

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

REVİZE ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ VE ÖLÜME
İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN HEMŞİRELERDE
GÜVENİRLİK VE GEÇERLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet Sıddık ALKIŞ

İstanbul

Mart, 2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

REVİZE ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ VE ÖLÜME İLİŞKİN
DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN HEMŞİRELERDE GÜVENİRLİK
VE GEÇERLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet Sıddık ALKIŞ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

İstanbul
Mart, 2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

Üye Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

İmza

Doç. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’nin Hemşirelerde Güvenirlik ve Geçerliğinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Mehmet Sıddık ALKIŞ

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca derya deniz engin bilgilerinden faydalandığım, bilim öğrenme yolunda isteğimi ve heyecanımı artıran, tezimin tüm aşamalarında bilgi ve desteğini hiç esirgemeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ'a, bilgi ve hoşgörüsü ile tezimin istatistiksel analizlerini yapan değerli hocam Prof. Dr. Arif ÖZER'e ve yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen sevgili eşim, ailem ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Mehmet Sıddık ALKIŞ
İstanbul-2023

ÖZET

**REVİZE ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ VE ÖLÜME İLİŞKİN
DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN HEMŞİRELERDE GÜVENİRLİK
VE GEÇERLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Mehmet Sıddık ALKIŞ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez danışmanı: Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

Mart, 2023 – 90 Sayfa

Bu çalışmanın amacı, Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüm Depresyonu Ölçeği'nin hemşire grubunda güvenirlik ve geçerliğini incelemektir. Çalışma metodolojik olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini palyatif bakım, yoğun bakım, onkoloji, kemik iliği nakli, hematoloji ve diğer kliniklerde yatan hasta kliniklerinde çalışan 644 hemşire oluşturdu. Geçerlik için doğrulayıcı faktör analizi ve açıcı faktör analizi kullanıldı. Güvenirlik çalışması kapsamında Cronbach alfa katsayısı, madde-toplam korelasyonu, test-tekrar test korelasyonu hesaplandı. Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin geçerlilik analizi iki faktör (ölüm kaygısı ve umursamazlık) ortaya koymuştur. Bu iki faktör arasındaki korelasyon $-.05$ (ilgisiz) idi. Özgün ölçekte yer alan 16 ve 24. maddelerin yükleri düşük olduğundan ve faktörün içeriğini oluşturan diğer maddelerle ilişkisiz olduğundan faktör toplam puanları hesaplanırken bu iki madde ölçekten çıkarılmıştır. *Ölüm kaygısındaki* alt boyutundaki maddelerin yükleri $.42$ ile $.79$ arasında olup, toplam varyansın %30'unu açıklamaktadır. *Umursamazlık* alt boyutundaki yükler $.32$ ile $.58$ arasında olup toplam varyansın %11'ini açıklamaktadır. İki boyut birlikte varyansın %41'ini açıklamaktadır. *Ölüm kaygısı* için Cronbach alfa değeri $.88$, *umursamazlık* için $.70$ bulunmuştur. Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonları $.30$ ile $.68$ arasındaydı. ICC korelasyon katsayıları *ölüm kaygısı* için $.85$ ve *umursamazlık* için $.70$ idi. Ölüm Depresyon Ölçeği tek faktörlü bir yapı gösterdi. Ölçekte yer alan 11. ve 12. maddeler dışındaki maddelerin faktör yükleri $.30$ 'un üzerindedir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $.80$ idi. Ölçekte yer alan 11. madde ve 12. madde hariç her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı $.30$ 'un üzerindedir. ICC $.79$ 'dur. Sonuç olarak, hem Revize Ölüm

Kaygısı Ölçeği hem de Ölüm Depresyonu Ölçeği'nin hemşire grubunda geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon, güvenilirlik, geçerlik, hemşire, hemşirelik.



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELIABILITY AND VALIDITY OF THE REVISED DEATH ANXIETY SCALE AND THE DEATH- RELATED DEPRESSION SCALE IN NURSES

Mehmet Sıddık ALKIŞ

Master's Thesis, Internal Medicine Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

March, 2023 - 90 Pages

The aim of the study was to examine the validity and reliability of the Revised Death Anxiety Scale and Death Depression Scale in the nurse group. The study was planned methodologically. The sample of the study consisted of 644 nurses working at the inpatient clinics including palliative care, intensive care, oncology, bone marrow transplantation, haematology, and other. Confirmatory factor analysis and exploratory factor analysis were used for validity. As part of the reliability study, Cronbach's alpha coefficient, item-total correlation, test-retest correlation were calculated. The validity analysis of the Revised Death Anxiety Scale revealed two factors (death anxiety and indifference). The correlation between these two factors was $-.05$ (unrelated). Since items 16 and 24 in the original scale had low loadings and were unrelated to other items that make up the content of the factor, they were excluded while calculating the factor total scores. The loads of the items in the *death anxiety* subscale ranged from $.42$ to $.79$, explaining 30% of the total variance. The loads of the items in the *indifference* subscale ranged from $.32$ to $.58$, explaining 11% of the total variance. The two dimensions together explained 41% of the variance. Cronbach's alpha was found to be $.88$ for the *death anxiety* and $.70$ for the *indifference*. The corrected item-total score correlations were between $.30$ and $.68$. The ICC correlation coefficients were $.85$ for the *death anxiety* and $.70$ for the *indifference*. Death Depression Scale showed a single-factor structure. The factor loads of the items except for items 11 and 12 in the scale were above $.30$. The Cronbach alpha reliability coefficient was $.80$. The item-total correlation coefficient of each item in the scale was above $.30$, except for item 11 and item 12. The ICC was $.79$. In conclusion, both Revised Death Anxiety Scale and Death Depression Scale was found to be reliable and valid for the nurse group.

Keywords: Death Anxiety, Death Depression, Reliability, Validity, nurse, nursing.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| TEZ ONAYI | i |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ | ii |
| ÖN SÖZ | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| TABLolar LİSTESİ | x |
| BİRİNCİ BÖLÜM | 1 |
| GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Problemi | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Amacı | 4 |
| İKİNCİ BÖLÜM | 5 |
| GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. Ölümün Tanımı | 5 |
| 2.2. Ölüm Kaygısı..... | 6 |
| 2.2.1. Ölüm Kaygısını Açıklamaya İlişkin Yaklaşım ve Kuramlar..... | 7 |
| 2.2.1.1. Psikodinamik Yaklaşımlar | 7 |
| 2.2.1.2. Dehşet Yönetim Kuramı | 8 |
| 2.2.1.3. Bilişsel Yaklaşımlar | 10 |
| 2.2.1.4. Varoluşsal Yaklaşımlar | 10 |
| 2.2.1.5. Diğer Yaklaşımlar | 10 |
| 2.3. Ölüme İlişkin Depresyon..... | 11 |
| 2.4. Ölüme İlişkin Tutum | 12 |
| 2.4.1. Ölümü Arzulama | 13 |
| 2.4.2. Ölümü Kabullenme/Kabullenmeme | 13 |
| 2.4.3. Ölüme Meydan Okuma..... | 14 |
| 2.4.4. Yas Tutma | 14 |
| 2.5. Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutumu | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6. Güvenirlik ve Geçerlik | 18 |
| 2.6.1. Güvenirlik | 18 |
| 2.6.1.1. İç Tutarlık | 18 |
| 2.6.1.2. Zamana Karşı Değişmezlik | 20 |
| 2.6.2. Geçerlik | 20 |
| 2.6.2.1. Yüzey Geçerliği | 21 |
| 2.6.2.2. İçerik/ Kapsam Geçerliği | 21 |
| 2.6.2.3. Ölçüt Geçerliği | 21 |
| 2.6.2.4. Yapı Geçerliği | 21 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 25 |
| YÖNTEM | 25 |
| 3.1. Araştırmanın Modeli | 25 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 25 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 25 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 26 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) | 26 |
| 3.4.2. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği (Revised Death Anxiety Scale-RDAS) (Ek 2) | 26 |
| 3.4.3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (Death Despeasion Scale-DDS) (Ek 3) | 27 |
| 3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi | 27 |
| 3.5.1. Ölçeklerin Geçerliği | 27 |
| 3.5.2. Ölçeklerin Güvenirliği | 29 |
| 3.6. Araştırmanın Etik Boyutu | 30 |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları | 30 |
| DÖRDÜNCÜ BÖLÜM | 31 |
| BULGULAR | 31 |
| 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri | 31 |
| 4.2. Hemşirelerin Maneviyata İlişkin Bulguları | 33 |
| 4.3. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği | 34 |
| 4.3.1. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular | 34 |
| 4.3.2. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular | 39 |
| 4.4. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği | 41 |
| 4.4.1. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular | 41 |
| 4.4.2. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular | 44 |
| BEŞİNCİ BÖLÜM | 46 |

| | |
|---|-----------|
| TARTIŞMA | 46 |
| 5.1. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliği | 46 |
| | 46 |
| 5.1.1. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Geçerliği | 46 |
| 5.1.2. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliği | 49 |
| 5.2. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin | |
| Güvenirliliği..... | 51 |
| 5.2.1. İç Tutarlılık | 51 |
| 5.2.2. Zamana Karşı Değişmezlik | 53 |
| SONUÇ | 54 |
| ÖNERİLER | 55 |
| KAYNAKÇA | 56 |
| EKLER | 67 |
| ÖZGEÇMİŞ | 79 |

TABLULAR LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Tablo 2.1. Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndeksinin Kriterleri ve Kabulü İçin Kesme Noktaları (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018)..... | 24 |
| Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri | 33 |
| Tablo 4.2. Hemşirelerin Maneviyata İlişkin Bulguları | 34 |
| Tablo 4.3. Orijinal Ölçek ve Türkçe'ye Uyarlanan Modelin Faktör Yapıları | 35 |
| Tablo 4.4. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri | 36 |
| Tablo 4.5. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği Beş Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları | 38 |
| Tablo 4.6. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği İki-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları | 39 |
| Tablo 4.7. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular | 41 |
| Tablo 4.8. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri..... | 43 |
| Tablo 4.9: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Dört-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları | 44 |
| Tablo 4.10. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Tek-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları | 45 |
| Tablo 4.11. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular | 46 |

KISALTMALAR

| | |
|--------------|--|
| AFA | : Açıklayıcı faktör Analizi |
| AGFI | : Düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (Adjusted goodness of fit index) |
| AVE | : Maddelerin faktörlerde açıkladığı ortalama varyans (Average variance extracted) |
| CFI | : Karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative of fit index) |
| DDS | : Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (Death Depression Scale) |
| DFA | : Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| GFI | : İyilik uyum indeksi (Goodness of fit index) |
| DFA | : Doğrulayıcı faktör analizi |
| ESEM | : Açımlayıcı Yapısal Eşitlik Modeli |
| ICC | : Intra class korelasyon |
| IFI | : Fazlalık uyum indeksi (Incremental fit index), |
| KGI | : Kapsam geçerliği indeksi |
| KGO | : Kapsam geçerliği ortalaması |
| RADAS | : Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği (Revised Death Anxiety Scale) |
| RMSEA | : Tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root mean square error of approximation) |
| SRMR | : Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının kare-kökü (Standardized root mean square residual) |
| TLI | : Tucker Lewis indeksi (Tucker Lewis Index) |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Önemi

Hayat, insan bilinci tarafından algılanan bir gerçeklik olup ve bu gerçeklikte var olma durumu olarak tanımlanabilir. İnsanoğlu eylemleriyle içinde bulunduğu ve bilinciyle algıladığı bu gerçeği her zaman anlamaya çalışmıştır. Bu çaba büyük ölçüde hayatta kalma ve varlığını sürdürme ihtiyacından kaynaklanır. Bu durumda insan bilinciyle bağdaşan en geçerli eylemin var olmak ve sürdürmek olduğu söylenebilir. Bu nedenle “ölüm”, 'yok olma', yani 'varoluşun sonluluğu', insan bilincinin kabul etmesi zor bir olgudur (Sezer ve Saya, 2009).

Bununla birlikte ölüm kuşkusuz yaşayan tüm organizmaların karşılaştacağı evrensel bir durumdur. Yaşamın bir parçası olan ölümle her an iç içe olan insanoğlu çağlar boyunca ölüm kavramını düşünmüş, anlamlandırmaya çalışmış, içinde yaşadıkları kültürün de etkisi ile anlamlandırdıkları ölüm kavramı onların felsefi, ahlaki, dinsel ve hukuksal vb. alanlarla ölüme karşı düşünce, tutum ve davranışlarını etkilemiştir.

Ölüme ilişkin çalışılan psikososyal kavramlar arasında, ölüm kaygısı araştırmacıların en fazla dikkatini çeken konu olmuştur (Lonetto ve Templar, 1986). Ölüm kaygısına ek olarak, ölüm kavramını depresyon gibi farklı duygular, tutumlar ve düşünceler de etkilemektedir.

Amerikan Psikoloji Derneği, kaygıyı “gerginlik duyguları, endişeli düşünceler ve artan kan basıncı gibi fiziksel değişiklikler ile karakterize edilen bir duygu” olarak tanımlar. Kaygı belirsizlik ile yakından ilişkilidir ve öz-farkındalık olmadan belirsizlik realize edilemez. Bu bağlamda ölüm ile ilgili dört özellik kaygıyı tetikleyebilir. Bunlar: 1) Ölümün kendisi (acı çekme, hastalık, yalnızlık vb); 2) Kayıp (bireyin maddi dünya ile ilgili herşeyini kaybetmesi); 3) Öngörülemezlik (ölümün ne zaman ve nasıl olacağı); ve 4) Belirsizliktir (ölüm ve ölüm sonrasında belirsizliği) (Pınar Bölütaş, 2023).

Ölüm düşüncesi, bilinçli ve bilinçsiz olarak, psikolojik bir tehdit olarak deneyimlenebilir; bu deneyimlerin sıklığı ve yoğunluğu kişisel deneyim, bireysel özellikler ve kültürel özelliklere göre farklılık gösterir (Sharif Nia vd., 2015). Nasıl ki bireyler için hayatın anlamı, sosyal etkileşimler yoluyla şekilleniyorsa, ölüme atfedilen anlam ve ölümlle ilgili kaygının derecesi de sosyal deneyimden etkilenir ve bu durum kişinin yaşamı nasıl algıladığını ve deneyimlediğini etkileyebilir. Sürekli ölüm korkusu yaşamak, ölüm süreci ve ölmeyi düşünmek, bireyin yaşam kalitesini sürdürmesinin önünde ciddi engel oluşturur. Bu durumda ölüm kaygısı yaşamdan izolasyon, yalnızlık korkusu ve depresyona yol açabilir (Chung, Chung & Easthope, 2000).

Ölüm kaygısı evrensel bir fenomen olarak düşünülmesine karşın, sağlık alanında ölüm kavramı Elizabeth Kübler Ross'un 1960 yılında yayınlanan "*Ölüm ve Ölmek Üzerine*" isimli kitabının yayınlanmasına kadar incelenmeden tabu olarak kalmıştır. Kitabın yayınlanması, varoluşsal psikoloji ve palyatif bakım hareketi nedenleri ile ölüm ve ölmenin psikolojik yönüne olan ilgi artmıştır. Kübler-Ross'a göre (1997); ölümlerini bekleyen bireyler, red etme, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından geçmekte; kendi ölümünü yaşarken, çevresindekilere de bir şeyler yaşatmakta, ruhsal dünyalarında güçlü dalgalanmalara neden olmaktadır.

