birleşerek iki alt boyut oluşturduğu görölmüştür. Orijinal çalışmada ölüm olayının, yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu ifade eden "**Tarafsız Kabullenme**" ve ölümün ölümden sonra hayata bir geçiş olduğuna inanma olarak açıklanan "**Yaklaşım Kabullenme**" faktörü ayrı alt boyutlar olarak değerlendirilirken, bu çalışmada bu iki alt boyut aynı faktör altında toplanmış olup "**Tarafsız ve Yaklaşım Kabullenme**" alt boyutu olarak isimlendirilmiştir. Ölüme karşı tutum, toplum ve bireyi dinsel inançlarıyla ilişkili olduğu için bireyden bireye, bir toplumdaki bir topluma göre değişiklik gösterebilir. Bu konuda yapılan çalışmalar, dinsel inançları güçlü olan kimselerin kendilerinin ve diğer yakınlarının ölümünü daha sakin bir şekilde hazır olduklarının göstermişlerdir (7,8,9,56).

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından orijinal çalışmada üçüncü faktör olarak isimlendirilen "**Kaçış Kabullenme**" faktörü bu çalışmada da yapısının koruyarak aynı maddeleri tek bir faktör alt boyut altında toplandığı görölmekte olup, yine Kaçış

Kabullenme alt boyutu olarak isimlendirilmiştir. “**Kaçışı Kabullenme**” alt boyutu ölümün, yaşamın fiziksel veya psikolojik zararlarından kurtaracağına inanma olarak açıklanmaktadır. Dolayısıyla dinsel inanç ayrımı olmaksızın ölümün yaşamdan kaçış olma düşüncesinin kültürler arasında bir farklılık göstermediği düşünülebilir.

Yine orjinal çalışmada, bireyin ölüme yaklaştığında hissettiği korku olarak tanımlanan “**Ölüm Korkusu**”, ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçınılan bir savunma mekanizması olan “**Ölümden Kaçınma**” faktörü ayrı alt boyutlar olarak değerlendirilirken, bu çalışmada bu iki alt boyut aynı faktör altında birleşmiş olup orijinal çalışmaya bağlı kalınarak “**Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma**” alt boyutu olarak isimlendirilmiştir. Ölüm korkusunun psikolojik açıdan bireyin tüm korkularının ya da endişelenme noktasında yer aldığı söylenebilir. Nitekim ölüm korkusu, bütün bireylerde yaşanan bir korkudur. Ölüm korkusu için bir çok neden vardır. Ayrılma korkusu, bilinmeyen korkusu, ağırlı ölme korkusu ve ilahi yargısı korkusu bunlardan bazılarıdır. Bununla birlikte ölümden kaçınmanın özünde ise reddetme yatmaktadır. Halbuki psikolojik reddetme ya da kaçınma savunması eninde sonunda yaşlanmanın dolayısıyla ölümlle karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Bu nedenle insanlar ölüm korkusunu yenmek üzere önce ölümden kaçınma savunma mekanizmasını, ardından da kabullenme ihtiyacı duyarlar.

Sonuç olarak ölüme karşı tutum ölçeğinin faktör yapısı Wong ve arkadaşlarının belirlediği yapı ile tam olarak örtüşmemekle birlikte kavramsal olarak istenilen alt boyutlar ile uyum göstermektedir.

Hipotez sınanması

Yapı geçerliğinde sık kullanılan bir teknik hipotez sınanmasıdır. Bu yöntemde araştırmacı ilgili kaynaklar ya da gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirerek test eder (31,59). Hipotezler ölçme aracından elde edilen puanı etkileyen deneysel ve gelişimsel değişkenler, başka ölçüm aracından (92)

Ölümün birçok açıdan incelenebilecek bir olgu olması, konuyla ilgili çok sayıda araştırma ve çalışma yapılmasına neden olmuştur. Bu araştırmada da, literatür ışığında hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını ölçebilecek “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin geçerlik analizinde ölüm korkusu, ölüm kaygısı gibi kavramlar kullanılarak incelenmiştir.

Yaşam süreci incelendiğinde bireye başlangıcı ve sonu olmayan birçok sorumluluklar yüklendiği görülmektedir. Bunlar bireyin günlük gereksinimlerini karşılamasından meslek sahibi olmasına kadar olabilir. Buna karşın bunların hepsinin sonu olarak algılanan ölüm, insanlar için bir o kadar doğal bir o kadar da bitiş yani son olarak algılanmaktadır. Burada yaşanan psikolojik çelişki ölüm korkusu ve ölüm kaygısı gibi kavramları karşımıza çıkararak dolayısıyla ölüme karşı tutumu oluşturmaktadır (93).

Wong ve arkadaşları (1994) ölüme karşı tutumu; **Ölüm Korkusu, Ölümden Kaçınma, Yaklaşım Kabullenme, Tarafsız Kabullenme Ve Kaçış Kabullenme** olarak kavramsal bir yapı sunmaktadır. Ölüm korkusunun güçlü ve evrensel bir algı olduğu düşünüldüğünde; açıklanan diğer dört boyut ölüm kaygısı ile baş etmeye yönelik bir savunma mekanizması olarak yorumlanmaktadır (87,88). Dolayısıyla ölüme karşı tutum ile yaşanan ölüm kaygısı arasında bir ilişki düşünülebilir (87). yapılan çalışmalarda ölüm, çok boyutlu bir kavram olarak görülmüş ve çeşitli

yönleriyle incelenmiştir. Nitekim, ölüm kavramına temel ilkeleri arasında önemli yer veren varoluşçu psikolojiye göre ölüm, insanı bir takım ikilemlerle karşı karşıya bırakarak onun hayata ilişkin korkular, kaygılar ve anlamsızlıklar yaşanmasına neden olmaktadır (90).

Nitekim Ertufan (2000), "Ölüm Kaygısı Ölçeği" ve "Ölüm Korkusu Ölçeği"ni ülkemize uyarlaması çalışması sonucunda, araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile ölüm korkusu arasında güçlü bir korelasyon bulunduğunu belirtmiştir. (33,44).

Bu bilgiler doğrultusunda ölüme karşı tutum ölçeğinin yapı geçerliğine kanıt oluşturabileceği düşünülerek, bireylerin ölüme karşı tutumu ile yaşadıkları ölüm kaygısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada bu ilişki incelemek ve ölçeği yapı geçerliğini kanıt oluşturmak amacıyla Thorson ve Powell tarafından geliştirilen ve Yıldız ve Karaca (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Ölüm Kaygısı Ölçeği" kullanılmıştır (96).

Literatürdeki bu bilgilerden yola çıkarak araştırma örneklemine hipotez sınanması testi için "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" ile birlikte "Ölüm Kaygısı Ölçeği" uygulanmış her iki ölçekten elde edilen puanların korelasyonu incelendiğinde "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" puan ortalamaları ile "Ölüm Kaygısı Ölçeği" puan ortalamaları arasında tüm ölçek için doğrusal yönde ve 0,36 ($p=0,01<0,05$) orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 14). Bunun yanında ölçeğin her bir alt boyutunun "Ölüm Kaygısı Ölçeği" puanı ile ilişkisi incelendiğinde, 1.faktör olan "*Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme*" alt boyutu için 0,42; 2.faktör olan "*Kaçış Kabullenme*" alt boyutu için 0,27; 3.faktör olan "*Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma*" alt boyutu için ise 0,40 olarak bulunmuştur. (Tablo 15). Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Ölüm Kaygısı

Ölçeği arasındaki ilişkiler incelediğinde, ölüm kaygısı ile ölçeğin tüm alt boyutlar ile pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir.

Bu çalışma ile benzer şekilde Ertufan (2000), çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile ölüm korkusu arasında güçlü bir korelasyon bulunduğunu belirtmiştir (33,44). Bu ilişkilerin beklenen yönde olması ölçeğin hipotez sınanması analizi sonucunda incelenen yapı geçerliğini destekleyen bir bulgudur.

Pek çok düşünür ölüme ilişkin tutumları açıklamaya çalışmıştır. Bununla birlikte ölüme ilişkin tutumların nedenlerini anlamaya çalışan birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmalarda ölüm kaygısının çoğunlukla; din, yaş, cinsiyet, meslek, sosyo-ekonomik düzey vb. gibi değişkenlerle ilgisinin incelendiği görülmektedir (22,28,33,43,44,47,48,68,71,76,77,93).