Ölüm kaygısı yaş, cinsiyet, ait olunan kültür, fiziksel ve mental hastalıklar, maneviyat ve din, ölüm deneyimi ve ölmekte olan bireylere bakım verme vb birçok faktörden etkilenebilir (Sharif vd., 2014; Edo-Gual v.d., 2015; Zanatta, v.d., 2020). Örneğin, erken çocukluk döneminde çocuk hayatın bir sonu olduğunu ve bunun ölümlle gerçekleşeceğine akıl erdiremez. Erken çocukluk döneminde ölümü ceza, uyku, yolculuk, yedi yaşa doğru ise ayrılık olarak algılar. Gençlik döneminde ölüm ve ölüm sonrası düşünceler artarak kaygıya ve sıkıntıya sebep olmaya başlamaktadır (Hökelekli, 1991). Genel olarak batı kültüründe ölümün inkârı yaygındır. Modern çağda ölümü yaklaşan hastalar ve yaşlılar artık evlerinde ölmekte, hastane odalarında kimsesiz ve yalnız olarak hayata veda etmektedirler. Hergün ölümü

hatırlatan ve ölümü normalleştiren mezarlıklar da şehirlerden kaldırılmış; ölümün hatırlatıcıları gündelik hayattan silinmiş; ölüm yadsınan bir olgu haline gelmiştir.

Hemşirelik ölüm olgusu ile en sık karşılaşan mesleklerdendir. Yapılan çalışmalar hemşirelerin ölüm konusunun konuşulmasından ve ölmekte olan hastaya bakım vermekten rahatsızlık duyduklarını (Ceyhan vd., 2018; Kerr v.d., 2020); hatta ölmekte olan hastaya bakmak istemediklerini (Yılmaz ve Vermişli, 2015); ölüme ilişkin tutumlarının negatif olduğu; suçluluk, keder, inkar, öfke, depresyon, umutsuzluk, korku ve kaygı gibi pek çok olumsuz duygu yaşadıklarını (Mahboubeh Dadfar vd., 2014; Menekli vd., 2021); ölmekte olan hastaya bakım verme ve hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurma konularında çoğu zaman hazırlıklı olmadıklarını, bu konulardaki eğitim altyapılarının da yeterli olmadığını göstermektedir (Kerr v.d., 2020).

Ölüm kaygısı yüksek olan hemşireler ölmekte olan hastalara bakım verirken daha fazla zorlanmakta; daha fazla duygusal tükenme, uzaklaşma ve duyarsızlaşma yaşamaktadırlar (Peters vd., 2013), bu durum hem hemşirelerin yaşam kalitesini (Barnett, vd., 2019) hem de hasta bakımının kalitesini negatif olarak etkilemektedir (Harrington vd., 2019).

Tüm bu nedenlerle hemşirelerin ölüm anksiyetesi, ölüme ilişkin depresyon ve ölüme ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi; elde edilen araştırma sonuçları temel alınarak ölüm ve ölümcül hastanın bakımı konularında eğitilmeleri uygun olacaktır (Keskin Kızıltepe ve Kurkgöz, 2022).

1.2. Araştırmanın Problemi

Ölüm kaygısının değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan değerlendirme aracı Templer tarafından 1970 yılında geliştirilen, Thorson ve Powell (1992, 1994) tarafından gözden geçirilerek revize edilen Revize Ölüm Kaygısı Ölçeğidir (Revised Death Anxiety Scale-RDAS). Ölüme ilişkin depresyonun değerlendirilmesinde ise yine en yaygın kullanılan araç Templer vd. tarafından 1990 yılında geliştirilen Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'dir (Death Despression Scale-DDS). Ülkemizde RDAS'ın güvenilirlik ve geçerliği Güzel Sanatlar ve İlahiyat Fakültelerinde öğrenim gören ve %60.3'ü kız olan 126 öğrencide (Karaca ve Yıldız, 2001); DDS'nin güvenilirlik

geçerliği ise ilahiyat bölümünde öğrenim gören ve %78'i erkek olan 100 öğrencide çalışılmıştır (Yaparel ve Yıldız, 1998). Hem RADAS hem de DDS'ın üniversite öğrencileri dışında yapılan birçok çalışmada ve özellikle sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda yine yaygınlıkta kullanıldığı gözlenmektedir (Keskin Kızıltepe ve Kurkgöz, 2022). Halbuki araştırmalarda kullanılan ölçüm araçları çalışılacak örneklem için güvenilir ve geçerli olmalıdır. Bu açıdan ülkemizde RDAS ve DDS kullanılarak yapılan çalışmaların bulguları sorgulanabilir niteliktedir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı “Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği” ve “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği”nin hemşirelerde güvenirlik ve geçerliğini değerlendirmektir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Ölümün Tanımı

Farklı kültürlerde, toplumlarda, etnik gruplarda bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel durumuna bağlı olarak farklılıklar gösteren ölüm tanımlamaları yapılmıştır. Almancada ‘‘tod’’, Arapçada ‘‘mevt’’, Fransızca’da ‘‘mort’’ ve İngilizcede ‘‘death’’ gibi kelimelerle ifade edilen ölüm kavramı en sona erme, tükenme, yok olma, ortadan kalkma gibi anlamlara gelmektedir (Zafer, 2019).

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde (2023) ölüm ‘‘Sona erme, yok olma, ortadan kalkma; bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedî uyku, emrihak, irtihal, memmat, mevt, vefat’’ olarak tanımlanmıştır.

Tüm bu tanımlarda yer alan ortak noktalar canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini kaybederek yaşamın sonlanması ve ölümün kaçınılmaz olmasıdır (Bauman, 1992).

Din yapısı içinde insan hayatında yerini bulan ölüm kavramı ilahi olarak adlandırılan dinler için bir yok oluş veya son değil, yeni bir hayata açılan bir geçiş evresi mahiyetindedir. Örneğin Hıristiyanlıkta ölüm, sadece bedenin kaybı olup, hayatın daha güzel bir şekle bürünmesidir. İslam dininde ve bu dinin kutsal kitabı olan Kur’an-ı Kerim’de ölümün farklı bir aleme açılan bir kapı olduğuna değinilmiş, Müslümanlıkta ölüm insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak yorumlanmıştır (Zafer, 2019).

Ölüm kavramı, Peter Koestenbaum tarafından şöyle özetlenmiştir: ‘‘Ölüm bir deneyim değil, bir beklenti ya da üzüntü verici bir kayıptır. Bizim ve dışımızdaki bütün insanların kaçınılmaz olarak öleceğinin kesinliği, insanın doğasını anlamının anahtarıdır... Ölüm-bizim ve başkalarının ölümü-insan olmanın ne anlama geldiğini (anlam, ölümsüzlük, özgürlük, sevgi ve bireysellik peşinde koşma), cinsellik ve saldırganlık gibi psikolojiye ilişkin ilkelerden, hayatta kalma ve üreme gibi biyolojik dürtülerden, yararcı mutluluk ve beğeni kuramlarından ya da Tanrı’nın iradesi gibi dinsel yaptırımlardan çok daha iyi açıklar. Ölüm beklentisi bize kim olduğumuzu gösterir’’ (Bauman, 1992).

Ölüm olgusunu en yalın biçimde; insanların başına gelen en belirleyici, en nihai, en eşitlikçi ve en kaçınılmaz gerçek olarak tanımlamak mümkündür (Badur, 2004).

İnsanoğlu geçmişten günümüze ölüm ve ölümsüzlük kavramlarına odaklanmış, sonsuza dek yaşamının çarelerini aramıştır. Ölüme atfedilen anlamlar farklı olsa da ölüm karşısında duyulan kaygı ve korku evrenseldir. Bununla birlikte her bireyin ölümü algılayışı, ölüme atfettiği anlam ve önem, hayatın farklı dönemlerine ve bireyin deneyimlerine göre değişir, yaşam deneyimleriyle ölümün anlamı şekillenir (Ekşi, 1999). Ölüm için olumlu anlamlar teslimiyet, uyku, yeniden birleşme ve yeniden doğuştur. Olumsuz anlamlar ise kaygı, kayıp, ayrılık, ceza ve travmadır (Çevik, 2005).

Kaygı, belirli durumlar karşısında ortaya çıkan ve bireylere huzursuzluk veren endişeli ve korkulu hissetme halidir. Bireylerde yaygın görülen kaygı türlerinden biri de ölüm kaygısıdır (Turhan, 2021)

2.2. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı; yaşamamaktan, varlığı devam ettirememekten duyulan korkunun yol açtığı günlük işlevleri yerine getirememe ya da sağlıksız bir ruhsal sürece neden olan aşırı kaygı durumu olarak tanımlanmaktadır. Herkesin ölüm kaygısı kendi tanımlamalarına özgü olsa da altta yatan bir yok olma durumunun, ölüm anının nasıl olacağı ile ilgili, ölümden sonra neler olacağı ile ilgili, ölümden sonra yakınlarının ne yapacağı ya da yakınları öldüğünde kişinin kendisinin ne yapacağı ile ilgili, ölümden sonra yaşamın bir daha olup olmayacağı ile ilgili düşüncelerin verdiği endişe insanı tedirgin etmektedir (Nadas 2013, Sarıkaya, 2013; Pınar Bölüktaş, 2023).

Ölüm insanın tecrübesi dışında gerçekleşen bir bilinmeyendir. Ölümün bir bilinmeyen, tecrübelenemeyen bir kavram olmasından dolayı insanların bu konuya bakış açıları farklılık göstermektedir. Ölümü düşünmek bazı insanlar için gerçek hayata ulaşma yoluken, bazı insanlar için hayatın tamamen sonlanması demektir. Bu iki yargıya bağlı olarak ölüm bir kurtuluş ya da yeniden başlangıç ya da bir son buluş olabilmektedir. Bu yargılar genellikle kişilerde gerginliğe yol açabilmektedir (Nadas 2013, Sarıkaya, 2013; Pınar Bölüktaş, 2023).

Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçüsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu nedenle insanın kaygı düzeyinin artmaması ve yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmesi için ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Literatürdeki araştırmalar ölüm kaygısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan araştırmalarda ölüm korkusunun en çok üzerinde durulan boyutları; belirsizlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, kişisel kimliğini kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme korkusu, denetimi kaybetme korkusu, acı duyma korkusu ile bedenini kaybetme ve yok olma korkusudur. Kişinin kendi hayatı hakkında bilinmezlik duygusu yaşaması kişide kaygıya yol açar. Ölüm ve ölümden sonrasının bilinmezliği bireyde kaygı ve korku yaratır. (Sarıkaya, 2013). Bunun yanı sıra ölümün “çok acı verici bir durum olduğu ve dehşetli azapların varlığı” düşüncesi yaşlı bireyde acı duyma korkusu yaratır (Nadas, 2013).

Yakınlarının ölümüne de tanık olan ve kendi ölümünün yaklaştığını düşünen birey elden-ayaktan düşme, başkalarına muhtaç olma korkusu yaşayabilir. Bazı dinlerde ölüm sonrası cezalandırılma, sorgulanma korkusu vardır. Bu tür düşüncesi olan bir bireyde, ölümü akla getirmek elem, acı ve korkuya sebep olur (Lynch, Connor, Clark, 2013).

Bireylerin ölüm olgusuna verdikleri tepkiler, daha yaşayacakları, tamamlanamamış, bitirilememiş ilişkilerin ve zorlanmış ya da aceleye getirilmiş ayrılıkların izlerine göre farklılık gösterir. İnsanların hem kendi ölümlerini hem de sevdiklerinin ölümlerini düşünmesi korku ve kaygı kaynağı olabilmektedir. Ölümü yaklaşmış ya da ölmekte olan birey, kendi ölümünü yaşarken, ruhsal dünyalarında güçlü dalgalanmalar olmakta, çevresindekilere de bazı duygular yaşatmaktadırlar (Bülbül Maraş, 2020).

2.2.1. Ölüm Kaygısını Açıklamaya İlişkin Yaklaşım ve Kuramlar

Ölüm kaygısını açıklamaya yönelik yaklaşım ve kuramların başlıcaları psikodinamik yaklaşım, Dehşet Yönetimi Kuramı, bilişsel yaklaşım ve varoluşsal yaklaşımdır.

2.2.1.1. Psikodinamik Yaklaşımlar

Psikodinamik görüşe göre, üstbenliğin yaşadığı en önemli kaygılardan biri olan ölüm kaygısı oedipal çatışmalar ve ayrılık kaygılarının sonucunda oluşan suçluluk duygusundan kaynaklanır (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

Psikodinamik görüşün öncülerinden Sigmund Freud ilk çalışmalarında ölümden bahsetmemiş, hatta ölüme inanmadığını belirtmiştir. Freud'a göre insan davranışı geçmişe dayanır. Ancak ölüm olgusu gelecekle ilgili bilinmeyen bir zamanda meydana gelir ve insan davranışını hiçbir şekilde etkilemez. Freud'un, ilk çalışmalarında ölüm konusu üzerinde pek durmamasının kişisel olarak yaşadığı şiddetli ölüm kaygısına bağlı olduğu şeklinde yorumlar yapılmıştır (Pınar Bölüktaş, 2023).

Freud, ilk çalışmalarında ölümden bahsetmese ve ölümlle ilgili çalışmalardan uzak dursa da sonraki çalışmalarında ölümlle ilgili önemli görüşler ileri sürmüştü; 1952 yılında yaptığı araştırmalar sonucunda *“Savaş ve Ölüm Üzerine Düşünceler”* adlı makalesinde, *“bilinç dışımız kendi ölümüne inanmaz; ölümsüz gibi davranır”* şeklinde görüş bildirmiştir (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012). Freud'a göre, *“Kendi ölümümüzü hayal etmek gerçekten de olanaksızdır; bunu her hayal etmeye kalkıştığımızda, aslında o anda bile bir seyirci konumunda olduğumuzu algılayabiliriz”* (Pınar Bölüktaş, 2023).

Jung ölüm kaygısının altında yaşama korkusunun yattığını ve ölümden korkan kişinin aslında yaşamaktan korktuğunu ifade etmiştir. Zilboorg ölüm kaygısının gerçek yüzünü göstermemesinden dolayı insanların onu yok saydığını savunmuş ve tıpkı yaşam için vazgeçilmez olan oksijenin tek başına hayat vermek yerine yakıcı ve öldürücü olması gibi, tüm görünümünün altında yatan evrensel bir ölüm kaygısı olduğunu söylemiştir. Zilboorg'a göre, ölüm korkusu bilinçte sürekli bulunsaydı, insan normal işlevselliğini sürdüremez hale gelirdi; bu yüzden hayatta kalmak için ölüm korkusunun bastırılması gerekir (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.2.1.2. Dehşet Yönetim Kuramı

İnsan bir gün öleceğinin farkında olan tek varlıktır. Bu farkındalık doğumdan itibaren yavaş yavaş gelişir ve insan 9-10 yaş civarında ölümü tüm boyutlarıyla kavramaya başlar. Her insan en büyük tehlike olan ölümden kaçınmaya çalışır, bununla birlikte ölümlle eninde sonunda karşılaşacağını bilmek insanı dehşete düşürür. Gündelik hayatta doğrudan gözlemlenmeyen bu dehşet, çocukluktan itibaren yavaş yavaş bireyin kişiliğine, benliğine yerleşir; davranışlarına, alışkanlıklarına, yaşam çerçevesine yön verir ve insanın bir parçası haline gelir (Becker, 2019).