Bilinen Grupların Karşılaştırılması

Bir ölçüm aracının yapı geçerliğini değerlendirirken yararlanılan yöntemlerden birisi de “bilinen grup” (ayırt edici geçerlik) ile karşılaştırmadır. Bilinen grup karşılaştırmasında; araştırmacı kurama bağlı olarak, bir testten anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupları belirler, ölçme aracını her iki gruba uygular ve gruplar arası farka bakar. Diğer bir deyişle, gruplardan birisi, ölçülmek istenen faktörler açısından özellikleri bilinen bir gruptur. Ölçme sonucunda, özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasında fark olması beklenir (14,40,66,78)

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin yapı geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan “bilinen grup” ile karşılaştırma analizlerinin değerlendirmeleri aşağıda tartışılmıştır.

Wong ve arkadaşları (1994) ölçeğin alt boyutlarının her birinin tanımını açıklar. “**Ölüm Korkusu**” bir kişinin ölümlle yüz yüze geldiğinde hissettiği korku hissidir.

“Ölümden Sakınma” ölüm kaygısını azaltmak umuduyla ölümü düşünmekten ve onun hakkında konuşmaktan kaçınmadır. Dolayısıyla, **“Ölümden Sakınma”** bir kimsenin ölümü kendi aklından uzak tutmada kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. **“Tarafsız Kabullenme”** ölümün yaşamın bir parçası olduğuna inanmaktır bu şekilde bir kimse ne ölümden korkar ne de onu kabul eder; kişi sadece onu yaşamın değiştirilemeyecek gerçeklerinden biri olarak kabul eder ve sınırlı hayattan en iyi şekilde yararlanmaya çalışır. **“Yaklaşımı Kabullenme”**, ölümün diğer hayata geçiş olduğunu düşünerek, mutlu bir ahiret hayatına inanmaktır (85,87)

Psikoloji alanında özellikle 1937 yılından sonra ölüm ve ölüm süreci ile ilgili tutumlar bilimsel bir problem olarak incelenmeye ve araştırmaya başlanmıştır. Dolayısıyla pek çok araştırmada ölüme ilişkin tutumlar açıklanmaya çalışılmıştır. Ölüme ilişkin tutumların nedenlerinin anlamaya çalışan bu araştırmadan elde edilen bulgular ölüm kaygısı ve ölüm korkusu gibi bazı değişkenleri yaş, cinsiyet, meslek ve sosyo-ekonomik düzey gibi değişkenlerle ilişkisi olduğunu işaret etmektedir. (91,93,94,95). Bu amaçla bilinen bu gruplarla ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanlar arasında istatistiksel analizinin sonucu tablo 16’ de gösterilmiştir.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; **1. faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları;** 18-26 yaş arası grubunda $50,68 \pm 11,96$; 27-34 yaş arası grubunda $51,54 \pm 12,66$ ve 35 ve üstü yaş arası grubunda da $56,86 \pm 14,02$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 2,026; $p=0,03 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 16**).

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin (*Death Attitude Profile-Revised*) orijinal formunda Wong ve arkadaşları (1994) “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” alt boyutlarının yaş ile anlamlı korelasyona sahip olduğu yaş ile birlikte pozitif yönde “Tarafsız Kabullenme” ve “Yaklaşım Kabullenme” alt boyutlarının puan ortalamalarının artış gösterdiğini belirtilmiştir (85,87). Nitekim Wong’un belirtildiğine göre Gesser (1987) taraf ve yaklaşım kabullenme alt boyutunda ileri yaşın puan ortalamalarında pozitif yönde artış gösterdiğini belirtilmiştir.

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $21,70 \pm 7,05$; 27-34 yaş arası grubunda $20,63 \pm 6,19$ ve 35 ve üstü yaş grubu arasında $26,20 \pm 7,50$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 0,787; $p=0,02 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) bu farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 16**).

Orijinal çalışmada Wong ve arkadaşları (1994) “Kaçış Kabullenme” alt boyutun puan ortalamasının yaş ile anlamlı korelasyona sahip olduğu, yaş ile birlikte pozitif yönde artış gösterdiği saptanmıştır. İleri yaştaki bireylerin ölüme yaklaştıkça ölümü tüm sıkıntılardan kurtuluş olarak gördükleri için kaçış kabullenme savunma mekanizmasını kullandıkları düşünülebilir.

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $36,43 \pm 10,06$; 27-34 yaş arası grubunda $31,44 \pm 10,36$ ve 35 ve üstü yaş grubu arasında $30,06 \pm 10,11$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 0,512; $p=0,02 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) bu farkın 18–26 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 16**).

Yine orijinal çalışmada Wong ve arkadaşları (1994) “Ölüm Korkusu” alt boyutunun yaş ile birlikte negatif yönde anlamlı korelasyona sahip olduğu saptanmıştır (87).

Benzer biçimde Tatar (1988) yaptığı çalışmada, 18-22 yaş grubundaki genç hemşirelerin diğer yaş gruplarına göre ölüm olayına karşı kaygı yaşadıkları anksiyete duyduklarını belirtmiştir (77).

Genç yaş grubu ölüm olgusu karşısında reddedici bir tavır içine girmiş oldukları görülmektedir. Bu sonuç, Elkins ve Fee'nin belirttiği gibi, bireylerin gençlik döneminde fiziksel kaygı düzeyi yüksek olduğu için, ölüme ilişkin kaygının da yüksek olduğunu göstermektedir. Bu amaçla, genç birey zihinsel açıdan rahat olmak için, ölüme ilişkin bu kaygıyı bastırmaya ve reddetmeye çalışır. Dolayısıyla, gençler ölüme ilişkin kaygıyı daha fazla yaşarlar. Oysa, yaşlı bireyler ölüm olayına daha kaderci ve kabullenici yaklaşmaktadır. Nitekim, Yıldız'ın (1994) belirttiğine göre; Feifel yapmış olduğu çalışmasında, “insanlar hangi yaşlarda ölümden en az korkarlar?” sorusuna yanıt olarak “Yaşlılık Dönemi” şeklinde yanıt verenlere, bunun nedeni olarak “artık hayatı yaşamışız ve ölümü kabullenmişiz” şeklinde açıklama getirdiklerini belirtmiştir (93).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *medeni durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Hemşirelerin 1. faktör “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları; evli hemşirelerde 53,52±12,67; bekar hemşirelerde 53,46±12,88 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,043; p=0,54>0,05) **(Tablo 17)**.

Hemşirelerin 2. faktör “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları puan ortalamaları; evli hemşirelerde 22,39±6,40; bekar hemşirelerde 21,07±7,10 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,420; p=0.11>0,05) (**Tablo 17**).

Hemşirelerin 3.faktör “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları için **Tablo 25** incelendiğinde; evli hemşirelerde 30,45±10,37; bekar hemşirelerde 42,36±9,88 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t:2,727; p=0,23>0,05) (**Tablo 17**). Dolayısıyla evli olan hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma durumunun bekar hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Literatürde konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde evli olma durumu, çocuk sahibi olma durumu ve aynı evde yaşamanın, kişinin duygusal paylaşımını artıracak, dolayısıyla stres ile başa çıkmada daha başarılı olacağına ilişkin sonuçlar bildirilmektedir (33,43,44,77). Bu çalışmanın sonucunu destekler biçimde Tatar, “Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerini” incelemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin evli olma durumunun ölüme karşı yaşanan anksiyete düzeyinin olumlu yönde etkilediğini belirtirken ; Barlas¹, Onan² ve Yurt³ ise çalışmalarında ise evli olma durumunun ölüm anksiyetesinin etkilemediğini belirtmişlerdir (43,77). Bu sonuçlar arasındaki farkın, çalışmaların uygulandığı örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

¹ Barlas Ü.G.,(1998) İstanbul İli Hemodiyaliz Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Depresyon Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

² Onan N.G.,(2001) Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

³ Yurt V.,(1990), Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Duygu ve Görüşlerin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin *çocuk sahibi olma durumuna göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde $54,10 \pm 12,57$; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde $53,16 \pm 12,88$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t:0,63$; $p=0,75 > 0,05$) (**Tablo 18**).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde $22,04 \pm 6,70$; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde $20,77 \pm 6,79$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t:1,60$; $p=0,89 > 0,05$) (**Tablo 18**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde $33,99 \pm 10,03$; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde $25,70 \pm 10,32$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ***anlamlı*** bir fark saptanmıştır ($t: 0,25$; $p=0,02 < 0,05$) (**Tablo 18**).

Ölüme ilişkin yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olma durumunun bireyin duygusal paylaşımını artıracığı için, ölüm korkusunu daha fazla yaşadıkları bunun yanında ölüm olayı ile başa çıkmada daha başarılı olacağına ilişkin sonuçlar bildirilmektedir ($33,43,44,77$). Nitekim bu çalışmada da çocuk sahibi olma durumunun ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puanlarını etkiledikleri görülmektedir.

Hemşirelerin *kayıp yaşama durumuna göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $59,86 \pm 12,81$ kayıp yaşamayanlar $51,88 \pm 12,49$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t:1,08; p=0,02<0,05) (Tablo 19).

Hemşirelerin 2. faktör “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $28,35 \pm 6,59$, kayıp yaşamayanlar $20,63 \pm 7,59$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,74; p=0,02<0,05) (Tablo 19).

Hemşirelerin 3.faktör “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $40,79 \pm 10,38$, kayıp yaşamayanlar $33,87 \pm 9,48$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,06; p=0,03<0,05) (Tablo 19).

Kara (2002), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerini belirlemek için yaptığı çalışmada hemşirelerin sevilen bir kişinin kaybını yaşama durumu ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (43). Yine Knight ve arkadaşlarının(2000) yaptığı DAP-R ile yaptığı çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (47). Dolayısıyla bu sonuç bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *eğitim durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların $54,91 \pm 13,68$; önlisans mezunu olanların $51,16 \pm 12,12$; lisans mezunu olanların $54,06 \pm 12,80$; yüksek lisans

mezunu olanların $51,91 \pm 11,61$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW $\chi^2:4,619$; $p=0,20 > 0,05$) (**Tablo 20**).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların $21,44 \pm 6,97$; önlisans mezunu olanların $17,07 \pm 5,07$; lisans mezunu olanların $17,43 \pm 6,60$; yüksek lisans mezunu olanların $17,64 \pm 4,46$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır. Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) farkın “sağlık meslek lisesi” grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (KW $\chi^2:0,402$, $p=0,03 < 0,05$) (**Tablo 20**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların $42,20 \pm 10,78$; önlisans mezunu olanların $34,40 \pm 9,70$; lisans mezunu olanların $33,42 \pm 10,23$; yüksek lisans mezunu olanların $35,27 \pm 11,47$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır. Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) farkın “sağlık meslek lisesi” grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (KW $\chi^2:0,662$, $p=0,04 < 0,05$) (**Tablo 20**).

Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %61,3’ünün lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Kara (2002)’nin belirttiğine göre; Barlas ve Onan’ın çalışmalarında da benzer sonuçların bildirilmesi (43), son yıllarda hemşirelerin eğitim düzeyinde yükselme olduğunu düşündürmektedir (93).

Bu çalışma ile benzer biçimde Tatar’ın (1988) bildirdiğine göre; Lester ve arkadaşları hemşireleri kapsayan bir çalışmasında, eğitim arttıkça ölüm korkusunun azaldığını bildirmişlerdir (77).

Yine Mallory (2003) ile Wessel ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi artıkça ölüme karşı tutumlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (53,86).

Yıldız (1994) tarafından yapılan çalışmada ise, araştırma kapsamına alınan bireylerin eğitim durumuna göre ölüme karşı tutum puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (94). Dolayısıyla bu sonuçlar, bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *çalışma yıllarına göre*, “**Ölüme Karşı Tutum Ölçeği**”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde;

Hemşirelerin 1. faktör “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları; hizmet yılı 0-1 yıl arası olanların 53,38±11,91; 2-5 yıl arası olanların 53,08±12,39; 6-10 yıl arası olanların 52,85±14,34; 11 yıl ve üstü olanların 54,05±13,90 olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F:0,141, p=0,22>0,05) (**Tablo 21**).

Hemşirelerin 2. faktör “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları; hizmet yılı 0–1 yıl arası olanların 22,16±6,82; 2–5 yıl arası olanların 20,63±6,47; 6–10 yıl arası olanların 21,56±7,07; 11 yıl ve üstü olanların 27,36±7,20 olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F:0,601, p=0,03<0,05) Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 11 yıl ve üstü çalışma yılına sahip gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 21**).

Hemşirelerin 3.faktör “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları; hizmet yılı 0–1 yıl arası olanların 38,04±9,27; 2–5 yıl arası olanların

33,46±10,37; 6–10 yıl arası olanların 33,86±11,85; 11 yıl ve üstü olanların 29,46±9,09 olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F:1,197, p=0,01<0,05). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 0–1 çalışma yılına sahip gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 21**).

Mallory’in (2003) yaptığı çalışmada klinik deneyimleri fazla olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarında olumlu olduğu bildirilmişken (53), Kara (2002) ise çalışmasında klinik deneyiminin ölüme karşı tutumu etkilemediğini belirtmiştir (43).

Bu çalışmada ise klinik deneyimi az olan hemşirelerin dolayısıyla genç gruptaki hemşirelerde “ölüm korkusu ve ölümden kaçınma”; klinik deneyimleri daha fazla olan hemşirelerin “kaçış kabullenme” puanları anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *kadro durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde 53,38±13,23; sözleşmeli hemşirelerde 53,64±12,12 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,180; p=0,17>0,05) (**Tablo 22**).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde 21,40±6,68; sözleşmeli hemşirelerde 20,97±6,92 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,556; p=0,94>0,05) (**Tablo 22**).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde $32,93 \pm 10,69$; sözleşmeli hemşirelerde $35,01 \pm 9,40$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t: 1,803; p=0,09>0,05) (**Tablo 22**) .

Literatürde bu bilgilere ilişkin kaynaklara rastlanılamamıştır.

Sonuç olarak; ölüme karşı tutum ölçeğinin yapı geçerliğini sınamak amacıyla yapılan literatürde belirtilen bilinen gruplar araştırması analizleri ile ölçeğin hemşirelerin yaş grubu, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma yılı, çocuk sahibi olma durumu ve sevile kişinin kaybı gibi değişkenleri ayırt ettiği saptanmıştır. Nitekim bu durum, ölçeğin yapı geçerliğine kanıt oluşturmaktadır.

Ölüme karşı tutum ölçeğinin geçerliğine ilişkin uygulanan; kapsam geçerliği, faktör analizi, hipotez sınaması ve bilinen gruplar karşılaştırması analizleri sonucuna dayanarak, ölçek bu haliyle geçerli bir ölçektir. Ancak, ölçeklerin geçerlik çalışmaları süregelen çalışmalar olduğu için ölüme karşı tutum ölçeği kullanılarak yapılacak çalışmaların sonuçlarını da takip etmek gerekmektedir.

Sonuç olarak; Wong ve arkadaşları tarafından (1994) bireylerin ölüm tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilen ve geçerlik ile güvenirlik analizlerini yapılarak ülkemize kazandırılması amaçlanan “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin oldukça yeterli geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Bireylerin ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla bu ölçeğin güvenli bir şekilde kullanılabileceği söylenebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Bireyler üzerinde ölüm tutumlarını ölçmek amacıyla 1994 yılında ABD’de Wong, Reker ve Gesser tarafından geliştirilen “Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)” “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını saptamak amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar genel olarak incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Her İki Formunun Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan İşlemler/Dil Uyarlaması

Türkçeleştirilen ölçeğin dil eşdeğerliğini sağlamak amacıyla ölçeğin çeviri-tekrar çevirisi yapılmış ardından ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen bilgilere göre ölçekte gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Güvenirlilik Analizi Sonuçları

Ölçeğin tümünün Cronbach Alpha katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları; 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) için 0,86; 2.faktör (Kaçış Kabullenme puan ortalamaları) için 0,74; 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) için ise 0,76 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösteren veriler olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 2,71 ile 6,15 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 2,71±1,65 ile 18. madde (Ben de yoğun bir ölüm korkusu var.) sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 6,15±1,44 ile 14. madde (Ölüm yaşamın doğal bir yönüdür.) sahiptir.

Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması 17,36 ile 53,49 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya 17.36±6,27 ile 2.faktör "Kaçış Kabullenme puan ortalamaları" alt boyutu sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 53.49±12,75 ile 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) alt boyutu sahiptir. 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) alt boyut puan ortalaması 33.80±10,20 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 104,65± 20,12 olarak bulunmuştur.

Ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 0,22 ile madde 17 (Ölümden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim) dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde ise 0,58 ile madde 15 (Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.) dir.

Ölçekte 6 madde (12,17,19,24,26,30) çıktıktan sonra kalan maddelerden en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 0,31 ile madde 6 (Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir)dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde ise 0,62 ile madde 15 (Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.) dir.

Ölçekte en düşük alt boyut madde-toplam puan korelasyonuna sahip madde 0,31 ile madde 6 (*Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir*) dir. Ölçekte en yüksek alt boyut madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde ise 0,76 ile madde 15 (*Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur*) dir.

Kabul edilebilir sınırlar altında bir değer elde edilmemiştir ve bu sonuçlar da ölçeğin güvenirliğinin yüksek olduğu yönünde bulgular olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin yarı test güvenirlik analizinde; 26 maddelik “lme karşı tutum leği”nin iki yarı sđ arasındaki korelasyon 0,72’dir. Birinci yarı nđn (13 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,63; ikinci yarı nđn (13 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,82; Spearman-Brown katsayısı 0,69 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösteren veriler olarak değerlendirilmiştir.

Bu sonuçlar ışığında; “lme Karşı Tutum leği”nin Türk toplumu için güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna ilişkin hipotez kabul edilmiştir.

Geçerlik Analizi Sonuçları:

“lme Karşı Tutum leği”nin içerik geçerliğini sağlamak amacıyla 8 uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlar maddelerin uygunluğu konusunda görüş birliğine varmışlardır. Ölçeğin yapı-kavram geçerliği için yapılan “faktör analizi” sonucunda 3 faktör elde edilmiştir. Faktör yapısı incelendiğinde, orijinal formundaki faktör yapısındaki beş faktörden farklı olarak üç faktör içerdiği ve faktörlerin altında yer alan maddelerin orijinal lele benzer faktörler altında yer aldığı bulunmuştur.

Her bir faktör tarafından açıklanan varyans 7,89 ile 23,08 arasında olup, toplam varyansın %43,67’sini açıklamıştır. Bu iyi düzeyde bir varyans değeridir. Ölçeğin orijinal formu toplam varyansın %66,2’sini açıklamıştır. le maddeleri arasında faktör ağırlığı 0,30’un altında olan 6 faktör maddesi olduğu için leten 6 faktör maddesi çıkarılmıştır.

Ölçeğin hipotez sınanması yolu ile yapı geçerliğinin test edilmesi için “lme Karşı Tutum leği” puanları ile “lm Kaygısı leği” puanları karşılaştırılmıştır. Her

iki ölçeğin puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısının hesaplamasıyla belirlenmiştir. Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0,36 ($p=0,01$) olarak bulunmuştur. İki ölçüm aracının puanları arasında doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki ölçeğin geçerliğine katkıda bulunan bir veri olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan diğer bir yöntem olan bilinen grupların karşılaştırılması analizi sonuçları aşağıda verilmiştir;

Hemşirelerin yaş gruplarına göre “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; **1. faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları;** 18-26 yaş arası grubunda $50,68 \pm 11,96$; 27-34 yaş arası grubunda $51,54 \pm 12,66$ ve 35 ve üstü yaş arası grubunda da $56,86 \pm 14,02$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 2,026; $p=0,03 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $21,70 \pm 7,05$; 27-34 yaş arası grubunda $20,63 \pm 6,19$ ve 35 ve üstü yaş grubu arasında $26,20 \pm 7,50$ bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 0,787; $p=0,02 < 0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) bu farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; 18-26 yaş arası grubunda $36,43 \pm 10,06$; 27-34 yaş arası grubunda $31,44 \pm 10,36$ ve 35 ve üstü yaş grubu arasında $30,06 \pm 10,11$ bulunmuştur. Yapılan

“Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F: 0,512; p=0,02<0,05). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) bu farkın 18–26 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır .

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *medeni durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Hemşirelerin 1. faktör “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları; evli hemşirelerde 53,52±12,67; bekar hemşirelerde 53,46±12,88 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,043; p=0,54>0,05) .

Hemşirelerin 2. faktör “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları evli hemşirelerde 22,39±6,40; bekar hemşirelerde 21,07±7,10 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,420; p=0,11>0,05) .

Hemşirelerin 3.faktör “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları için Tablo 25 incelendiğinde; evli hemşirelerde 30,45±10,37; bekar hemşirelerde 42,36±9,88 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t:2,727; p=0,23>0,05) .

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin *çocuk sahibi olma durumuna göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde 54,10±12,57; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde 53,16±12,88 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,63; p=0,75>0,05) .

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde 22,04±6,70; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde 20,77±6,79 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:1,60; p=0,89>0,05) .

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; çocuk sahibi olan hemşirelerde 33,99±10,03; çocuk sahibi olmayan hemşirelerde 25,70±10,32 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,25; p=0,02<0,05) .

Hemşirelerin *kayıp yaşama durumuna göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar 59,86±12,81 kayıp yaşamayanlar 51,88±12,49 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t:1,08; p=0,02<0,05) .

Hemşirelerin 2. faktör “Kaçış Kabullenme” puan ortalamaları **puan ortalamaları;** kayıp yaşayanlar 28,35±6,59, kayıp yaşamayanlar 20,63±7,59 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,74; p=0,02<0,05) .

Hemşirelerin 3.faktör “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” puan ortalamaları; kayıp yaşayanlar $40,79 \pm 10,38$, kayıp yaşamayanlar $33,87 \pm 9,48$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (t: 0,06; $p=0,03 < 0,05$) .

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *eğitim durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların $54,91 \pm 13,68$; önlisans mezunu olanların $51,16 \pm 12,12$; lisans mezunu olanların $54,06 \pm 12,80$; yüksek lisans mezunu olanların $51,91 \pm 11,61$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW $\chi^2:4,619$; $p=0,20 > 0,05$) .

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların $21,44 \pm 6,97$; önlisans mezunu olanların $17,07 \pm 5,07$; lisans mezunu olanların $17,43 \pm 6,60$; yüksek lisans mezunu olanların $17,64 \pm 4,46$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır. Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s testi) farkın “sağlık meslek lisesi” grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (KW $\chi^2:0,402$, $p=0,03 < 0,05$) .

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; sağlık meslek lisesi mezunu olanların $42,20 \pm 10,78$; önlisans mezunu olanların $34,40 \pm 9,70$; lisans mezunu olanların $33,42 \pm 10,23$; yüksek lisans mezunu olanların $35,27 \pm 11,47$ olarak bulunmuştur. Yapılan “Kruskal-Wallis” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır. Bu farkı belirlemek

amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey's testi) farkın "sağlık meslek lisesi" grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (KW $\chi^2:0,662$, $p=0,04<0,05$) .

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *çalışma yıllarına göre*, "**Ölüme Karşı Tutum Ölçeği**"nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde;

Hemşirelerin 1. faktör "Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme" puan ortalamaları; hizmet yılı 0-1 yıl arası olanların $53,38\pm11,91$; 2-5 yıl arası olanların $53,08\pm12,39$; 6-10 yıl arası olanların $52,85\pm14,34$; 11 yıl ve üstü olanların $54,05\pm13,90$ olarak bulunmuştur. Yapılan "Tek Yönlü ANOVA" analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F:0,141, $p=0,22>0,05$) .

Hemşirelerin 2. faktör "Kaçış Kabullenme" puan ortalamaları; hizmet yılı 0-1 yıl arası olanların $22,16\pm6,82$; 2-5 yıl arası olanların $20,63\pm6,47$; 6-10 yıl arası olanların $21,56\pm7,07$; 11 yıl ve üstü olanların $27,36\pm7,20$ olarak bulunmuştur. Yapılan "Tek Yönlü ANOVA" analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F:0,601, $p=0,03<0,05$) Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey's Testi) farkın 11 yıl ve üstü çalışma yılına sahip gruptan kaynaklandığı saptanmıştır .