Antropolog Ernest Becker “The Denial of Death” (Ölümün İnkarı) isimli kitabında insanın, ölüm farkındalığının bir sonucu olarak kültürel ve psikolojik düzeyde bazı savunma mekanizmaları geliştirdiğini ileri sürmüştür. Becker’e göre insan eylemlerinin çoğu sembolik düzeyde ve bilinçsiz şekilde işleyen, ölümden kaçınma ya da onun kendisi için önemini azaltmaya yönelik süreçlerdir (Becker, 2019). Becker’ın görüşlerini temel alarak Greenberg vd., 1990) “*Dehşet Yönetim Kuramı*”nı geliştirmişlerdir. Bu kurama göre, birgün ölecek olduğunun farkında olması insanı dehşete düşürür. Sonsuz uzay ve zaman içinde geçicilik algısı insanı o kadar dehşete düşürür ki, aslında geçici olmadığını, önemli bir birey olduğunu kendine ve çevresine ispatlamaya çalışır; fiziksel bedenin geçiciliği kaçınılmaz olduğundan insan çeşitli yollarla (çocuk yapma, kariyer yapma, şöhret, başarı, servet edinme, belli bir ideolojiyi benimseme, dine bağlanma vb.) dünyaya ve zamana kendinden bir iz bırakmaya, hayata damgasını vurmaya çalışır (Greenberg vd., 1990).

Sıralanan bu eğilimlerin her biri, insanı kendi sınırlılığından kurtarma, kendini zamanda yayma ve diğerlerinden daha önemli hissetme yöntemleridir. Bu yöntemler büyük oranda birbiriyle etkileşimlidir, iç içe geçmiştir. Örneğin birçok kültür zaten, milliyetçiliği, çocuk sahibi olmayı, dini, kariyeri ve başarıyı teşvik eder. Benzer şekilde dini inanç doğrudan ideolojiyle ilgilidir. Yüksek düzeyde birbiriyle ilişkili bu eğilimler ağı, kişide hayatın daha düzenli, sistematik ve hiyerarşik bir yapı olduğu izlenimi uyandırır. Kişiyi de bu hiyerarşik ağı yukarılarına yerleştirerek kendini özel ve önemli hissetmesini sağlar. Kurama göre dinler, ideolojiler, kariyer arzusu, şöhret vb. hep, insanın kendi önemsizliğini ve hayatın anlamsızlığını aşma amacına yöneliktir (Greenberg vd., 1990).

Araştırmalara göre kişinin benlik saygısı yeterince yüksekse kişi, milliyet, din, cinsiyet, çocuk sahibi olmak vb. ideolojik ve geleneksel eğilimlerden daha az etkilenir; zengin olmak, kariyer yapmak gibi varoluş kaygısını azaltacak eğilimlere daha az kapılır (Harmon-Jones vd., 1997). Benlik saygısı, ölüm korkusunun karşısında kişi için bir tampon görevi görür ve hayatı anlamlı kılmaya ilişkin diğer kültürel/geleneksel öğelere göre daha etkili bir mekanizma olur (Greenberg, Solomon, Pyszczynski, 1997).

2.2.1.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel yaklaşıma göre ölüm kaygısı bireyin olumsuz duygu ve düşüncelerinden kaynaklanmaktadır. Tehdit altındaki kişi, olumsuz durumlar karşısında yaşadığı korkunun ve/veya yaşanan olumsuzluğa atfedilen şiddetin derecesi kadar endişelenir. Kişinin bir tehditi korkutucu, kontrol edilemez ve/veya baş edilemez olarak algılama derecesi ile ölüm kaygısı doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle bireyin yaşadıklarıyla değil, bu duruma yüklediği anlam ve bilincinde oluşturduğu bilişsel algılar önemlidir (Tanhan, 2007).

Bireyin tehlikenin varlığına ilişkin yorumu üç basamakta oluşur: Birinci ve ikinci basamakta birey çevresinde potansiyel olarak bir tehdit algılar, takiben tehdidin potansiyel zararı ve bununla nasıl baş edeceğini değerlendirir, son olarak üçüncü basamakta tehlikeli durumu yeniden değerlendirir ve kendine uygun en iyi başa çıkma yöntemini belirler (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.2.1.4. Varoluşsal Yaklaşımlar

Varoluşçu yaklaşıma göre, ölüm kaygısı herkesin benliğinin derinliklerinde var olan ve bireyin bilinç düzeyine ulaşmadan yaşanan kaçınılmaz bir kaygıdır (Geçtan, 2021).

Yalom (2018), ölüm kaygısının ölümden kaçma ve onu yadsıma davranışıyla ilişkili olduğunu ve ölüm kaygısıyla baş etmek ve ondan kurtulmak için ölümlle yüzleşmek, ölümlü tanımak ve onu bilmek gerektiğini ileri sürer; ölüm kaygısının ve altındaki dinamik süreçlerin, bireyin ölümlle ilgili fantezilerini, inançlarını, yaşam tarzını ve seçimlerini etkilediğini vurgular.

Heidegger (2019) "*Varlık ve Zaman*" adlı eserinde, ölümlün inkarının, ölümlden kaçma çabasının ve ölümlün yenilmesi gereken bir hastalık olarak görülmesinin bireyin psikolojisini olumsuz etkilediğini, ruh sağlığının korunması için ölüml olgusunun açıkça kabul edilmesi gerektiğini ileri sürer.

2.2.1.5. Diğer Yaklaşımlar

Psikanalist ve sosyolog Erich Fromm'a göre ölüm kaygısı ölüm eyleminin kendisinden değil, sahip olunan şeyleri, bedeni, benliği, malı-mülkü herşeyi yitirme ve hiçbirşeye sahip olamama korkusu ile ilişkilidir; birey sahip olmak anlayışına verilen önem

oranında ölümden korkar, sahip olma tutkusundan sıyrıldığı ölçüde de ölüm korkusunu aşar (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

İslam'ın altın çağı döneminin hekim ve düşürünü olan İbn-i Sina, insanların çoğunda aleni veya örtülü bir ölüm korkusu ve kaygısı olduğundan bahsetmiştir. Sina'ya göre ölüm kaygısı ölüm gerçeğini bilmemek, ölümden sonra bir ne olacağını bilmemek, öldükten sonra azap çekeceğine inanmak, beden çürüyüp yok olduktan sonra kişilik ve benliğin de tamamen hiçliğe kavuşacağını düşünmek, nerede olduğunu, nereye gideceğini ve kendisine ne olacağını bilmemek, arkada bırakacağı mal ve miras üzerine üzüntü duymak ve kendisinden sonra diğer insanların yaşamının devam edeceği düşünceleriyle bağlantılıdır (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.3. Ölüme İlişkin Depresyon

Templer, Lavoie, Chalgujian ve Thomas-Dobson (1990) ölümün ikinci elementi olarak (ilki ölüm kaygısıdır) ölüm depresyonunu tanımlamış ve Ölüme İlişkin Depresyon Skalasını (Death Depression Scale-DDS) geliştirmişlerdir. Ölüme ilişkin depresyon ölüm sıkıntısının belirgin bir özelliği olup, bireyin kendi ölümü, başkalarının ölümü ve/veya genel olarak ölüm kavramı ile ilgili bir tür kederdir.

Erikson, yaşamın son aşamasında tutarlı bir benlik duygusuna sahip olmayan kişilerin kendilerini başarısız ve umutsuz kişiler olarak gördüklerini söyler (akt. Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012). Kübler-Ross (2010), ölüme tepki olarak şok/inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşama belirlemiş ve bu aşamalardan dördüncüsü olan depresyonu ölümlle ilişkilendirmiştir. Yas tutmanın depresyon aşamasında, uyku güçlükleri, iştahsızlık, yorgunluk, enerji eksikliği, ağlama nöbetleri, kendine acıma ve kendini yalnız, yalıtılmış, boş, kaybolmuş ve endişeli hissetme şeklinde depresyon belirtileri yaygın görülmektedir.

Ramchandani (2010), ölümlle ilgili konuları düşünmenin çaresizlik, umutsuzluk, yalnızlık ve hüzn gibi depresif belirtilere neden olabileceğini; ölümü inkar etme ve yadsımanın ise depresif semptomlardan biri olan enerji kaybına neden olabileceğini belirtmiştir. Ölüm sıkıntısı ve ölüm kaygısı, ölüm depresyonu ile ilişkilidir (Chibnall vd., 2002). Abdel-Khalek'e göre (2011), ölüm sıkıntısı, ölüm kaygısı, ölüm depresyonu ve ölüm saplantısını içerir. Tomás-Sábado ve Gómez-Benito (2005), ölüm

kaygısı ve ölüm depresyonunun birbiriyle ilişkili olduğunu, ancak bunların ölüme yönelik gösterilen tepkilerin farklı yönleri olduğunu bildirmişlerdir.

Öngider ve Eyüboğlu (2013) depresif hastalarda, ölüm anksiyetesinin depresyon ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ölümden sonra yaşamın olduğuna inananlarda ölüm depresyonu skorları daha düşüktür (Templer, Lavoie, Chalgujian, ve Thomas-Dobson, 1990; Öngider ve Eyüboğlu, 2013). Ölüm depresyonu skorlarının düşük olmasında ölümden sonra yaşamın olduğuna inanma Allah inancından daha fazla etkilidir (Templer, Lavoie, Chalgujian, ve Thomas-Dobson, 1990).

2.4. Ölüme İlişkin Tutum

Ölüm düşüncesi bazıları için stresten kurtulmanın bir yoluken bazıları için stres kaynağıdır. Bazıları için yok oluş ve bazıları için ölümsüz, yaşamın başlangıcı olan ölümlle ilgili yapılan sorgulama hayatı anlamlandırmada önemli bir rol oynar (Tanhan ve Arı, 2006). Bazıları için ölüm, daha önce ölen sevdikleriyle tekrar bir araya gelme ve onlara kavuşma inancını ifade eder. Bir son, yok oluş, kişiliğin sonlanması olarak görenler için ise ölüm, ilişkileri ve yaşamı kesip atan, bozan ve bitiren bir düşman demektir. Bir bütün olarak yaşam ve ölüm algısının, sorunların çözümüne daha aktif bir katılım sağlar. Bu algı sadece sorumluluk getirmekle kalmaz, aynı zamanda daha dolu ve anlamlı bir yaşam ve mutluluk algısı getirir (Hökelekli, 2008).

Bireyin yaşamına ölüm düşüncesinden kaynaklı oluşan etkiler kaçınılmazdır. Bununla beraber kişinin ölüme karşı tepkilerinde aşırıya kaçması, ölçsüz davranması, düşünsel olarak patolojik şekilde etkilenme, kişinin psikolojik olarak zarar görmesine sebep olabilmektedir (Karaca, 2000). Bundan dolayı ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek ve doğru tanımlamak, algıyı ortaya çıkarmak bireyin dengesini korumak için önemlidir (Alkan, 1999). Ölüm karşıtı oluşan tutum, denge ve uyum dışına çıktıkça, kişinin kaygı düzeyinde artış olmakta ve yaşama uyum sağlaması zorlaşabilmektedir (Tanhan ve Arı, 2007). Kişinin kendi ölümü karşısındaki tutumu; ölümü isteme/arzulama, ölümü kabullenme/kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde üç ana başlık altında toplanabilirken; başkalarının ölümünde buna yas tutma süreci de eklenmektedir.

2.4.1. Ölümü Arzulama

Modern toplumlarda bilinçli ya da bilinçdışı olarak sanıldığından daha yaygın bir şekilde ölüm isteği yaşanmaktadır. Freud'un “ölüm içgüdüleri” dediği şey, bir şekilde ölüme, yaşamın kaynağı olan cansız toprak maddeye dönme arzusudur. Jung, bu anlamda biyolojik temele bağlı bir ölüm içgüdüsünü reddeder; ona göre ölme arzusu, manevi hayata işaret eden bir başka içgüdü ile ilişkilidir. İnsanın sakinliğe, sessizliğe, huzura olan eğilimi, ölüme duyduğu özlemdir; bilinçaltında güçlü bir şekilde hissedilen ölüm özlemi ve arzusu, anne karnında iken o huzurlu ve rahat bir yaşama dönüş olarak yorumlanır. Bu eğilim Jung'a göre, psikolojik yaşamın daha da gelişmesini engelleyen bir “gerileme”dir. Yaşam mücadelesinde bireyin düşmanı, aslında dışındaki herhangi bir şey değil, tam tersine kendi bünyesinde olup bunu sürekli yanında taşır. Bireyde ölüm arzusundan kaynaklanan durumlar, sükunet, rahatlık, sessizlik, denge ve uyum eğilimidir (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012; Pınar Bölüktaş, 2023).

2.4.2. Ölümü Kabullenme/Kabullenmeme

Ölüm, hayatı anlamlandırmakta, hayatla ilgili sorumluluklar alınmasını sağlamakta ve böylece insanlar ölümlü bir varlık olduğunu kavramaya ve bu dünyadaki ödevlerinin farkına varmaya başlamaktadırlar. Bu tutumda da ölüm, hayatın doğal bir parçası olarak algılanmakta, cesaretle kabullenilmekte ve böylece psikolojik açıdan daha sağlıklı yaşam sürülmektedir. Genellikle, yaşamlarını iyi değerlendirdiklerini düşünen bireyler, ölümü daha kolay kabullenme eğilimindedirler. Öte yandan, dinî inanışlar da ölümü daha kolay kabullenme konusunda etkin rol oynayabilmektedir (Pınar Bölüktaş, 2023).

Buna karşın ölümü yadsıma ve onun varlığını reddetme, maskeleye ve bastırma şeklinde olabilmektedir. Maskeleye; ölümü hatırlamamak, onunla hiç karşı karşıya gelmemek, onun hakkında düşünme fırsatı bulmamak için kendini günlük işlerine, çalışmalarına vermek, hayatı çok yoğun olarak yaşamaya çalışmak; bastırma ise ölüm kavramını bilinçten atarak etkisiz hale getirmektir. Çoğu insan ileriye dönük planlarında ölümü hiç düşünmemekte, bu dünyada sonsuza kadar yaşayacakmış gibi bir tavır sergilemektedir (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012; Pınar Bölüktaş, 2023).

2.4.3. Ölümey Meydan Okuma

Ölümey meydan okuma, bir nevi ölümsüzlük arzusudur ve bu arzu değişik şekillerde dile getirilse de her insanda mevcuttur. İnsanlar bir yandan ölümlü olduğunu kabullenip yaşamaya çalışsa da bir yandan da ölümsüzlüğü arzulamaktadır (Kalınkara 2016, Pınar Bölüktaş, 2023).

Ölümsüzlük tanımı maddi, biyolojik, sosyal ve ruhi ölümsüzlük kavramlarından oluşmaktadır. Maddi ölümsüzlük, insanın tıpkı her daim var olan maddeler gibi ölümsüz olabileceği görüşüne dayanmaktadır. Biyolojik ölümsüzlükte; ölümden sonra yeniden dirilişey, bir başka âlemde ölümsüz olarak hayatın devam edeceğine inanılır. Sosyal ölümsüzlük, ölümden sonra başkalarına faydalı olacak eserler ve çalışmalar bırakarak ölümsüz olma düşüncesidir. Ruhi ölümsüzlük ise, beden ölse de ruhun sonsuza kadar yaşamaya devam edeceğine inancıdır (Kalınkara 2016, Pınar Bölüktaş, 2023).

2.4.4. Yas Tutma

İnsanın tanıdıkları veya sevdiklerinin ölümlerine şahit olması oldukça acı verici bir durum olup, ölümlerin ardından şiddetli ruhsal acı ve keder yaşanması doğal bir süreçtir. Yas; bir akraba ya da arkadaştan ölüm nedeniyle ayrılma sonucunda, sosyal ilişkilerde ve davranışlarda bir yavaşlama, içey kapanma ve üzüntülü bir döneme giriştir (Kalınkara, 2016; Pınar Bölüktaş, 2023).