Hemşirelerin 3.faktör "Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma" puan ortalamaları; hizmet yılı 0-1 yıl arası olanların $38,04\pm9,27$; 2-5 yıl arası olanların $33,46\pm10,37$; 6-10 yıl arası olanların $33,86\pm11,85$; 11 yıl ve üstü olanların $29,46\pm9,09$ olarak bulunmuştur. Yapılan "Tek Yönlü ANOVA" analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark saptanmıştır (F:1,197, $p=0,01<0,05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey's Testi) farkın 0-1 çalışma yılına sahip gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin *kadro durumlarına göre*, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hemşirelerin 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde 53,38±13,23; sözleşmeli hemşirelerde 53,64±12,12 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,180; p=0,17>0,05).

Hemşirelerin 2.faktör (Kaçış Kabullenme) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde 21,40±6,68; sözleşmeli hemşirelerde 20,97±6,92 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t:0,556; p=0,94>0,05).

Hemşirelerin 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) puan ortalamaları; kadrolu hemşirelerde 32,93±10,69; sözleşmeli hemşirelerde 35,01±9,40 olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t: 1,803; p=0,09>0,05).

Bu sonuçlar ışığında; “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerli bir ölçüm aracı olduğuna ilişkin hipotez kabul edilmiştir.

Sonuç olarak; analizlerden elde edilen tüm bu verilere dayanarak Wong ve arkadaşları tarafından (1994) bireylerin ölüme karşı tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilen (Death Attitude Profile—Revised) “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk Toplumunda kullanılmak üzere **geçerli ve güvenilirliği yüksek** bir araç olduğu sonucuna varılmıştır.

5.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada 1994 yılında Wong, Reker ve Gesser tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin “Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)”, istatistiksel olarak elde edilen verilere göre Türk toplumu için yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirliğe sahip bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varılmıştır dolayısıyla ölkemizde de bireylerin ölüme karşı tutumlarının belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir. Bu bağlamda “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin bireylerin, ölüm ve hayatı sorgulamalarında, ölüm tutumlarının analiz edilmesinde ve böylece kazanılan farkındalık ile hayatta öncelik sıralamasını yapmasında faydalı bir ölçüm aracı olarak kullanılması önerilmektedir. Bununla beraber, ölçekler üzerindeki bilgiler süreklilik kazandıkları ve tekrarlandıkları takdirde değer kazanacakları ve ölçeklerin psikometrik özellikleri ile ilgili her çalışmanın tek araştırmada bitirilemeyeceği ve bu amaçla benzer çalışmaların sürdürölmesi gerektiği düşüncelerinden hareketle, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin yapı geçerliğine ilişkin ek kanıtlar elde edilebilmesi amacı ile,

- Ölçeğin daha büyük örneklem gruplarına uygulanarak faktör yapısının korunup korunmadığının kontrol edilmesi,
- Ölçeğin her meslek grubundan oluşan örneklem gruplarına uygulanarak meslek değişkenin kontrol edilmesi dolayısıyla bu bilgilerin mesleklere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde kullanılması,
- Bireylerin o anki kaygı durumları, ölüme karşı tutumlarını etkileyebileceğinden bu ölçekle birlikte Spielberger ve arkadaşların geliştirdiği Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (Manual For State - Trait Anxiety Inventory) ile beraber kullanılması,

- Bireylerin ölüm tutumlarını etkileyebilecek (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, hizmet yılları vb) bireysel değişkenler ile tek tek tekrar sınanması,
- Ölçeğin, ölüm olayının sık yaşandığı yoğun bakım gibi ortamlarda çalışan hemşirelerde de tekrar gözden geçirilmesi
- Hemşirelik temel eğitimi sırasında ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarında, ölümcül hasta / ailesine yaklaşım konularına ağırlık verilmesi, dolayısıyla eğitim programının, hemşirelerin kendi farkında oluşunu ve ölüm algısını geliştirebileceğini ve düşünceden çok duygulara yönelen bir içeriğe sahip olması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

ÖZET

“ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Araştırma, bireyler üzerinde ölüm tutumlarını ölçmek için Wong, Reker ve Gesser tarafından 1994 yılında geliştirilen “Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)” **“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”**nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacı ile metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini 320 hemşire oluşturmuştur (n:320). Wong, Reker ve Gesser tarafından geliştirilen “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” 32 maddelik bir ölçektir. Ölçek Türk toplumuna uyarlama aşamasında yapılan çalışmalarla 26 maddeye dönüştürülmüştür. Ölçeğin toplam puan ortalaması ve standart sapması $132,41 \pm 22,21$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin “dil eşdeğerliğinin/uyarlamasının sağlanması için Türkçeye çevirisi, geri çevirisi ve ön uygulaması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını test etmek için Cronbach Alpha katsayısı belirlenmiştir. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach alpha değeri 0,81, 1.faktör (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme) için 0.86; 2.faktör (Kaçış Kabullenme) için 0,74; 3.faktör (Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) için ise 0,76’dır. Yapılan “madde analizi” sonucunda ölçekteki maddelerin madde toplam korelasyon katsayısı 0.22–0,58 arasında saptanmış ve 6 madde ölçekten çıkarılmıştır. Maddeler çıktıktan sonra ölçekteki kalan maddelerin madde toplam korelasyon katsayısı 0,31–0,62’dir. Ölçeğin yarı test güvenirlik sonuçlarına göre; ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon değeri 0,72, birinci yarının Cronbach Alpha katsayısı 0,63, ikinci yarının ise 0,82, Spearman-Brown katsayısı 0,69, Guttman Split-Half katsayısı 0,67 olarak yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Ölçeğin kapsam geçerliğinin sınanması sırasında 8 uzmandan görüş alınmış, öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. Ölçeğe uygulanan “faktör analizi” sonucunda ölçeğin toplam varyansın %43,67’sini açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Elde edilen üç faktör orijinal ölçeğin faktör yapısından farklı bulunmuş, ölçek maddeleri orijinal ölçekteki gibi benzer alt gruplar altında toplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacı ile hipotez sınaama yöntemi kullanılmıştır. Bunun için “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” puanları ile teorik olarak aralarında ilişkili olduğu belirtilen “Ölüm Kaygısı Ölçeği” puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ölçeğin tüm faktörleri ile “Ölüm Kaygısı Ölçeği” puanları ileri düzeyde anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkili bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin yaş, eğitim durumu vb “bilinen gruplar” karşılaştırması analizi sonuçları, literatür ile paralel sonuçlar gösterip, ölçeğin yapı geçerliğine kanıt oluşturmuştur.

Sonuç olarak; “**Death Attitudes Profile – Revised** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için oldukça yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre ülkemizde de bireylerin ölüme karşı tutumların belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir. Bu bağlamda “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin bireylerin ölüm ve hayat üzerine sorgulamalarında, ölüm tutumlarının analiz edilmesinde, kazanılan farkındalıkla hayatta öncelik sıralamalarının yapılmasında faydalı bir gereç olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Ölüm, Tutum, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

TESTING THE RELIABILITY AND VALIDITY OF THE “DEATH ATTITUDES PROFILE – REVISED” IN TURKISH POPULATION

This research was carried out methodologically to test the reliability and validity of the “Death Attitudes Profile – Revised” which was developed by Wong, Reker ve Gesser in 1994 to measure the death attitudes on individuals, in Turkish population.

320 nurses comprised the sampling of the research (n=320). Death Attitudes Profile – Revised, which was developed by Wong, Reker ve Gesser is a 32-item scale. It was converted into 26 items during the adaptation process to Turkish population. Its total mean scores and standard deviations were established as 132,41 ± 22,21. Its Turkish translation, back translation and preapplication were performed in order to provide the language equivalency / adaptation for the scale. To test the internal consistency of the scale Cronbach Alpha coefficient was used. The Cronbach alpha values obtained were 0,81 for the whole scale, 0,86 for the “Approach Acceptance and Neutral Acceptance”, 0,74 for the “Escape Acceptance”, 0,76 for “Fear of Death and Death Avoidance”. According to semi-test reliability results of the scale; the correlation value between two halves of the scale was 0,72, Cronbach Alpha coefficient for the first half was 0,63 and for the second half was 0,82, Spearman-Brown coefficient was 0,69 and the Guttman Split-Half coefficient was found highly reliable with 0,67.