Normal yas süreci çeşitli evrelerden oluşmaktadır. Birinci evreye; şok, uyuşukluk, inkâr ve inanmama evresidir. En yoğun duygu olan şok ve uyuşukluk genellikle birkaç hafta sürmekte, inkâr ve inanmama ise günlerce ve hatta aylarca sürebilmektedir. İkinci evreye ise kaybedilen kişiye özlem ve ardından gelişebilecek depresif belirtilerin gözleendiği evredir. Bu dönem genellikle 5-14 gün arasında doruk noktasına çıkmakta, bazen daha da uzun sürebilmektedir. Bu evredeki yaygın duygular ağlama, gerçek olmama duygusu, empati, bağlanma vb. olabilmektedir. Yasın üçüncü evresi, sevilen kişiden kurtulma ve yeni şartlara uyum sağlamadır. Bu dönemde kişi insanlarla ve çevresel etkinliklerle yeniden ilgilenir, yeni bir denge kurmaya çalışır. Kimileri için bu evreye 6-8 hafta; kimileri içinde, aylar hatta yıllar sürebilir. Dördüncü evreye, kimliğin yeniden kurulması evresidir. Kişiy yeni ilişkiler kurar, sevdiği biriyle yeni roller üstlenir (Kalınkara 2016; Pınar Bölüktaş 2023).

Normal seyirde olmayan karmaşık ve patolojik yaslar da vardır. Karmaşık olan yasa genellikle çocukta ve yaşlıda rastlanılmakta ve bu durumun çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu görülmektedir. Patolojik yas zihinsel ve ruhsal fonksiyonlarda bozulmalara yol açmaktadır. Patolojik yas sürecinde olan bazı kişiler ölen kişinin ölümünü kabullenememekte ve onun her zaman hayatta olduğunu varsaymakta, bazıları da kendinden bir parça kaybetmiş gibi bir duyguya kapılmakta ya da kişinin ölümünden kendisini sorumlu tutmaktadır. Patolojik yasa bir başka örnek de kişilerin ölenin arkasından yas tutmayı gereksiz görmeleridir (Hökelekli, 2008; Kalınkara 2016; Pınar Bölüktaş 2023).

2.5. Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutumu

Hemşirelik ölüm olgusu ile en sık karşılaşan mesleklerdendir. Hemşireler, özellikle de yoğun bakım, palyatif bakım, onkoloji gibi kliniklerde çalışan hemşireler sık sık ölen hastalar ile karşılaşmakta, bu hastalara bakım vermekte; bir yandan da ölüme ilişkin yas tutan hasta ve aile üyelerinin sürecine tanıklık etmektedirler. Bu deneyim hemşirelerin kendi ölümlülüğünün farkına varmasına, kaygı ve huzursuzluğa yol açmaktadır (Peters ve ark., 2013).

Ölüm, yaşamın bir parçasıdır; ancak genel olarak toplum ve toplumun bireyi olan hemşireler ölüm konusunun konuşulmasından ve ölmekte olan hastaya bakım vermekten rahatsızlık duymaktadırlar (Ceyhan vd., 2018; Kerr v.d., 2020). Sağlık çalışanları, ölmekte olan bireylerin ihtiyaç ve dileklerini karşılamak yerine, daha çok hayat kurtarmaya veya hastalığı iyileştirmeye odaklanmaktadırlar (National Institute for Health and Care Excellence-NICE), 2015). Ölmekte olan hastalara optimal bakım sağlama ile ilgili gerçekçi olmayan beklentiler (Chan vd., 2016; Yu vd., 2016), hastayı iyileştirememeye ve hastanın ölümü sağlık profesyonellerinin yaşam kalitesini (Barnett, vd., 2019), aynı zamanda hasta bakımının kalitesini negatif olarak etkilemektedir (Harrington vd., 2019).

Hemşireler, ölmekte olan hastaya bakım verme ve hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurma konularında çoğu zaman hazırlıklı değildirler. Yine örgün eğitimleri sırasında bu konulara hiç değinilmemekte ya da çok az değinilmektedir. Tüm bunlarla birlikte, hasta ve hasta ailelerinin yaşamın son evresinde insan onuruna yakışır şekilde bakım alma ve desteklenme hakları doğal bir beklentidir (Kerr v.d., 2020).

Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermekle görevli hemşireler, suçluluk, keder, inkar, öfke, depresyon, umutsuzluk, korku ve kaygı gibi pek çok duyguyu yaşamakta, hasta bakımında başarısız olma ve yetersiz kalmaktan korkmaktadırlar (Mahboubeh Dadfar vd., 2014; Menekli vd., 2021). Hemşire için en çok sıkıntı veren sebepler arasında; ölümün anlamı, ölüm korkusu, ölmekte olan hastalara empati yapmanın güçlüğü, hastalık kaynaklı sıkıntıların ağır olması, hastanın ve yakınlarının gerginliği nedeniyle çeşitli iletişim sorunları çıkması, hasta ve yakınlarının tedaviye dirençleri ve hasta ve ailelerin talepleri yer almaktadır (Üzen Cura ve Ateş, 2020).

Mahboubeh Dadfar et al. (2014) 56 hemşireyi hemşire olmayan 56 kadınla karşılaştırmış ve hemşirelerde ölüme ilişkin depresyon skorunun daha yüksek olduğunu; Santisteban-Etreburu (2006) hemşirelerde ölüm kaygısı ortalama skorunu, başka çalışmalara benzer şekilde, 5.75 olarak bulmuştur. Ayyad (2013) yoğun bakım, kalp hastalıkları gibi bölümlerde çalışan hemşirelerin genel iç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere göre daha fazla ölüme ilişkin sıkıntı yaşadıkları bulunmuş; buna karşın on beş çalışmanın incelendiği sistematik gözden geçirmede (Peters vd., 2013), hastanelerin genel, onkoloji, nefroloji, hospis servislerinde ve toplum sağlığında çalışan hemşirelerin ölüm kaygısının çok yüksek olmadığı görülmüştür. Genç hemşireler daha fazla ölüm korkusu ve ölüme ilişkin daha fazla negatif tutum bildirmiştir. Payne vd. (1998) hospis hemşirelerinin daha sık ölümle karşılaşmalarına rağmen, acil hemşirelerine göre daha az ölüm anksiyetesi yaşadıklarını saptamışlardır.

Deffner ve Bell (2005) Amerikada hemşirelerin hasta ve yakınları ile ölüm hakkında konuşurken, diğer insanlarla konuşmaya göre, daha fazla zorlandıklarını bildirmiştir. Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yarısından fazlasının ölmekte olan hastaya bakmak istemediği ve ölen kişinin bakımına yönelik olumlu tutum skorlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölüme yönelik olumlu- pozitif tutumun deneyim ve eğitimle gelişebileceği belirtilmiştir.

Ölüm kaygısı yüksek olan hemşireler ölmekte olan hastalara bakım verirken daha fazla zorlanmaktadırlar (Peters vd., 2013). Daha önce yapılan çalışmalarda, ölüme karşı daha fazla korku ve kaçınma tutumu olan hemşirelerin daha fazla duygusal tükenme, uzaklaşma ve duyarsızlaşma yaşadığı (Peters vd., 2013), daha uzun süre klinik deneyim ve bakım verme bilgisine sahip olanların ise ölümcül hastaya bakım vermekten daha az negatif olarak etkilendiği (Claxton-Oldfield, Crain, & Claxton-

Oldfield, 2007) saptanmıştır. Myashita vd., (2007), ölüm kaygısı ile ölüme karşı pozitif tutum arasında negatif ilişki; Iranmanesh vd., (2008) İran’da ölüm korkusunun bakım verme tutumu ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Tüm çalışmalarda ölüm kaygısı yüksek olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin ölüme ilişkin duygu, düşünce ve tutumlarının ölümcül hastalara verdikleri bakımın kalitesini doğrudan etkilediği bildirilmiş; hemşireler öncelikle yaşamın anlamı, yaşamın sonu, ölüm ve ölme ile ilgili kendi duygu ve düşüncelerini gözden geçirmelidir denilmiştir (Dönmez ve Yılmaz, 2012). Aksi takdirde kendi ölümüyle yüzleşemeyen hemşireler, ölmekte olan birey ve yakınlarından uzaklaşmakta ya da ölüm korkusunu onlara yansıtmaktadır (İnci ve Öz, 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (İnci ve Öz, 2009) ölüm konusunda eğitilen hemşirelerin daha az ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon yaşadıkları gösterilmiştir.

Tüm bu nedenlerle hemşirelerin ölüm anksiyetesi, ölüme ilişkin depresyon ve ölüme ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve eğitim programlarında ölüm ve ölümcül hastanın bakımı konularına yer verilmesi önerilmektedir (Keskin Kızıltepe ve Kurkgöz, 2022).

Ölüm kaygısının değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan değerlendirme aracı Templer tarafından 1970 yılında geliştirilen, Thorson ve Powell (1992, 1994) tarafından gözden geçirilerek revize edilen Revize Ölüm Kaygısı Ölçeğidir (Revised Death Anxiety Scale-RDAS). Ölüme ilişkin depresyonun değerlendirilmesinde ise yine en yaygın kullanılan araç Templer vd. tarafından 1990 yılında geliştirilen Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’dir (Death Despression Scale-DDS). Ülkemizde RDAS’ın güvenilirlik ve geçerliği Güzel Sanatlar ve İlahiyat Fakültelerinde öğrenim gören ve %60.3’ü kız olan 126 öğrencide (Karaca ve Yıldız, 2001); DDS’nin güvenilirlik geçerliği ise ilahiyat bölümünde öğrenim gören ve %78’i erkek olan 100 öğrencide çalışılmıştır (Yaparel ve Yıldız, 1998). Hem RDAS hem de DDS’in üniversite öğrencileri dışında yapılan birçok çalışmada ve özellikle sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda yine yaygınlıkta kullanıldığı gözlenmektedir (Keskin Kızıltepe ve Kurkgöz, 2022). Halbuki araştırmalarda kullanılan ölçüm araçları çalışılacak örneklem için güvenilir ve geçerli olmalıdır. Bu açıdan ülkemizde RDAS ve DDS kullanılarak yapılan çalışmaların bulguları sorgulanabilir niteliktedir.

2.6. Güvenirlik ve Geçerlik

Dünyada bilimin ilerlemesi için kaliteli, güvenilir, doğru bilimsel araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu tür bilimsel araştırmalar ise verilerle elde edilir. Verilerin elde edilmesinde kullanılan ölçeklerin ise standardize olması gerekir. Standardize olabilmesi için ölçeğin, güvenilirlik ve geçerlik özelliklerine sahip olması gerekir (Başkale, 2016; Ercan ve Kan, 2004).

2.6.1. Güvenirlik

Güvenirlik, ölçekten elde edilen sonuçların tesadüfi hatalardan arındırılmış olma derecesi olarak tanımlanır. Klasik test kuramında gerçek puan ve hata puanının toplamı, gözlenen puana eşittir. Bu kuramdan da anlaşılacağı gibi, güvenilirlik gözlenen puan ile gerçek puan arasındaki korelasyondur. Hata puanı azaldıkça gözlenen değer gerçek değere yaklaşır (Kula Kartal ve Mor Dirlik, 2016). Güvenirlik analizleri üç şekilde incelenebilir:

- ◆ İç tutarlılık
 - Yarıya bölme yöntemi
 - Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı
 - Kuder Richardson güvenilirlik katsayıları
 - Madde toplam puan güvenirliliği
- ◆ Değişmezlik
 - Test-tekrar test güvenirliliği
 - Paralel formlar güvenirliliği
- ◆ Bağımsız gözlemciler arası uyum.

2.6.1.1. İç Tutarlık

2.6.1.1.1. Yarıya Bölme Yöntemi

Ölçüm aracındaki maddeler rastgele ikiye bölünür ve alınan puanlar toplanıp; toplam puanlar arasındaki korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısının yüksek olması ölçeğin güvenirliliğinin yüksek olduğunu gösterir (Karasar, 2016).

2.6.1.1.2. Cronbach Alpha Katsayısı

İç tutarlılık yöntemlerinden olan Cronbach Alfa katsayısı; ölçeğin maddelerinin birbiriyle ne derece tutarlı olduğu hakkında bilgi verir. Uygulamasının, yorumlanmasının kolay olması ve objektif olmasından dolayı en yaygın kullanılan güvenilirlik katsayısıdır. “0-1” arasında değerler alır. 1’e yakın değerler iç tutarlılığı yüksek olarak yorumlanır (Aydoğan, Kıbrısoğlu Uysal ve Doğan, 2017; Çakmur, 2012). Alfa katsayısının tek boyutlu ölçümlerde ve maddeler arası faktör yüklerinin eşit olduğu; paralel, eş değer ve eş biçimli ölçümlerde kullanılması uygundur (Aydoğan, Kıbrısoğlu, Uysal ve Doğan, 2017).

Cronbach Alfa Katsayısı yorumlanması;

- ✓ $.00 \leq \alpha \leq .40$ → Güvenilir değil
- ✓ $.40 \leq \alpha \leq .60$ → düşük güvenilirlikte
- ✓ $.60 \leq \alpha \leq .80$ → oldukça güvenilir
- ✓ $.80 \leq \alpha \leq 1.0$ → yüksek derecede güvenilir şekilde yapılır (Kılıç, 2016).

2.6.1.1.3. Kuder Richardson Güvenirlik Katsayıları

Kuder Richardson tarafından geliştirilen bu güvenilirlik katsayısı; ikili derecelendirilmiş ölçüm araçlarında kullanılır ve maddeler arasında benzerlik bulunması gerekir, başka bir ifade ile tüm maddelerin aynı değişkeni temsil ettikleri varsayımına dayanır. Ölçüm aracının belirli özelliklerine göre Kuder Richardson 20 ve Kuder Richardson 21 kullanılır (Ercan ve Kan, 2004).

2.6.1.1.4. Madde- Toplam Korelasyonu

Her bir maddenin puanı ile ölçekten alınan toplam puan arasındaki korelasyondur. Her bir maddenin korelasyon katsayısının yüksek olması o maddenin ölçülmek isteneni en iyi şekilde ölçtüğünü gösterir. Madde Toplam Korelasyon katsayısının en az 0.30 olması gerekir (Özdamar, 2015). Bu değerden daha düşük korelasyon katsayısına sahip maddelerin, ölçeğin Cronbach alpha değerinin düşmesine sebep olacağından ölçekten çıkarılmasının düşünülebileceği belirtilmektedir (Şencan, 2005).

2.6.1.2. Zamana Karşı Değişmezlik

2.6.1.2.1. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Güvenirliği kanıtlanmak istenen ölçeğin aynı kişilere belli bir zaman aralığında ikinci kez tekrar uygulanarak ilk uygulanan benzer sonuçlar elde edilmesi beklenir. Bu sayede ölçeğin zamana karşı değişmezliği kanıtlanmış olur. En az 30 kişilik bir gruba uygulanmalıdır. 2-4 hafta içinde tekrar uygulanmalıdır. İki ölçüm arasındaki fark ve korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısının .70'in üzerinde olması ve 2 ölçümden elde edilen ortalama değerler arasında istatistiksel anlamlı farkın olmaması gerekir (Baydur ve Eser, 2006).