During testing the content validity of the scale opinions of 8 experts were obtained and in the direction of recommendations modifications were performed. As a result of applying a “factor analysis” to the scale, 3 factors that accounted for 43,67% of scale’s total variance were obtained. Of them three factors were different with the factor structure of the original scale, items of the scale were aggregated under similar

subgroups as in the original scale. A “Hypothesis Testing Method” was used to test the structure validity of the scale. For this, the relationship between the “Death Attitudes Profile – Revised” scores and the “Death Anxiety Scale” scores were investigated. All the factors of the scale along with the “Death Anxiety Scale” scores were found highly significant and there was a positive relationship between them. The results of the comparative analysis performed for “known groups” related to the structure validity of the scale, such as age, education status were consistent with the literature and provided evidence for the structure validity of the scale.

Consequently, it was determined that the “Death Attitudes Profile – Revised” had very sufficient reliability and validity indicators for the Turkish population. According to this conclusion, to measure and therefore to alleviate the burden of elderly diabetic individuals, planning and regularly practicing the treatment and the care required is recommended.

Key Words; Death, Attitude, Reliability, Validity

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Adam S.K., Osborne S. (1997). *Critical Care Nursing Science and Practice*, Oxford University Press, Oxford.
2. Akpınar N. (1988). 9 Yaş İlkokul Çocuklarında Ölüm Kavramının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek İlisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
3. Akgül A. (1997). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara:169–178, 492–586.
4. Akgül A., Çevik, O. (2003). *Faktör Analizi, İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS’de İşletme Yönetimi ve Uygulamaları*, Yeni Mustafa Kitabevi, Ankara.
5. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A. ve ark. (2002), *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1 Basım, Odak Ofset, İstanbul, 114, 169–187,246, 208–210.
6. Aksayan S., Gözüm S. (2002). *Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması*, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1): 9–14.
7. Alvarado K. A., Templer D. I., Bresler C. and Thomas-Dobson, S. (1995) *The Relationship of Religious Variables to Death Depression and Death Anxiety. Journal of Clinical Psychology* 51 (2) March: 202-204.
8. Ardelit M. (2003) *Journal of Religious Gerontology*, *Effects of Religion and Purpose in Life on Elders’ Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death*, 14(4)
9. Ardelit M., Koenig C.S. (2006). *The Role of Religion for Hospice Patients and Relatively Healthy Older Adults*, *Research on Aging*, 28(2), 184-215

10. Arul M.J. (1977). Measurement of Attitudes, Indian Institute of Management Ahmedabad, Research and Publication Department, (158)
11. Aydemir Ö., Köroğlu E. (2006). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
12. Bain R. (1928). An Attitude On Attitude Research, Social Forces, 222-231.
13. Bain A. (1930). Theory and Measurement of Attitudes and Opinions. Psychological Bulletin, 27, 357-379.
14. Baykul Y. (2000). Geçerlik, Güvenirlik, Eğitimde ve Psikolojide Ölçme, Klasik Test Teorisi ve Uygulaması, ÖSYM Yayınları, Ankara:141-233.
15. Blake Sheila Lelly et al. (1980). Dealing with Death and Dying, Nursing Skillbook, Nursing80 Books/Intermed Communications, Inc.: Horsham, Pennsylvania.
16. Büyüköztürk Ş. (2002). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum, Ankara, Pegem Yayıncılık.
17. Catt S., Blanchard M. And al. (2005), Older Adult's Attitudes to Death, Palliative Treatment and Hospice Care, Palliative Medicine, (19), 402–410.
18. Cimete G. (2002). Yaşam Sonu Bakım: Ölümçül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım. Nobel Tıp Kitapevleri.
19. Clements R. Roda, L.A. (1999–2000). Factor Structure, Reliability, and Validity of the Death Attitude Profile-Revised The Journal of Death and Dying. 40(3), 453 – 463
20. Cüceloğlu D. (2002). İnsan ve Davranışı, 11.baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
21. Çetinkaya Y. (2007). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumların ve Etkilerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans

Tezi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

22. Danacı A. (1997). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Ve Ötenazi Hakkındaki Duygu Ve Düşüncelerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İzmir.
23. Demir Y., Eşer İ. (2008). Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Sırasında Yapılan Soğuk Uygulamanın Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
24. Dunn K.S., (2004). Developing Comportment through Nursing Experience, Midwest Nursing Research Society, USA.
25. Dunn K.S., Otten C. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients, Oncology Nursing Forum, 32 (1).
26. Ebrinç S. (2000). Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10(2):109–116.
27. Edwards A. (1957). Techniques of Attitude Scale Construction. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc, 256.
28. Eke S. (2003). Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
29. Erefe İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe İ. (Ed.), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, 169–188.
30. Ergin D.Y. (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik, MÜ Atatürk Eğitim Fakültesi Bilimleri Dergisi, 7:125–148.

- 31.** Erkuş A. (1999). İstatistik Paket Programlarını Doğru Kullanabiliyor muyuz? Birkaç Uyarı, Türk Psikoloji Bülteni, ISSN:1300–7408.
- 32.** Erkuş A. (2003). Psikometri Üzerine Yazılar, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1. Basım, Ankara.
- 33.** Ertufan H. (2000). Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- 34.** Field M.J, Cassel K.C. (1997). Approaching Death: Improving Care at the End of Life, *Editors* Division of Health Care Services, Institute Of Medicine National Academy Press, Washington.
- 35.** Gorman M.L., Raines M.L., Sultan D.F., (2002). Psychosocial Nursing for General Patient Care, F.A.Davis Company, Second Edition, Philadelphia.
- 36.** Gök Ş. (2000). Adli Tıp, 7. baskı, Filiz Kitapevi, İstanbul.
- 37.** Gözüm S., Aksayan S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(1):3-14.
- 38.** Henley N., Donovan R.J. (2003). Death Anxiety and Threat Appeals: Toward A Practical Application in The Context of Health Promotion. . The Journal of Death and Dying. 46 (3):225 – 239
- 39.** Hovardaoğlu S., Sevgin N. (1997). Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 14, Birinci Baskı, Ankara.
- 40.** <http://www.psikometri.com/test/testsss.htm> Ölçek Değerlendirme ve Geliştirme Stratejileri, Psikometrik Araştırmalar Enstitüsü.

- 41.**Kahn J H. (2006). Factor Analysis in Counseling Psychology Research, Training and Practice: Principles, Advances and Applications, The Counseling Psychologist, 34:684, Division of Counseling Psychology of the American Psychology Association adına SAGE yayını, internet adresi:
<http://tcp.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/5/684>
- 42.**Kaplan H.I., Sadock B.J. (1999). Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Second Edition.
- 43.**Kara N. (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüme İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 44.**Karaca F. (2001). Ölüm Psikolojisi İle İlgili Türkçe Literatür Üzerine. Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi Yıl 1, 2
- 45.**Karakaya T. (2004). Martin Heidegger Felsefesinde Ölüm Problemi, Felsefe Dünyası, 1 (39), Ankara.
- 46.**Karasar N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım, Sim Matbaası, Ankara: 147-153.
- 47.**Knight K.H., Effenbein M.H., Capozzi L. (2000). Relationship of Recollections of First Death Experience to Current Death Attitudes, Death Studies, 24, 201–221
- 48.**Koç M. (2002). Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme, Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, (6).
- 49.**Kurz J.M., Hayes E.R. (2006). End of Life Issues Action: Impact of Education, International Journal of Nursing Education Scholarship, 3 (1), Article:18

50. Küçükğüçlü Ö. (2004). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
51. Levy C.R., Ely W.E., Payne K. et al. (2005). Quality of Dying and Death in Two Medical ICUs. American College of Chest Physicians. 127:1775-1783
52. Loftus L.A. (1998). Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. Journal of Advanced Nursing, 27: 641-648
53. Mallory J.L., Allen C.L. (2006). Care of the Dying: A Positive Nursing Student Experience, Medsurg Nursing, August, 15 (4).
54. Mazor, M. K., Schwartz C.E., Rogers H.J. (2004). Development and Testing of a New Instrument for Measuring Concerns About Dying in Health Care Providers, September, 11(3): 230-237
55. Neimeyer R. A., Moser, R. P. and Wittkowski, J. (2003). Assessing Attitudes Toward Dying and Death: Psychometric Considerations, Omega: Journal of Death and Dying, 47(1): 45-76.
56. Neimeyer R.A., Wittkowski, J., Moser, R.P. (2004). Psychological Research on Death Attitudes: An Overview and Evaluation, Death Studies, 28(4):309 – 340
57. Newberry L., (2003). Sheey's Emergency Nursing Principles and Practice, Mosby Fifth Edition, London.
58. Öner N. (1994). Güvenirliği ve/veya Geçerliği Sınanması Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul:10-39.
59. Öner N. (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
60. Özdamar K. (2004). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, beşinci baskı, Eskişehir: Kaan Kitabevi yayını, s:213–278.