2.6.1.2.2. Paralel Formlar Güvenirliği

Ölçümün iki zaman aralığında yapılamadığı durumlarda kullanılır. Aynı duygu ya da davranış kalıplarını ölçebilecek farklı maddeler içeren birbirine paralel iki form oluşturulur ve oluşturulan bu iki form aynı gruba uygulanarak ölçümler arasındaki korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısının yüksek olması güvenilirliği ifade eder (Çakmur, 2012; Ercan ve Kan, 2004).

2.6.1.2.3. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Ölçülmek istenen aynı şeyleri birden fazla gözlemcinin birbirinden bağımsız olarak ölçmesi istenir. Ölçüm sonucunda birbirlerine yakın sonuçların çıkması güvenilirliğin yüksek olduğunu gösterir. Gözlemci sayısının artması güvenilirliğin belirli oranda artmasını sağlar (Karasar, 2006).

2.6.2. Geçerlik

Garret tarafından 1937 yılında yapılan geçerliğin ilk tanımı "ölçülmek istenen özelliğin amaca uygun olarak ölçülme derecesi" şeklindedir. Bir testin deney veya ölçeğin geçerli olabilmesi için yinelenen ölçümlerde aynı sonuçları vermesi gerekir. Geçerliliğin ilk şartı güvenilirliktir. Bir ölçek veya test geçerli ise aynı zamanda güvenilirdir. Fakat her güvenilir test ya da ölçek geçerli olmayabilir. Geçerlik dört şekilde incelenir (Çakmur, 2012; Şencan, 2005).

1. Yüzey geçerliği
2. İçerik geçerliği

3. Ölçüt geçerliği
4. Yapı geçerliği

2.6.2.1. Yüzey Geçerliği

Ölçeğin ölçülmek istenen yapıyı ölçüp ölçmediğine dair araştırmacının, konu hakkında uzman veya uzman olmayan kişilerce görüşlerinin alınmasıdır (Çakmur, 2012)

2.6.2.2. İçerik/ Kapsam Geçerliği

Ölçeğin ölçmesi istenen kavramsal yapının sınırlarının belirlenmesi yönünde bilgi verir; ölçekle ilgili her madde için uzman görüşü (“uygundur”, “düzeltmeli” ve “çıkartılmalı” şeklinde) alınır. Uzman sayısının en az 5, en fazla 40 olması beklenir (Çakmur, 2012). İstatistiksel olarak yorumlanmasında ise kapsam geçerliği indeksi (KGİ) kullanılır. KGİ'nin hesaplanmasında kapsam geçerlik ortalaması (KGO)'na ihtiyaç vardır. $KGO = [U/(N/2)] - 1$ şeklinde hesaplanır. U: ”uygundur” puanı verenlerin sayısı N: toplam uzman sayısını ifade eder. KGO'nun minimum değeri .75 tir. KGİ değeri KGO değeri minimumun üzerinde olan maddelerin ortalamasıdır ve .67'den büyük olması beklenir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2017).

2.6.2.3. Ölçüt Geçerliği

Daha önce güvenilirlik ve geçerliği test edilmiş standart bir ölçekle ölçüm sonuçlarından çıkan puanların karşılaştırılmasıdır (Çakmur, 2012).

2.6.2.4. Yapı Geçerliği

Soyut bir kavram araştırılmak istenildiğinde bu soyut kavramı ölçmeye yönelik değişkenlerin oluşturduğu yapının incelenmesinde kullanılır. Buradaki amaç değişkenlerin istenilen soyut kavramı ölçüp ölçmediğidir (Bayram, 2017).

Bir ölçeğin yapısal geçerliğini kanıtlamak için değişkenlerin bir faktör üzerindeki faktör yüklerinin yüksek, aynı zamanda kuramla uyumlu, faktör sayısı ve faktörler arasındaki ilişki bulunması gerekir (Çakmur, 2012).

Yapı geçerliliğini incelemek için dış testler, grup farklılıkları ve faktör analizi yöntemleri kullanılır (Bayram, 2017).

2.6.2.4.1. Faktör Analizi

Değişkenlerin kendi aralarında nasıl bir bağlantıda olduğunu inceler. Hangi değişkenlerin hangi boyutlarda toplandığını ortaya çıkararak yapıyı kompleks bir halden daha anlaşılabilir özet hale getirir (Bayram, 2017; Çakmur, 2012).

Faktör analizi Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılır. AFA’da ölçekteki maddeler kaç grupta toplanıyor ve hangi maddeler hangi gruplarda ne kuvvette toplandığı belirlenir. DFA’da ise önceden oluşturulan bir modelin doğruluğu kanıtlanmak istenir. Genellikle bir kültürde geliştirilip başka bir kültüre uyarlanmak istenen ölçeklerde kullanılır (Bayram, 2017).

2.6.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Açıklayıcı faktör analizinin bir uzantısı olarak kabul edilir. Çünkü AFA’da belirlenen modelin doğruluğu DFA ile test edilir. DFA’da faktörler arasındaki ilişkinin düzeyi, değişkenlerin hangi faktörlerde toplandığı, faktörlerin ilk modeli açıklamakta yeterli olup olmadığı kanıtlamak için kullanılır (Aytaç ve Öngen, 2012; Erkorkmaz, vd., 2013). Bu nedenle araştırmacı analizden önce modele ait yeterli bilgiye sahip olmalıdır. DFA faktörler arasındaki ilişkileri açıklayan model ile elde edilen verinin ne oranda tutarlı olduğunu gösteren ayrıntılı bilgi verir. Çoğu analizde olduğunun aksine tek bir anlamlılık değeri vermez. Birden fazla uyum indeksi kullanılarak model değerlendirilir. Bu açıdan DFA var olan modelin uyumunun değerlendirilmesinde en yetkili analizdir (Aytaç ve Öngen, 2012; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018). DFA uygulanırken altı aşamada gerçekleşir.

1. Modelin Belirlenmesi; önceki araştırmalardan elde edilen bir model veya kuram ile hesaplanmasını istediği modeli belirler
2. Modelin Tanımlanması; belirlenmiş olan modelin tek tek tüm parametreleri tanımlanır.
3. Modelin Tahmin Edilmesi; analiz edilen değişkenlerin özelliklerine göre mümkün olan en yakın değerlerin tahmini amaçlanmaktadır. Aytaç ve Öngen (2012)’e göre “doğrulayıcı faktör modelinin tahmininde En Çok Olabilirlik, Genelleştirilmiş En Küçük Kareler ve Ağırlıksız En Küçük Kareler tahmin yöntemleri kullanılmaktadır.” Bu tahmin yöntemlerinde tarafsız, tutarlı yetkin ve normal dağılım olması istenmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

4. Modelin Analiz Edilmesi; bu aşama veri seti için uygun olan model uyumu programlarını (mplus, lisrel, amos vb.) kullanmayı kapsar.
5. Model Uyum İyiliğinin Değerlendirilmesi; uyum iyiliğinin değerlendirilmesi kullanılan paket programlara göre değişmektedir. En sık kullanılan uyum indeksleri ki-kare istatistiği, iyilik uyum indeksi (Goodness of fit index-GFI), düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (Adjusted goodness of fit index-AGFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative of fit indeks-CFI), yaklaşık tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root mean square error of approximation-RMSEA), standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (Standardized root mean square residuel-SRMR) ve LISREL’de normlaştırılmamış uyum indeksi (Nonnormed fit index-NNFI) AMOS’ta Tucker Lewis indeksi (Tucker Lewis Index-TLI) şeklinde yer alan NNFI-TLI, sayılabilir. Bu indekslerin farklı kaynaklara göre kabul için kesme noktaları değişebilmektedir. Tablo 2.1’de yapısal eşitlik modelinde uyum indeksinin kriterleri ve kabulü için kesme noktaları verilmiştir (Aytaç ve Öngen, 2012; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).
6. Modelin Modifikasyonu; analiz sonucunda uyum indekslerinin kabul düzeylerini karşılamaması durumunda modelin yeniden tanımlanması oldukça zor olabilir. Bu yüzden modifikasyona gidilir. Maddelerin ilk modele göre farklı bir faktöre alınması veya ölçekten çok istenmese de soru çıkarılması bu işlemi kapsar (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

Tablo 2.1: Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndeksinin Kriterleri ve Kabulü İçin Kesme Noktaları (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

| Uyum indeksi | Kriterler | Kabul için kesme noktaları |
|--------------------------|---|--|
| $\chi^2/$ χ^2/sd | $P > 0.05$ | ≤ 2 = mükemmel uyumludur. ≤ 2.5 =mükemmel uyumludur. (küçük örneklerde) ≤ 3 =mükemmel uyumludur (büyük örneklerde) ≤ 5 =orta düzeyde uyumludur. |
| GFI AGFI | 0 (uyum yoktur) 1 (mükemmel uyumludur) | $\geq .90$ =iyi uyumludur. $\geq .95$ =mükemmel uyumludur. |
| RMSEA | 0 mükemmel uyumludur 1 (uyum yoktur) | $\leq .05$ =mükemmel uyumludur. $\leq .06$ =iyi uyumludur. $\leq .07$ =iyi uyumludur. $\leq .08$ =iyi uyumludur. $\leq .10$ =zayıf uyumludur. |
| RMR/ SRMR | 0 (mükemmel uyumludur) 1 (uyum yoktur) | $\leq .05$ =mükemmel uyumludur. $\leq .08$ =iyi uyumludur. $\leq .10$ =vasat uyumludur. |
| CFI | 0 (uyum yoktur) 1 (mükemmel uyumludur) | $\geq .90$ =iyi uyumludur. $\geq .95$ =mükemmel uyumludur. |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma “Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği” ve “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği”nin hemşirelerde güvenirlik ve geçerliğini değerlendirmek amacıyla metodolojik çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şırnak, Siirt ve Van İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı 5 kamu hastanesinin (Şırnak Devlet Hastanesi, Şırnak Cizre Dr. Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi, Şırnak Silopi Devlet Hastanesi, Siirt Eğitim Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim Araştırma Hastanesi) yataklı tedavi kliniklerinde 1 Nisan 2022-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şırnak, Siirt ve Van İllerinde yer alan 5 kamu hastanesinin yataklı tedavi kliniklerinde çalışan 2412 hemşire (Şırnak: 821, Siirt: 473, Van: 1118), örneklemini ise araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan 644 hemşire oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışma tarihleri arasında doğum izni, hastalık izni, görevlendirme vb. sebeplerle uzun süreli olarak kurum dışında bulunmamak.
- En az bir yıldır hemşire olarak hasta bakımında aktif olarak çalışıyor olmak.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Evreni oluşturan 2412 hemşirenin %19.7’si (n:476) görevlendirme, doğum/hastalık izni vb. nedenler ile aktif olarak çalışmadığı; %23’ü (n:554) bir yıldan daha az süredir klinikte çalıştığı; %30.6’sı (n:738) çalışmaya katılmayı kabul etmediği için toplam

1768 kişi çalışma dışında bırakılmış ve araştırma 644 hemşire ile tamamlanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün seçiminde güvenilirlik-geçerlik çalışmalarında önerilen yol izlenmiştir. Güvenirlik-geçerlik çalışmalarında genellikle ölçekte bulunan her bir madde başına 5-10 kişinin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği 25, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği 17 ifade içerdiğinden madde başına minimum 10 kişi olmak üzere 250 hemşireden oluşan örneklemin yeterli olacağı öngörülmüş, çalışma 644 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek 2) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Kişisel Bilgi Formu sosyo-demografik özellikler (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, ailenin gelir durumu), mesleki özellikler (çalışılan hastane, çalışılan birim, hemşire olarak çalışma süresi, birimde çalışma süresi), dini/manevi inanç (ölümden sonra yaşam olduğuna inanma, manevi ve dini inancı tanımlama, dindarlık durumunu derecelendirme ve maneviyat durumunu derecelendirme) olmak üzere üç bölüm ve 14 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formu konuyla ilgili literatürden faydalanarak danışman ve araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.4.2. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği (Revised Death Anxiety Scale-RDAS) (Ek 2)

“Ölüm Kaygısı Ölçeği” Templer (1970) tarafından geliştirilmiştir; Thorson ve Powell (1992, 1994) ölçeğe günümüzdeki şeklini vermiştir. RDAS 0-4 arasında değişen likert tipi (fikrime çok uygun, fikrime uygun, kararsızım, fikrime aykırı, fikrime çok aykırı) puanlamaya sahip 25 ifade içerir. Ölçekteki ifadelerin 17’si (1-3, 5-9, 12,14-16, 18-20, 22, 24 nolu ifadeler) “tabutlar beni huzursuz eder” maddesinde olduğu gibi olumlu cümle yapısında; 8’i (4,10-11, 13, 17, 21, 23, 25 nolu ifadeler) “kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum” maddesinde olduğu gibi olumsuz cümle yapısındadır. Olumsuz cümle yapısında olan maddeler tersine çevrilerek puanlanır; bir başka ifade ile 4 ağırlık değerinde olanlar 0’a, 0 ağırlık değerinde olanlar 4’e

dönüştürülür. Ölçeğin toplam puanı 0-100 arasında değişir; puanın yüksek olması ölüm kaygısının yüksek olduğunu gösterir.

Ölçeğin güvenirlik ve geçerliği Karaca ve Yıldız tarafından 2001 yılında yapılmış, ölçeğin dört yapı (“*Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı*”, “*Öte Alem ile İlgili Kaygılar*”, “*Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar*”, “*Ölüm Süreci Acı ve İstirap Çekme*”) gösterdiği ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısının ölçeğin totali için .84 olduğu bulunmuştur.

3.4.3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (Death Despression Scale-DDS) (Ek 3)

Templer vd. tarafından 1990 yılında geliştirilen Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği, ölüme ilişkin yaşanan depresyon, üzüntü, keder, endişe, dehşet ve yalnızlık gibi duygu durumlarını ölçen Evet ve Hayır yanıt seçeneklerine sahip 17 ifade içerir. Ölçekte bulunan 15 ifade (1-10, 13-17 nolu maddeler) doğru, 2 ifade (11, 12 nolu maddeler) yanlış yönde işaretlenir. Her bir beklenen yanıtı 1 puan verilir; böylece ölçeğin toplam puanı 0-17 arasında değişir. Ölçeğin orijinal formu *ölüm umutsuzluğu*, *ölüm yalnızlığı*, *ölüm korkusu*, *ölüm hüznü*, *ölüm depresyonu* ve *ölüm kesinliği* olmak üzere altı boyutludur (Templer vd., 1990).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Yaparel ve Yıldız tarafından yapılmış; DDS *ölüm depresyonu*, *hayatın anlamı*, *ölüm yalnızlığı*, *ölümsüzlük inancı*, *ölüme ilişkin hüznü* ve *ölüm kaygısı* olmak altı boyutlu bir yapı göstermiş ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısı ölçeğin totali için .74 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Öncelikle katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini ve maneviyata ilişkin bulguları tanımlamaya yönelik yüzdeler-ortalama analizleri yapılmıştır. Daha sonra RDAS ve DDS'nin geçerlik ve güvenirliği çalışılmıştır.

3.5.1. Ölçeklerin Geçerliği

Ölçeklerin geçerliği yapı geçerliği ile test edilmiş, bu amaçla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır.

Yapılan analizlerin geçerli sonuçlar verebilmesi için veri setinin kalitesi önemlidir. Bu amaçla öncelikle DFA'nın sayıtları kontrol edilmiştir; DFA yapılmadan önce veri

setinde aykırı gözlemler (uç değerler), normallik, doğrusallık, çoklu doğrusallık ve örneklem büyüklüğü gibi gereklilikler test edilmiştir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2018; Tabachnick & Fidell, 2019). İlk olarak aykırı gözlemlerin varlığına bakılmıştır. Aykırı gözlemler veri setinde alışıl gelen değerlerden çok farklı gelen değerlerdir ve pek çok istatistiksel işlemin sonucunu olumsuz etkilemektedir. Aykırı gözlemler ham puanların standart Z puanına dönüştürülmesi ile belirlenir ve katılımcı sayısının 100'den büyük olduğu örneklerde Z puanının -4 ile +4 arasında olması istenir. Gözden geçirilen Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği (RDAS) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (DDS) maddelerinde univariate aykırı gözlem bulunmamaktadır ($Z_{.001}=3.29$). Doğrusallık iki değişken arasındaki ilişkinin bir doğru üzerinde gösterilmesiyle incelenir (A.g.e.). Maddeler arasında rastgele yolla ikili saçılma grafikleri (scatter plot) çizilmiş, ayrıca dağılım tahminleri incelenmiştir. Eğri tahmin yöntemi maddeler arasındaki doğrusal ilişkilerin, doğrusal olmayan ilişki biçimlerine göre maddeler arası korelasyonları daha fazla açıkladıklarını ortaya koymaktadır. Maddeler arasındaki korelasyonlar RDAS için -.29 ile .58 ve DDS için -.08 ile .57 arasındadır. Bu değerler veri setinde çoklu bağlantı olmadığını göstermektedir.

Madde puanları normal dağılmadığından, analizler MPLUS 8.1 paket programında ve WLSMV tahmin yöntemi kullanılmıştır (Brown, 2015). Önerilen modeller DFA ile test edilmiş; ayrıca alternatif model için GEOMIN faktör döndürmeli ve güçlü ağırlıklı en küçük kareler (RWLS) tahmin yöntemi Açıklayıcı Yapısal Eşitlik Modeli (ESEM) kullanılmıştır (Taylor & Pastor, 2007). Faktör analitik modellerin uyumunun değerlendirilmesinde CFI, TLI, RMSEA ve SRMR yanı sıra madde faktör ilişkilerinin büyüklüğü ve maddelerin faktörlerde açıkladığı ortalama varyans (AVE) değerlerine dayalı incelenmiştir (Hair et al., 2019). Modeller yuvalanmış olduklarından (nested), uyumları ki-kare fark testiyle ($\Delta\chi^2$) incelenmiştir.

Veri-model uyumunun incelenmesinde χ^2/sd değeri kullanılmış; uyum indeksi olarak ta RMSEA, TLI, CFI ve SRMR değerleri incelenmiştir. Kabul edilebilir uyum indeksi sınır değerleri için farklı görüşler bulunmaktadır. Örneğin, Hu ve Bentler, basit modellerin yanlış tanımlanmasına duyarlı mutlak uyum indeksi olan SRMR'nin, 0,08'den az olmaması ve karmaşık modellerin yanlış tanımlanmasına duyarlı RMSEA, 0,06'yı geçmemelidir. Hu ve Bentler ile Brown' a göre RMSEA ve SRMR'ya ilaveten CFI değeri de >0,95'ten fazla olmalıdır.

Kline'na göre (2015), model uyumunun kabul edilebilmesi için SRMR değerinin 0,10'dan küçük, CFI'nin 0,90'dan büyük olması ve RMSEA değerinin ise 0,08'den küçük olması gerekir. Öte yandan Hair vd.ye göre (2019) “madde sayısı ≥ 30 , katılımcı sayısı >250 ise χ^2 istatistiksel olarak önemsizdir. Fakat CFI 0,92'den büyük olup; RMSEA değerinin 0,08'den küçük olması durumunda ayrıca SRMR 0,09'dan küçükse, genel model uyum katsayıları yeterli kabul edilir. TLI'da CFI gibi yorumlanmakta ancak 1'den büyük değerler alabilmektedir. TLI değerinin 0.95 ve üzeri olarak alınması tavsiye edilmektedir (Brown, 2006).

Doğrulamalı faktör analizi kullanılarak ölçek geçerlilik açısından değerlendirilmiştir. Her bir boyut için, uyum geçerliliği hesaplanmasında ortalama açıklanan Varyans değerleri (AVE-Average Variance Extracted) hesaplanmıştır (Hair vd., 2010).

3.5.2. Ölçeklerin Güvenirliği

Güvenirlik iç tutarlılık (Cronbach alpha, madde-toplam korelasyonu) ve zamana karşı değişmezlik (Stabilite, test-tekrar test güvenirliği) ile incelenmiştir.

İç tutarlılık Cronbach alpha güvenirlik katsayısı ve madde toplam korelasyonu ile incelenmiştir. Nunnally ve Bernstein'e göre (1994), elde edilen ölçüm sonuçlarına dayanarak bireyler hakkında bir karara varılacaksa/bir seçim yapılacaksa ölçüm yapacak aracın güvenirlik katsayısı minimum .90 olmalıdır. Bunun dışında ölçek iki grubun karşılaştırılmasında kullanılacaksa .80 güvenirlik katsayısı yeterli (çok iyi), .70 güvenirlik katsayısı kabul edilebilir olarak değerlendirilmelidir. Todd ve Bradley (1994), kabul edilebilir güvenirlik katsayısının .70 ile .80 arasında olması gerektiğini, az sayıda ifade/madde içeren ölçeklerde bu değerin daha düşük olabileceğini bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda genel olarak güvenirlik için kabul edilebilir sınır değer .70 alınmaktadır. Mevcut çalışmada Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .90 ve üzerinde ise ideal, .80 ve üzerinde ise çok iyi, .70 ve üzerinde ise iyi olarak değerlendirilmiştir.

Madde toplam korelasyonu Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiş; kabul edilebilir madde toplam korelasyon katsayısı için sınır değer Nurosis'in belirttiği gibi $\geq .30$ olarak alınmıştır (Nurosis, 1994).

Zamana karşı değişmezlikte, güvenirliğin test edilebilmesi için tekrarlanan ölçümlerle yalnızca elde edilen sonuçlar arasındaki korelasyon derecesi değil, aynı zamanda

ölçümler arasındaki uyum da göz önüne alınmalıdır. Geçmişte zamana karşı değişmezliği değerlendirmek için Pearson korelasyon katsayısı, eşleştirilmiş t testi ve Bland-Altman grafiği kullanılmakta idi. Eşleştirilmiş t testi ve Bland-Altman grafiği uyumu analiz ederken, Pearson korelasyon katsayısı yalnızca korelasyonu ölçmektedir. Bu nedenle günümüzde daha kapsamlı bir güvenilirlik analizi için hem korelasyon derecesini hem de ölçümler arasındaki uyumu ölçen sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanılmaktadır (Koo ve Li, 2016). Çalışmamızda ölçeklerin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test güvenilirlik katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir. Bu amaçla ölçek 72 hemşireye 15 gün ara ile iki kez uygulanmış, test ve retest uygulamasından elde edilen puanlar sınıf içi korelasyon katsayısı (intraclass correlation coefficient-ICC) hesaplanarak incelenmiştir. Koo ve Li (2016), Portney ve Watkins'i (2000) referans göstererek ICC için bir derecelendirme önermiştir. Buna göre; tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ICC değeri .50'ten küçük ise zayıf, .50-.75 ise orta, .75-.90 ise iyi, .90'dan büyük ise mükemmel derecede güvenilirdir. Mevcut çalışmada da bu kriter dikkate alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma boyunca bilimsel ve etik ilkeler ile Helsinki Bildirgesine sadık kalındı. Ölçekler cevaplanılmadan önce, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan hemşirelerden gönüllülük esası, çalışmanın amacı, bu bilgilerin çalışma haricinde paylaşılmayacağı ve kullanılmayacağı üzerine bilgilendirilmiş onam alındı.

“İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı”ndan Etik onay (Ek 4) ve Şırnak, Siirt ve Van İl Sağlık Müdürlükleri'nden çalışma izinleri (Ek 5, Ek 6, Ek 7) alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekleri Türk toplumuna uyarlayan araştırmacılardan, ölçeklerin tezde kullanılabilmesi için elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 8, Ek 9).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamız Şırnak, Siirt ve Van illerinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

“Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği” ve “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği”nin hemşirelerde güvenilirlik ve geçerliğinin incelenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada bulgular dört başlıkta verilmiştir. Bunlar:

1. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özellikleri
2. Hemşirelerin Maneviyata İlişkin Bulguları
3. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği”nin Geçerlik ve Güvenirliği
4. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirliği

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, yaş ortalaması 28.8 yıl olan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%58.1), bekar (%59.3) çocuksuz (%73.9) ve lisans düzeyinde eğitime sahiptir (%74.8). Hemşirelerin %63.8’i ekonomik durumunu kötü olarak tanımlamıştır.

Hemşirelerin yarısından fazlası (%60.3) devlet hastanesinde, %38.4’ü yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Mesleki deneyim ve çalıştığı birimde deneyim süresi sırası ile 6.0 ve 3.0 yıldır.

Tablo 4.1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri (N=644)

| Sosyo-demografik Özellikler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|---------------------------|-----------|
| <i>Cinsiyet</i> | | |
| Erkek | 270 | 41.9 |
| Kadın | 374 | 58.1 |
| <i>Medeni durum</i> | | |
| Bekar | 382 | 59.3 |
| Evli | 262 | 40.7 |
| <i>Çocuk sahibi olma durumu</i> | | |
| Hayır | 476 | 73.9 |
| Evet | 168 | 26.1 |
| <i>Öğrenim durumu</i> | | |
| Lise | 44 | 6.8 |
| Ön lisans | 51 | 7.9 |
| Lisans | 482 | 74.8 |
| Yüksek lisans | 67 | 10.4 |
| <i>Ailenin gelir durumu</i> | | |
| Çok kötü | 68 | 10.6 |
| Kötü | 411 | 63.8 |
| Orta | 165 | 25.6 |
| Mesleki Özellikler | | |
| <i>Çalışılan kurum</i> | | |
| Devlet hastanesi | 388 | 60.3 |
| Eğitim araştırma hastanesi | 256 | 39.7 |
| <i>Çalışılan birim</i> | | |
| Palyatif bakım ünitesi | 73 | 11.3 |
| Onkoloji, KİT, Hematoloji | 75 | 11.6 |
| Yoğun bakım | 247 | 38.4 |
| Diğer | 249 | 38.7 |
| Yaş (ort±ss, min-max yıl) | 28.81±5.76 (20-57) | |
| Mesleki deneyim süresi (ort±ss, min-max yıl) | 5.93±5.73 (min-max: 1-30) | |
| Çalışılan birimdeki deneyim süresi (ort±ss, min-max yıl) | 3.16±3.58 (min-max: 1-30) | |

4.2. Hemşirelerin Maneviyata İlişkin Bulguları

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%83.9) ölümden sonra bir yaşam olduğuna inanmaktadır; %67.1'i dindar olduğunu, ancak dinin gereklerini yerine getiremediğini ifade etmiştir. *Kendinizi dindar biri olarak görüyor musunuz?* sorusuna hemşirelerin %52'si dindarım, %13.4'ü oldukça dindarım ve %2.8'i çok dindarım; *kendinizi maneviyata önem veren biri olarak görüyor musunuz?* sorusuna ise hemşirelerin %46.9'u maneviyata önem veririm, %29.2'si maneviyata çok önem veririm yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Hemşirelerin Maneviyata İlişkin Bulguları (N=644)

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|----------|-----------|
| <i>Ölümden sonra yaşam olduğuna inanıyor musunuz?</i> | | |
| Evet | 540 | 83.9 |
| Hayır | 58 | 9.0 |
| Kararsızım | 46 | 7.1 |
| <i>Manevi ve dini inancınızı nasıl tanımlarsınız?</i> | | |
| Dindarım ve dinin gereklerini yerine getiriyorum | 144 | 22.4 |
| Dindarım, ancak dinin gereklerini yerine getiremiyorum | 432 | 67.1 |
| Bir yaratan olduğuna inanıyorum, ancak kendimi hiçbir dine ait hissetmiyorum. | 52 | 8.1 |
| Dini inancım yok, ancak maneviyatı yüksek biriyim | 16 | 2.5 |
| <i>Kendinizi dindar biri olarak görüyor musunuz?</i> | | |
| Hiç dindar değilim | 32 | 5.0 |
| Dindar değilim | 33 | 5.1 |
| Ne dindarım, ne değilim | 140 | 21.7 |
| Dindarım | 335 | 52.0 |
| Oldukça dindarım | 86 | 13.4 |
| Çok dindarım | 18 | 2.8 |
| <i>Kendinizi maneviyata önem veren biri olarak görüyor musunuz?</i> | | |
| Maneviyata hiç önem vermem/önem vermem | 105 | 16.3 |
| Kararsızım | 49 | 7.6 |
| Maneviyata önem veririm | 302 | 46.9 |
| Maneviyata çok önem veririm | 188 | 29.2 |

4.3. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği

4.3.1. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

Thorson ve Powell (1992), RDAS'ın yedi boyutlu olarak kullanılmasını önerse de ölüm kaygısı yüksek ve düşük gruplarda 25 maddelik form için iki ayrı açımlayıcı faktör analizi uygulamışlar ve her iki uygulamada maddelerin ait oldukları faktörler ve yükleri değişmiş, buna rağmen bir gerekçe göstermeksizin dört boyutlu yapıya dair sonuçları paylaşmışlar ve bu yapıları “ölümle ilgili belirsizlik”, “ızdırap çekme”, “ölüm süreci” ve “çürüme ve bozulma” olarak isimlendirmişlerdir. Karaca ve Yıldız'ın (2001) güzel sanatlar ve ilahiyat fakültelerine devam eden öğrenciler üzerinde yaptıkları uyarılama çalışmasında dört faktörlü yapı elde edilmiş ve bu yapılar “fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı”, “öte dünyayla ilgili kaygılar”, “çürüme ve bozulmayla ilgili kaygılar” ve “ölüm süreci-acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar” olarak isimlendirilmiştir. RDAS'ın çeşitli kültürlerle uyarlandığı çalışmalarda, ölçeğin faktör yapısının farklılaştığı, maddelerin orijinalinden farklı faktörlerde yer aldığı gözlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Orijinal Ölçek ve Türkçe'ye Uyarlanan Modelin Faktör Yapıları (Thorson & Powell, 1992; Karaca ve Yıldız, 2001)

| | Alt Boyutlar ve Alt Boyutlara Giren Maddeler | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Orijinal Model | Ölümle İlgili Belirsizlik | Izdirap Çekme | Ölüm Süreci | Çürüme ve Bozulma |
| Yüksek Kaygılı | 2, 3, 6, 7, 12, 14, 19, 20, 22 | 10, 11, 15, 17, 21, 23 | 5, 9, 13, 16, 18, 22, 25 | 1, 4, 8, 15, 24 |
| Düşük Kaygılı | 2, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 18, 19, 22 | 13, 14, 16 | 10, 17, 21, 23, 25 | 1, 15 |
| Türkçe'ye Uyarlanan Model | Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı | Öte Dünyayla İlgili Kaygılar | Çürüme ve Bozulmayla İlgili Kaygılar | Ölüm Süreci-Acı ve Izdirap Çekme ile İlgili Kaygılar |
| GSF ve İlahiyat Fakültesi öğrencileri | 2, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 18, 19, 22 | 2, 4, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 23 | 4, 11, 17, 18, 22, 25 | 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 15, 19, 21 |

RDAS'ın faktör yapısı bir gruptan diğerine değiştiğinden ve Türkiye'de hemşire grubu üzerinde daha önce yapılan bir uyarlama çalışmasına rastlanmadığından, mevcut çalışmada ilk olarak Tablo 4.3'te verilen orijinal modelin (Thorson & Powell, 1992) ve Türkçeye uyarlanan modelin (Karaca ve Yıldız, 2001) bu araştırmada elde edilen veri setindeki ilişkileri açıklama güçleri DFA ile incelenmiş, takiben alternatif faktör yapısına ilişkin analizler yapılmıştır.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, orijinal (önerilen) ve Türkçeye uyarlanan modellerin ilişkileri açıklama güçlerinin incelendiği hemşire grubundan elde edilen verilerle yapılan ilk çalışmada istatistiksel olarak uygunluk sağlanamamıştır.