- 61.**Özguven İ.E. (2000). Psikolojik Testler, PDREM Yayınları, 4. Baskı, Ankara, 83-109.
- 62.**Özkan S.(1993). Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Basımı, İstanbul.
- 63.**Paul T. P. Wong, (2000) From Death Anxiety to Death Acceptance: A Meaning Management Model, Meaning in Life and Meaning in Death in Successful Aging. A. Tomer (Ed.), Death Attitudes and the Older Adults: Theories, Concepts and Applications). Philadelphia, Pa: Bruner-Routledge: 23-35
- 64.**Payne S.A. Dean S.J. Kalus C. (1998) A Comparative Study of Death Anxiety in Hospice and Emergency Nurses. Journal of Advanced Nursing. 28(4), 700-706
- 65.**Potter P.A.,Perry A.G.,(1997). Canadian Fundamentals of Nursing, Mosby Company, Newyork.
- 66.**Psikometrik Testler, Sıkça Sorulan Sorular, İnternet adresi: <http://www.psikometri.com/test/testsss.htm>
- 67.**Rocke C. Cherry E. C. (2002). Death at the End of The 20th Century: Individual Processes and Developmental Tasks in Old Age. The International Journal of Aging and Human Development. Volume 54, Number 4. 315 – 333
- 68.**Rooda LA, Clements R, Jordan ML. (1999) Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. Oncology Nursing Forum. Nov-Dec;26(10):168,3-7.
- 69.**Rose B. M., O'Sullivan, M. J. (2002). Afterlife Beliefs and Death Anxiety: An Exploration of the Relationship Between Afterlife Expectations and Fear of Death In An Undergraduate Population, Omega: Journal of Death and Dying, 45(3):229-243.

- 70.Savaşır I. (1994). Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları, Türk Psikoloji Dergisi, 9(33), 27-32.
- 71.Schwartz C.E., Mazor K., Rogers J. Ma Y., Reed G. (2003). Validation of a New Measure of Concept of Good Death. Journal of Palliative Medicine, 6(4) :575-584.
- 72.Shih F., Gau M., Lin Y. et al. (2006). Death and Help Expected from Nurses When Dying, Nursing Ethics, 13, (4).
- 73.Şahin N. (1994). Psikolojik Araştırmalarda Ölçek Kullanımı, Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı, 9(33):19-26.
- 74.Şanlı T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ünit:3:80-81.
- 75.Şelimen D. (1998). Acil Bakım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- 76.Tanhan F., Arı F. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam Ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, Aralık, 3(2): 44-55
- 77.Tatar Ü. (1990). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Hemşirelik Bülteni, 4(16):46-90.
- 78.Tavşancıl E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel Yayın No:399, Ankara.
- 79.Tezbaşaran A. (1996). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Türk Psikoloji Bülteni, Nisan, 2(4):58–60.
- 80.Tezbaşaran A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2.Basım, Ankara.

- 81.** Thomasma C.D., Kushner T., (1998). Birth to Death, Cambridge University Pres, First Published, Newyork.
- 82.** Tomer A., Eliason, G. (2000). Death Attitudes and the Older Adult: Theories Concepts and Applications, Philadelphia,PA:Brunner-Routledge, Sh:137-153
- 83.** Underwood M. (2003). Attitudes. Web:
<http://www.cultsock.ndirect.co.uk/MUHome/cshtml/index.html>lupd
- 84.** Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. (2002), "Thelan's Critical Care Nursing Diagnosis and Management", Mosby, Forth Edition.
- 85.** Weiler D.P, Wong, Paul T. (1989). Aging With Success: Theory of Personel Meaning as a Model of Understanding Death Attitude. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, Jul, 30(3) 516-525.
- 86.** Wessel E.M. Rutledge D.N. (2005). "Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying", Journal Of Hospice And Palliative Nursing, July/August, 7(4).
- 87.** Wong P.T.P. (1994). "Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death". in R. A. Neimeyer, Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application (121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.
- 88.** Wong P.T.P. (1989). Succesful Aging And Personel Meaning. Canadian Psychology, 30, 516-525.
- 89.** Wood G.L., Haber J. (2002). "Reliability and Validity, Nursing Research methods", Appraisal and Utilization, Mosby. St Louis: 311-330.
- 90.** Yaparel R. Yıldız M. (1998). "Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". 9(3): 198-204

- 91.** Yazıcı R. (1994). "Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması". Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul.
- 92.** Yıldırım Y. (2007). Yaşlılarda Diyabetin Yüğü Ölçeğinin Türk Toplumunu için geçerlik ve Güvenirliğinin incelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 93.** Yıldız M. (1994). İnsanların Ölüm Karşısındaki Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmaların Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- 94.** Yıldız M. (1999). Ölüm Kaygısıyla Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Yorum. Düşünen Siyaset Dergisi, (Ölüm özel sayısı), 1(4): 105–119.
- 95.** Yıldız M. (2001). Dindarlık ve Ölüm Kaygısı, Journal of Religious Culture Nr. 43b
- 96.** Yıldız M., Karaca F. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Tabula-Rasa, 1(1):43-55.
- 97.** Yörükoğlu A. (1968). "Aile İçinde Ölüme Karşı Çocukların Tepkileri" Nörö Psikoloji Araştırmaları, 5 (3) 47, 7/10.68, s. 23-33.

EKLER

EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız?
2. Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar c) Diğer
3. . Varsa çocuk sayısı.....
4. Mezun olduğunuz okul? a) SML b) Ön lisans c)Lisans
d)Lisansüstü
5. Geliriniz giderinizi karşılıyor mu?
a)Karşılıyor b)Kısmen karşılıyor c)Karşılmıyor
6. Aşağıdakilerden size uygun olanı işaretleyiniz.
a)Kadrolu olarak çalışıyorum. b)Sözleşmeli olarak çalışıyorum.
7. Aşağıdakilerden size uygun olanı işaretleyiniz.
a) Klinik hemşiresi olarak çalışıyorum. b)Sorumlu hemşire olarak çalışıyorum.
c) Yoğun bakım hemşiresi olarak çalışıyorum.
8. Çalıştığınız birim
9. Kaç yıldır bu birimde çalışıyorsunuz?
10. Bu birim dışında çalıştığınız klinik? (Varsa görev yılınız)
.....
11. Yoğun bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
12. Evet ise ne / nereden aldınız? (Açıklayınız)
.....
13. Çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz? a) Evet b) Hayır
14. Çalıştığınız birimden memnun musunuz? a) Evet b) Hayır
15. Ünitenede ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebiliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
16. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?
a) Çok sık b) Ara sıra c) Çok seyrek ya da hiç

17. Şu anda ölünün yakınına haber verme işi size düşerse;
- Normal bir olay kabul eder ve söylerim
 - Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim
 - Kaçarım, söylemek istemem.
18. Daha önce yakınlarınızdan herhangi bir kayıp(ölüm) yaşadınız mı?
- Evet ise; yakınlık derecesi..... (Lütfen belirtiniz)
 - Hayır
19. Sizce, ölüm haberini ölenin yakınlarına kimin bildirmesi uygundur?
- Doktorun
 - Hemşirenin
 - Doktor – Hemşirenin birlikte
 - Diğer
20. Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaşmanızda neler hissetmişsiniz?
- Çaresizlik
 - Başarısızlık
 - Öfke
 - Korku
 - Üzüntü
 - Diğer
21. Ünitenizde karşılaştığınız ölümler karşısında neler hissetmektesiniz?
- Çok üzülüp, ağlarım
 - Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım
 - Ölümü kabullenmem güç oluyor.
 - Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişmektedir.
 - Ölümle o kadar çok karşılaştım ki alıştım.
 - Hiç bir şey hissetmiyorum
 - Diğer
22. Ölünün bakımı konusunda, okulda aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?
- Yeterli
 - Yetersiz
23. Mezun hemşirelere ölüm konusunda hizmet-içi programları hazırlanmasını uygun görür müsünüz?
- Evet
 - Hayır

EK 2. ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.							
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınırım.							
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.							
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK 3. ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN ORJİNAL FORMU

DEATH ATTITUDES PROFILE-REVISED

This questionnaire contains a number of statements related to different attitudes toward death. Read each statement carefully, and then indicate the extent to which you agree or disagree. For example, an item might read: "Death is a friend." Indicate how well you agree or disagree by circling or crossing (X) (which ever is easier for you) one of the following: Strongly Agree; Agree; Moderately Agree; Undecided; Moderately Disagree; Disagree; and Strongly Disagree. Note that scales run both from strongly agree to strongly disagree and from strongly disagree to strongly agree.