Tablo 4.4: Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri (N=644)

| Modeller | \bar{x} | SD | CFI | TLI | RMSEA | SRMR |
|----------------------------------|-----------|-----|-----|-----|-------------------|------|
| Orijinal Model | | | | | | |
| Yüksek Kaygılı | 2,70.45 | 133 | .77 | .74 | .12 (.12 ile .12) | .08 |
| Düşük Kaygılı | 1,549.33 | 146 | .84 | .81 | .12 (.12 ile .13) | .08 |
| Türkçe'ye Uyarlanan Model | 1,257.55 | 233 | .75 | .75 | .08 (.08 ile .09) | .08 |

Tablo 4.4'teki katsayılar, yüksek ve düşük kaygılı gruplarda ampirik olarak oluşturulan önceki modellerin, Türkçe formdan elde edilen veriler arasındaki ilişkileri açıklamada yetersiz olduklarını göstermektedir. Orijinal modeller için sonuçlar, her iki grupta gizil değişkenler arasında korelasyonlar birden büyük (doğrusal bağımlılık) olduğundan "Gizil değişken kovaryans matrisi pozitif tanımlamadı" uyarısı vermiştir. Bu boyutlar yüksek kaygılı grupta "ölümle ilgili belirsizlik" ve "ölüm süreci"; düşük kaygılı grupta "ölümle ilgili belirsizlik" ve "ızdırıp çekme" boyutlarıdır. Benzer şekilde, Türkçe modele (faktörler yükleri .30'dan büyük maddelerle tanımlanmıştır) ilişkin katsayılar, kabul edilebilir düzeyin altındadır. Ayrıca iterasyon sayısı artırılmasına karşın, başlangıç değerlerinden kaynaklı bir sorun nedeniyle model veriye uyum sağlayamadığından, WLSMV tahmin yöntemi sonuçları üretememiş; analiz ML tahmin yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Bu sonuçlara göre var olan modeller hemşire grubundan elde edilen verileri açıklamada yetersiz olduğundan, analizlere güçlü ağırlıklı en küçük kareler (RWLS) tahmin yönteminin kullanıldığı açımlayıcı

yapısal modelle (ESEM) devam edilmiş ve AFA'da özdeğeri birden büyük beş faktör bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5'te RDAS'ta bulunan maddelerin hangi faktörler altında toplandığı ve faktör yükleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, beş-boyutlu modelde çok sayıda madde kompleksliği (bir madde birden fazla faktörle yüksek düzeyde ilişkili) bulunmaktadır. Ayrıca her boyutta maddeler anlamsal bakımdan homojen bir yapı oluşturmamaktadır. Bu nedenle daha düşük faktör sayısına sahip modeller gözden geçirilmiş; faktör içerikleri açısından en anlamlı örüntü iki faktörlü model için elde edilmiştir. Tablo 4.6'da RADS iki-faktörlü açıklayıcı yapısal modele ilişkin faktör yükleri sunulmuş; tabloda .30'dan büyük yükler, koyu olarak işaretlenmiştir.

Tablo 4.6'daki yükler incelendiğinde, ilk faktörde yüksek yüke sahip maddeler *Ölüm Kaygısı*'na ilişkindir. İkinci boyut ise *umursamazlıkla* ilgilidir. İki faktör arasındaki korelasyon $-.05$ 'tir (ilişkisiz). Birinci faktördeki yükler $.42$ ile $.79$ arasında olup, toplam varyansın %30'unu açıklamaktadır. Ayrıca faktörün maddelerde açıkladığı ortalama varyans (AVE) oranı %45'tir. İkinci faktörde yükler $.32$ ile $.58$ arasında olup, toplam varyansın %11'ini açıklamaktadır. İki boyut birlikte varyansın %41'ini açıklamaktadır. Ayrıca faktörün maddelerde açıkladığı ortalama varyans (AVE) oranı %26'dır. 16. ve 24. maddeler hem düşük yüklere sahip oldukları hem de faktörün içeriğini oluşturan diğer maddelerle ilişkisiz olduklarından, faktör toplam puanları hesaplanırken dışarıda tutulmalarının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5: Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği Beş-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları (N=644)

| Maddeler | Faktör 1 | Faktör 2 | Faktör 3 | Faktör 4 | Faktör 5 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | .17 | .05 | .53 | .00 | -.05 |
| 2 | .55 | .32 | .17 | .00 | .04 |
| 3 | .39 | .50 | -.02 | .05 | .09 |
| 4 | .33 | .07 | .09 | .36 | -.25 |
| 5 | .21 | .29 | .34 | -.04 | .10 |
| 6 | .09 | .80 | -.09 | -.01 | -.09 |
| 7 | .01 | .79 | .16 | -.11 | .02 |
| 8 | -.37 | .20 | .75 | .03 | .01 |
| 9 | .01 | .28 | .59 | -.04 | .11 |
| 10 | -.14 | .26 | .02 | .45 | -.11 |
| 11 | -.02 | -.06 | -.01 | .56 | -.26 |
| 12 | -.08 | .36 | .33 | .06 | .27 |
| 13 | -.03 | .41 | -.44 | .45 | .12 |
| 14 | .10 | .42 | .09 | .00 | .38 |
| 15 | .12 | -.04 | .65 | -.03 | .16 |
| 16 | .02 | -.19 | .49 | .06 | .05 |
| 17 | -.18 | -.03 | -.01 | .57 | .09 |
| 18 | -.03 | .23 | .06 | -.05 | .63 |
| 19 | -.01 | .16 | -.09 | .02 | .72 |
| 20 | .18 | -.03 | .28 | -.01 | .54 |
| 21 | .01 | -.20 | .10 | .61 | -.04 |
| 22 | .07 | .08 | .16 | .00 | .65 |
| 23 | .06 | .07 | -.21 | .53 | .06 |
| 24 | .04 | .11 | -.04 | .23 | .23 |
| 25 | .19 | -.10 | -.02 | .56 | -.20 |
| Özdeğer | 7.40 | 2.89 | 2.11 | 2.211 | 1.05 |
| Varyans (%) | 26.11 | 10.91 | 7.51 | 4.70 | 4.19 |

Tablo 4.6: Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği İki-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları (N=644)

| Maddeler | Ölüm Kaygısı | Umursamazlık |
|---|--------------|--------------|
| 1. Acı çekerek ölmekten korkuyorum. | .42 | -.14 |
| 2. Ölümden sonrasının nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni korkutur. | .65 | .00 |
| 3. Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür. | .66 | .14 |
| 5. Tabutlar beni huzursuz eder. | .64 | -.05 |
| 6. Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim. | .61 | .18 |
| 7. Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır. | .79 | .04 |
| 8. Ameliyat olmayı düşündüğümde korkarım. | .49 | -.10 |
| 9. Ölüm sonrası beni oldukça kaygılandırıyor. | .71 | -.14 |
| 12. Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım düşüncesi beni huzursuz eder. | .70 | .05 |
| 14. Öldükten sonra tekrar asla bir şey hissetmemek beni huzursuz eder. | .79 | .06 |
| 15. Ölürken çekilen ızdırap beni korkutur. | .56 | -.20 |
| 18. Bedenimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni tedirgin eder. | .76 | -.02 |
| 19. Öldükten sonra dünyadaki şeylerden mahrum kalma düşüncesi beni rahatsız eder. | .70 | .06 |
| 20. Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda kaygılanıyorum. | .68 | -.10 |
| 22. Ölümün insanı her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürür. | .74 | -.04 |
| 4. Gömüldükten sonra bedenime ne olacağı beni kaygılandırmıyor. | .06 | .32 |
| 10. Yavaş ve uzun süren bir ölümden korkmuyorum | .09 | .48 |
| 11. Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil. | -.27 | .53 |
| 13. Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmaması ile ilgilenmiyorum. | .16 | .58 |
| 17. Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum. | -.03 | .54 |
| 21. Hayattaki şeyler üzerindeki kontrolü kaybetmek ile ilgili bir endişem yok | -.14 | .51 |
| 23. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum. | .01 | .57 |
| 25. Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil. | -.18 | .51 |
| 16. Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum. | .20 | -.11 |
| 24. Öldükten sonra yapılması gerekenler ilgili teferruatlı bir vasiyet bırakacağım. | .29 | .24 |
| Varyans (%) | 30 | 11 |
| AVE | 45 | 26 |

4.3.2. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

AFA'da madde 16'nın faktör yükü düşük olduğundan, madde 24'ün hem faktör yükü düşük hem de benzer yük ile 2 faktör altında yer aldığından, iç tutarlılık analizinde madde 16'nın madde toplam korelasyonu .035, madde 24'ün madde-toplam korelasyonu -.13 olduğundan, ayrıca bu iki madde çıkarıldığında Cronbach alpha değeri yükseldiğinden 16 ve 24 nolu maddeler ölçekten çıkarılmış ve güvenirlilik analizleri 23 madde ile tekrarlanmıştır.

23 madde içeren RDAS'ın iç tutarlılık (Cronbach alpha, düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu, madde silindiğinde Cronbach alpha değeri) ve zamana karşı değişmezlik korelasyon katsayıları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Cronbach alpha güvenirlilik katsayıları *Ölüm Kaygısı* alt boyutu için .88, *Umursamazlık* alt boyutu için .70'dir. *Ölüm Kaygısı* alt boyutundaki maddelere ait düzeltilmiş madde-toplam korelasyonun katsayıları .38-.68; *Umursamazlık* boyutundaki maddelere ait madde-toplam korelasyonun katsayıları .30-.45 arasındadır. Tabloda görüldüğü gibi, birinci ve ikinci görüşmeden elde edilen puanlar arasındaki ICC korelasyon katsayıları *Ölüm Kaygısı* alt boyutu için .85, *Umursamazlık* alt boyutu için .70'dir.

Tablo 4.7: Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular (N=644)

| | Maddeler | Ort (sd) | Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu | Madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısı |
|---------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|---|
| Ölüm Kaygısı | 1. Acı çekerek ölmekten korkuyorum. | 2.5 (1.3) | .382 | .898 |
| | 2. Ölümden sonrasının nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni korkutur. | 2.1 (1.2) | .576 | .890 |
| | 3. Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür. | 1.8 (1.2) | .571 | .891 |
| | 5. Tabutlar beni huzursuz eder. | 2.2 (1.3) | .572 | .890 |
| | 6. Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim. | 1.5 (1.3) | .458 | .895 |
| | 7. Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır. | 1.6 (1.3) | .675 | .886 |
| | 8. Ameliyat olmayı düşündüğümde korkarım. | 2.3 (1.3) | .432 | .896 |
| | 9. Ölüm sonrası beni oldukça kaygılandırıyor. | 2.4 (1.3) | .655 | .887 |
| | 12. Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım düşüncesi beni huzursuz eder. | 1.9 (1.3) | .615 | .889 |
| | 14. Öldükten sonra tekrar asla bir şey hissetmemek beni huzursuz eder. | 1.7 (1.3) | .685 | .886 |
| | 15. Ölürlen çekilen ızdırap beni korkutur. | 2.5 (1.3) | .511 | .893 |
| | 18. Bedenimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni tedirgin eder. | 1.8 (1.4) | .641 | .888 |
| | 19. Öldükten sonra dünyadaki şeylerden mahrum kalma düşüncesi beni rahatsız eder. | 1.6 (1.3) | .552 | .891 |
| | 20. Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda kaygılanıyorum. | 2.1 (1.3) | .612 | .889 |
| | 22. Ölümün insanı her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürür. | 1.9 (1.3) | .648 | .887 |
| | Cronbach alpha katsayısı | .88 | | |
| | Test-retest korelasyon katsayısı | .85 | | |
| Umursamazlık | 4. Gömüldükten sonra bedenime ne olacağı beni kaygılandırmıyor. | 2.5 (1.3) | .300 | .692 |
| | 10. Yavaş ve uzun süren bir ölümden korkmuyorum. | 2.0 (1.3) | .334 | .674 |
| | 11. Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil. | 2.8 (1.2) | .451 | .647 |
| | 13. Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmaması ile ilgilenmiyorum. | 2.3 (1.3) | .323 | .676 |
| | 17. Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum. | 2.1 (1.3) | .419 | .655 |
| | 21. Hayattaki şeyler üzerindeki kontrolü kaybetmek ile ilgili bir endişem yok. | 1.8 (1.3) | .446 | .649 |
| | 23. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum | 2.4 (1.2) | .403 | .659 |
| | 25. Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil. | 2.0 (1.3) | .434 | .651 |
| | | Cronbach alpha katsayısı | .70 | |
| | Test-retest korelasyon katsayısı | .70 | | |

4.4. Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği

4.4.1. Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

Ölümle ilişkin Depresyon Ölçeği (DDS); Templer (1990) tarafından geliştirilmiş; Türkçe'ye Yaparel ve Yıldız (1998) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinal formu *ölüm umutsuzluğu, ölüm yalnızlığı, ölüm korkusu, ölüm hüznü, ölüm depresyonu* ve *ölüm kesinliği* olmak üzere altı boyutludur (Templer vd., 1990). Yaparel ve Yıldız DDS'nin *ölüm depresyonu, hayatın anlamı, ölüm yalnızlığı, ölümsüzlük inancı, ölümle ilişkin hüznü* ve *ölüm kaygısı* olmak altı boyuttan oluştuğunu ileri sürmektedirler.

Bu çalışmalarda farklı sayıda faktörlerin tanımlanması ve içeriklerinin farklı maddelerden oluşması; önceki çalışmaların hemşire grubunda yapılmamış olması nedenleriyle mevcut çalışmada ilk olarak Tablo 4.8'de verilen orijinal modelin (Templer vd. 1990) ve Türkçeye uyarlanan modelin (Yaparel ve Yıldız, 1998) bu araştırmada elde edilen veri setindeki ilişkileri açıklama güçleri DFA ile incelenmiş, takiben alternatif faktör yapısına ilişkin analizler yapılmıştır.

Tablo 4.8'te orijinal modelin uyum düzeyleri (CFI: .93, TLI: .91, RMSEA: .06 ve SRMR: .08) sınırdadır. Yaparel ve Yıldız'ın (1998) Türkçe forma yönelik önerdikleri modeldeki yapısal sorunlar yüzünden MPLUS tahmin yapamamıştır. Tablo 4.8'deki her iki model için de faktör korelasyon matrisinde birden fazla ilişki 1.00'dan büyük değerler aldığından gizil değişken kovaryans matrisleri pozitif tanımlanamamaktadır. Bu da veri setinde gereğinden fazla faktör belirlendiğine işaret etmektedir. Ayrıca Türkçe Form için önerilen yapıda 3. faktör tek bir maddeyle temsil edilmiştir. Bu açıklamalar ve bulgular ışığında, var olan modeller hemşire grubundan elde edilen verileri açıklamada yetersiz olduğundan, analizlere güçlü ağırlıklı en küçük kareler (RWLS) tahmin yönteminin kullanıldığı açımlayıcı yapısal modelle (ESEM) devam edilmiş ve AFA'da özdeğeri birden büyük dört faktör bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.8: Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri (N=644)

| Modeller | \bar{x} | SD | CFI | TLI | RMSEA | SRMR |
|---|-----------|-----------|------------|------------|-------------------|-------------|
| <i>Orijinal Model (17 madde)</i> | 326.03 | 47 | .93 | .91 | .06 (.06 ile .07) | .08 |
| <i>Türkçe'ye Uyarlanan Model (13 madde)</i> | | | | | | |

Tablo 4.9'da verilen dört-faktörlü modelde çok sayıda madde kompleksliği (bir madde birden fazla faktörle yüksek düzeyde ilişkili) bulunmaktadır. Ayrıca 4. faktörde bir tanesi 1.00'dan büyük korelasyon katsayısına sahip olmak üzere, iki madde yer almaktadır. Bu sorunlar açımlayıcı faktör analizinde basit yapı olarak tanımlanan ve analizin yeterliğine ilişkin sunulan kriterlere uymamaktadır. Bu nedenle daha düşük faktör sayısına sahip modeller gözden geçirilmiş; faktör içerikleri açısından en anlamlı örüntü tek faktörlü model için elde edilmiştir.