If you strongly agreed with the statement, you would circle Strongly Agree. If you strongly disagreed you would circle Strongly Disagree. If you are undecided, circle Undecided. However, try to use the Undecided category sparingly.

It is important that you work through the statements and answer each one. Many of the statements seem alike, but all are necessary to show slight differences in attitudes.

- | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| 1. Death is no doubt a grim experience. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 2. The prospects of my own death arouses anxiety in me. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |
| 3. I avoid death thoughts at all costs. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |
| 4. I believe that I will be in heaven after I die. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 5. Death will bring an end to all my troubles. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 6. Death should be viewed as a natural, undeniable, and unavoidable event. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |
| 7. I am disturbed by the finality of death. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |
| 8. Death is an entrance to a place of ultimate satisfaction. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 9. Death provides an escape from this terrible world. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |

10. Whenever the thought of death enters my mind, I try to push it away.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
11. Death is deliverance from pain and suffering.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
12. I always try not to think about death.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
13. I believe that heaven will be a much better place than this world.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
14. Death is a natural aspect of life.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
15. Death is a union with God and eternal bliss.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
16. Death brings a promise of a new and glorious life.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
17. I would neither fear death nor welcome it.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
18. I have an intense fear of death.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
19. I avoid thinking about death altogether.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
20. The subject of life after death troubles me greatly.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
21. The fact that death will mean the end of everything as I know it frightens me.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
22. I look forward to a reunion with my loved ones after I die.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
23. I view death as a relief from earthly suffering.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
24. Death is simply a part of the process of life.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
25. I see death as a passage to an eternal and blessed place.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
26. I try to have nothing to do with the subject of death.	SD	D	MD	U	MA	A	SA

- | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| 27. Death offers a wonderful release of the soul. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 28. One thing that gives me comfort in facing death is my belief in the afterlife. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 29. I see death as a relief from the burden of this life. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |
| 30. Death is neither good nor bad. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |
| 31. I look forward to life after death. | SA | A | MA | U | MD | D | SD |
| 32. The uncertainty of not knowing what happens after death worries me. | SD | D | MD | U | MA | A | SA |

EK 4. ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

	<i>Bu bölümde sizden, maddelerde ifade edilenlerin fikrinize ne ölçüde uyduğunu işaretlemeniz istenmektedir. Lütfen sizin için uygun olan şıkkın altındaki harfi daire içine alınız.</i>	Fikrime çok uygun	Fikrime uygun	Kararsızım	Fikrime aykırı	Fikrime çok aykırı
1.	Acı çekerek ölmekten korkarım.	a	b	c	d	e
2.	Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin eder.	a	b	c	d	e
3.	Öldükten sonra bir daha asla düşünememek fikri beni dehşete düşürür.	a	b	c	d	e
4.	Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı konusu beni hiç kaygılandırmıyor.	a	b	c	d	e
5.	Tabutlar beni huzursuz eder.	a	b	c	d	e
6.	Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim.	a	b	c	d	e
7.	Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır.	a	b	c	d	e
8.	Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.	a	b	c	d	e
9.	Ölümden sonraki hayat konusu beni oldukça kaygılandırıyor.	a	b	c	d	e
10.	Yavaş ve uzun süren bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) hiç korkmuyorum.	a	b	c	d	e
11.	Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil.	a	b	c	d	e
12.	Öldükten sonra tamamen âciz bir durumda olacağım fikri beni huzursuz eder.	a	b	c	d	e
13.	Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla hiç ilgilenmiyorum..	a	b	c	d	e
14.	Öldükten sonra asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder.	a	b	c	d	e
15.	Ölürken çekilen ızdırap beni kaygılandırıyor.	a	b	c	d	e
16.	Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum.	a	b	c	d	e
17.	Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum.	a	b	c	d	e
18.	Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor.	a	b	c	d	e
19.	Öldükten sonra dünyalık bir çok şeyden mahrum kalacağım düşüncesi beni rahatsız eder.	a	b	c	d	e
20.	Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum.	a	b	c	d	e
21.	Dünyevî şeyleri elde etmek (ve onları kontrol altında tutmak) benim için önemli değildir.	a	b	c	d	e
22.	Ölümün insanın her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürüyor.	a	b	c	d	e
23.	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.	a	b	c	d	e
24.	Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili olarak ayrıntılı bir vasiyet bırakacağım.	a	b	c	d	e
25.	Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil.	a	b	c	d	e

EK 5. ANKET ONAM FORMU

HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Sayın Meslektaşım;

İnsanın ölüm hakkındaki düşünceleri, yok olma fikri insanoğlunun yaşamına bir anlam katmakta, bu nedenle insanlar yaşamlarında “bir şey” olma çabası içine girmektedirler. Bir çok insan için ölümcül hastalıklar, korku ve anksiyete kaynağı iken, bazıları için motivasyon kaynağı olabilir. Günümüzde özellikle kritik hastaların hastaneye yatırılması ve ölümlerin hastanede olması nedeniyle ev ortamından uzakta olan hastalar fiziksel bakım açısından olduğu kadar, psikolojik destek açısından da hemşirelere bağımlı kalmaktadır. Bu bağlamda hemşireler kendi amaçları, değer yargıları ve davranışlarıyla hastaninkilerini ayarlayabilmeli, kendi ön yargılarının farkında olmalı ve hastanın davranışlarına karşı da uyanık olmalıdır. Bu düşüncelerle planladığımız bu araştırma ile hemşirelerin, ölümle ilgili yerleşmiş olan duygularını önce kendisinin anlaması, kendi duygularını başkalarıyla konuşabilmesi, ölüm, ölümü yaklaşan hastanın psikolojisi, ölümün duygusal yönleri ve ölmekte olan hasta ailesinin gereksinimleri konusunda kendisini yetiştirmesi, bilinçlendirmesi hedeflenmektedir.

Araştırma sorularına içtenlikle yanıt vereceğinizi umuyor, katılımınız için teşekkür ederim.

Elif ABALI

EK 6. (Death Attitude Profile – Revised)
Ölçeğin Kullanabilmesi İçin Gary REKER'den Alınan İzin

EK 7. (Ölüm Kaygısı Ölçeği)
Ölçeğin Kullanabilmesi İçin Murat YILDIZ'dan Alınan İzin

EK 8. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurul

EK 9. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Onayı

EK 10. İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzin Onayı

EK 11. GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR

İsim	Çalıştığı Kurum ve Bölüm
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU	Ege Üni. Hemş. YO. İç Has. Hem.AD
Prof. Dr. Gülümser ARGON	Ege Üni. Hemş. YO. İç Has. Hem.AD
Prof. Dr. Aynur ESEN	Ege Üni. Hemş. YO. İç Has. Hem.AD
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN	Ege Üni. Hemş. YO. İç Has. Hem.AD
Prof. Dr. Agah ÇERTUĞ	Ege Üni. Tıp Fakültesi Anest. AD
Doç. Dr. Kubilay DEMİRAG	Ege Üni. Tıp Fakültesi Anest. AD
Doç. Dr. Ali Saffet GÖNÜL	Ege Üni. Tıp Fakültesi Psik. AD
Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN	Ege Üni. Hemş. YO. İç Has. Hem.AD
Dr. Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM	Ege Üni. Hemş. YO. Hemş.Esas. AD

ÖZGEÇMİŞ

Elif ABALI IŞIK 30.09.1980 yılında Fransa'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Nazilli'de, lise öğrenimini Eğirdir / Isparta Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999–2005 yılları arasında eğitim görerek mezun oldu. 2000 yılında Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. Dahiliye Yoğun Bakım ve Anestezi Yoğun Bakım'da çalıştı. 2002 yılında Ege Üniversite Hastanesi'ne atanarak Organ Nakli Yoğun Bakım'da ve Anestezi Yoğun Bakım'da çalıştı. Halen Ege Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım'da hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir. 2005 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği'ne yüksek lisansa başladı. Yabancı dili İngilizce olan aday evlidir.