Tablo 4.10'da tek faktörlü Açımlayıcı Yapısal Modele ilişkin faktör yükleri sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, 11 ve 12 nolu maddeler dışında kalan maddelerin faktör yükleri .30 üzerinde olup, maddelerin faktör yükleri .30- .85 arasında değişmektedir. Düşük faktör yüklerine rağmen 11 ve 12 nolu maddeler ölçekteki diğer maddelerle aynı içeriği paylaşmaktadır. Faktörün maddelerde (11 ve 12 dahil) açıkladığı ortalama varyans .37'dir. Düşük yüke sahip maddelerin ölçekten çıkarılması iç tutarlık katsayısında önemsiz bir artışa yol açtığından, maddelerin ölçekte tutulması değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Dört-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları (N=644)

| Maddeler | Faktör 1 | Faktör 2 | Faktör 3 | Faktör 4 |
|-------------|------------|------------|------------|-------------|
| 1 | .45 | .48 | .08 | -.04 |
| 2 | .54 | .48 | .05 | .04 |
| 3 | .32 | .50 | -.05 | -.05 |
| 4 | .41 | .08 | .41 | .03 |
| 5 | .07 | .73 | -.04 | .01 |
| 6 | .36 | .05 | .48 | -.02 |
| 7 | -.04 | .09 | .35 | -.12 |
| 8 | .21 | -.01 | .47 | .26 |
| 9 | .08 | .51 | .18 | .05 |
| 10 | .09 | .05 | .52 | .11 |
| 11 | .03 | -.02 | -.04 | 1,06 |
| 12 | -.22 | .33 | .05 | .52 |
| 13 | .05 | -.03 | .79 | -.02 |
| 14 | -.26 | .18 | .46 | -.08 |
| 15 | -.06 | .96 | -.19 | .00 |
| 16 | -.08 | -.07 | .75 | .05 |
| 17 | .07 | .79 | .11 | .00 |
| Özdeğer | 4.44 | 1.8 | 1.25 | 1.06 |
| Varyans (%) | 26.11 | 10.05 | 7.33 | 6.24 |

Tablo 4.10: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Tek-Faktörlü Açımlayıcı Yapısal Model Faktör Analiz Sonuçları (N=644)

| Alt boyutlar | Maddeler | Faktör yükü |
|--------------|--|-------------|
| Ölüm Korkusu | 1. Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar. | .80 |
| | 2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer. | .85 |
| | 3. Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir. | .62 |
| | 4. Ölüm dayanılmaz bir yalnızlığını ifade eder. | .69 |
| | 5. Ölmüş dost ve akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim. | .67 |
| | 6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi, duygu ve düşüncelerimi alt üst eder. | .68 |
| | 7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum/kabullenemiyorum. | .30 |
| | 8. Ölüm hayatın anlamlarını yok eder. | .57 |
| | 9. Yalnız (hiçbir kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkıyor. | .64 |
| | 10. Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiğilerimi tamamen kaybedeceğim. | .54 |
| | 11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz | .13 |
| | 12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir. | .20 |
| | 13. Ölümü düşündüğümde, yaşama sevincini kaybederim. | .64 |
| | 14. İnsan ölürken acı çeker. | .32 |
| | 15. Arkadaşlarımın ve sevdiğilerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım. | .67 |
| | 16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır. | .51 |
| | 17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissederim. | .83 |
| Varyans (%) | 37.00 | |

4.4.2. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin iç tutarlılık (Cronbach alpha, düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu, madde silindiğinde Cronbach alpha değeri) ve zamana karşı değişmezlik korelasyon katsayıları Tablo 4.11'de verilmiştir. Tek boyutlu ölçeğin Cronbach alpha güvenirlilik katsayısı .80'dir. Ölçekte bulunan her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı madde 11 ve madde 12 hariç .30 üzerindedir. Test-retest korelasyon katsayısı .79'dur.

Tablo 4.11: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular (N=644)

| | Maddeler | Ort (sd) | Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu | Madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısı |
|--------------|--|-----------|--------------------------------------|---|
| Ölüm Korkusu | 1. Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar. | .66 (.47) | .532 | .785 |
| | 2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer. | .58 (.49) | .591 | .780 |
| | 3. Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir. | .69 (.46) | .398 | .794 |
| | 4. Ölüm dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder. | .41 (.42) | .487 | .788 |
| | 5. Ölmüş dost ve akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim. | .77 (.50) | .412 | .793 |
| | 6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi, duygu ve düşüncelerimi alt üst eder. | .51 (.50) | .492 | .787 |
| | 7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum/kabullenemiyorum. | .50 (.48) | .300 | .806 |
| | 8. Ölüm hayatın anlamlarını yok eder. | .36 (.49) | .425 | .792 |
| | 9. Yalnız (hiçbir kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkıyor. | .61 (.50) | .460 | .790 |
| | 10. Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiklerimi tamamen kaybedeceğim. | .54 (.45) | .400 | .794 |
| | 11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz | .27 (.50) | .127 | .810 |
| | 12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir. | .46 (.47) | .202 | .807 |
| | 13. Ölümü düşündüğümde, yaşama sevincini kaybederim. | .33 (.47) | .458 | .790 |
| | 14. İnsan ölürlen acı çeker. | .55 (.49) | .232 | .805 |
| | 15. Arkadaşlarımın ve sevdiklerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım. | .79 (.41) | .381 | .795 |
| | 16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır. | .20 (.41) | .335 | .798 |
| | 17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissedirim. | .67 (.47) | .368 | .782 |
| | | | | |
| | Cronbach alpha katsayısı | .804 | | |
| | Test-retest korelasyon katsayısı | .785 | | |

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Ülkemizde farklı hasta gruplarında ve hemşireler üzerinde yapılan sınırlı sayıda çalışmada Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve yine Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin kullanıldığını görmekteyiz. Ancak bu ölçeklerin hemşirelerde geçerli ve güvenilir olduğuna dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu eksiklikten yola çıkarak planlanan bu çalışmada her iki ölçeğin hemşireler üzerinde güvenilirlik geçerliği incelenmiştir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular “Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliliği” ve “Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Güvenirliği” olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliliği

Bir ölçme aracının istenen verileri temsil edip etmediğinin, başka değişkenlerle karıştırmadan istenen tutumu ölçüp ölçmediğinin bilinmesi için geçerlik testinin yapılması gereklidir. Çalışmada RDAS ve DDS'de bulunan alt boyutların (yapıların) belirlenen özellikleri ölçüp ölçmediği yapı geçerliliği ile incelenmiş; bu amaçla doğrulayıcı faktör analizi (DFA), açımlayıcı faktör analizi (AFA), benzeşim-ayrışım geçerliliği (convergent-divergent validity) test edilmiş ve RDAS alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir.

5.1.1. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Geçerliliği

Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi, RDAS Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Thorson ve Powell (1992, 1994) ölçeğe günümüzdeki şeklini vermiştir. RDAS farklı ülkelerde ölüm kaygısının incelendiği çalışmalarda yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Yapılan uyarlama çalışmalarında RDAS'ın faktör yapısının kültürden kültüre farklılaştığı; hatta Templer vd.nin farklı örneklemeler üzerinde yaptığı çalışmalarda bile aynı faktör yapısının elde edilmediği görülmüştür. Örneğin Thorson ve Perkins (1977) tarafından yürütülen bir çalışmada RDAS 659 yetişkine uygulanmış ve *izolasyon ve hareketsizlik kaygısı*, *ızdırıp çekme kaygısı*, *ölümün bir son olma kaygısı* ve *toprağa gömülme ve çürüme kaygısı* olarak adlandırılan dört faktör elde edilmiştir. Thorson ve Powell (1988) tarafından toplam 599 yetişkinde yapılan çalışmada *belirsizlik ve birşeyleri kaybetme korkusu*, *ölüm ile ilgili acı çekme korkusu*,

vücutun bozulması kaygısı, çaresizlik ve kontrolü kaybetme kaygısı, ahiret kaygısı, çürüme korkusu ve ölümden sonra yapılacak işlere yönelik talimatlar başlıklarında yedi faktör saptanmıştır. Tomás-Sábado ve Gómez-Benito (2002) İspanya’da hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada *bilişsel-duygusal, ağrı ve hastalık, ölümlle ilgili uyarılar ve geçen zamana ilişkin farkındalık* şeklinde isimlendirilen dört faktör bulunmuştur. Ülkemizde Karaca ve Yıldız tarafından 2001 yılında yapılan uyarılama çalışmasında, ölçeğin dört yapı (“*Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı*”, “*Öte Alem ile İlgili Kaygılar*”, “*Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar*”, “*Ölüm Süreci Acı ve İstirap Çekme*”) gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmamızda DFA’da RDAS orijinal ölçeğe ve daha önce uyarlaması yapılan Türkçe ölçeğe uygun bir yapı göstermemiş; takiben yapılan AFA’da özdeğeri 1’den yüksek olan beş faktör bulunmuştur. Bununla birlikte beş faktörlü modelde her bir maddenin birden fazla faktör ile çok fazla ilişkili olması ve her boyutun 3-4 maddeyi temsil etmesi alt boyutların güvenilirliğini düşük çıkarmıştır. Bu aşamadan sonra her boyuttaki maddelerin anlam yönünden heterojen bir yapı göstermesinden dolayı daha düşük faktör sayısına sahip modeller gözden geçirilmiş; RDAS için 2 faktörlü yapının uygun olduğu kanaatine varılmış ve faktörler *ölüm kaygısı* ve *umursamazlık* olarak adlandırılmıştır (Tablo 4.11).

Bugüne kadar yapılan araştırmalar (Thorson ve Perkins 1977; Thorson ve Powell, 1988; Karaca ve Yıldız, 2001; Tomás-Sábado ve Gómez-Benito, 2002) ölçeğin orijinalinin faktör yapısını doğrulamamıştır. Çalışmalarda bulunan boyutların adları ve içerikleri de genellikle orijinal faktör yapısı ile örtüşmemektedir. Önceki çalışmalar araştırma sonunda elde ettiğimiz yapıların, orijinalinden farklı olmasını doğrulamaktadır. Araştırmalardan elde edilen farklı sonuçlar kültürden kültüre değişebilen ölüm algısı ile ilişkili olabilir. Çünkü her kültürün ve dinin kendine has ölüm ve ölüm ötesi hayat ile ilgili öğretileri mevcuttur (Çevik, 2005).

RDAS’ta *ölüm kaygısı* ve *umursamazlık* alt boyutları arasındaki korelasyon -0.5 ve anlamsız çıkmıştır. Korelasyon matrisi değişkenler arasındaki korelasyonu gösterir; aralarında yüksek korelasyon olan maddeler, aynı faktör altında toplanmalıdır (Büyüköztürk, 2002). Bizim sonucumuz iki boyutun birbirinden farklı maddeler içerdiğini ve maddelerin tek bir faktör altında toplanamayacağını göstermektedir.

“Umursamazlık” boyutunun adlandırılması aşamasında; ölçek geliştirme uzmanlarından, ölümcül hastalarla çalışan klinik hemşirelerinden, hemşirelik dalında ölüm kaygısı alanında çalışma yapmış uzman akademisyenlerden ve ilahiyat hocalarından destek ve görüş alınarak söz konusu maddeleri en iyi ifade edebilecek faktör adı danışılmıştır. “Teslimiyet” kavramının da faktör adı olarak “umursamazlık” yerine de kullanılabileceği ancak, genel kabul edilen görüşün “umursamazlık” adı etrafında birleştiği görülmüştür.

Umursamazlık Spilka vd. tarafından 1977 yılında geliştirilen Ölüm Algısı Ölçeği’nde de alt boyutu olarak yer almaktadır. Umursamazlık “ölümün, hayatın akışı içinde, hiçbir önemi olmayan, sıradan ve unutulması gereken bir durum olarak değerlendirilip umursanmaması” olarak tanımlanmıştır.

RDAS’ta yer alan 2 madde (madde 16 ve madde 24) hem düşük yüklere sahip oldukları hem de faktörün içeriğini oluşturan diğer maddelerle ilişkisiz olduklarından, ayrıca maddeler çıkarıldığında Cronbach alpha değeri yükseldiğinden ölçekten çıkarılmıştır. 16. madde *Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum* ve 24. madde *öldükten sonra yapılması gerekenler ilgili teferruatlı bir vasiyet bırakacağım şeklindedir*. Bu maddelerin ilişkisiz olması hemşirelerdeki inanç boyutun tek yönlü olmayıp din algısının heterojen bir yapıda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karaca ve Yıldız (2001) “Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması”nda 16. Madde olan “öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum” bizdeki çalışmadan farklı olarak diğer maddelerle beraber ikinci faktör yapısının varyansının %8.7’sini etkileyen temel maddelerinden olmuştur. Çıkarılan maddeler dışında *ölüm kaygısı* ve *umursamazlık* alt boyutlarındaki faktörlerin yükleri .30 ve üzerinde olup, bu sonuçlar iki faktörlü modelde yer alan maddelerin faktör yüklerinin tatmin edici olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2007).

Sonuç olarak çalışmamızda 23 maddelik RDAS’ın *ölüm kaygısı* ve *umursamazlık* olmak üzere iki faktörlü bir yapı gösterdiği, faktörlerde bulunan maddelerin faktör yüklerinin kriter değeri aştığı söylenebilir.

5.1.2. Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Geçerliliği

Ölüme ilişkin Depresyon Ölçeği (DDS; Templer (1990) tarafından geliştirilmiş; Ölçeğin orijinal formu *ölüm umutsuzluğu, ölüm yalnızlığı, ölüm korkusu, ölüm hüznü, ölüm depresyonu ve ölüm kesinliği* olmak üzere altı boyutludur (Templer vd., 1990). İspanya'da 218 hemşirelik öğrencisinde yapılan çalışmada (Tomás-Sábado ve Gómez-Benito, 2003) DDS *ölüm hüznü, ölümün kesinliği, yaşamın anlamsızlığı ve kayıp duygusu olmak* üzere dört faktörlü yapı göstermiştir. İran'da miyokard infarktüsü geçiren hastalarda yapılan çalışmada (Sharif Nia vd, 2017), AFA ile *ölüm korkusu, çaresizlik, hüznülü veda, sevdiklerinden ayrılma korkusu* olmak üzere dört faktörlü bir yapı bulunmuş, bu yapı DFA ile de doğrulanmıştır. Yine İran'da hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmada (Rajabi, Begdeli ve Naderi, 2015) *başkalarının ölümü, ölüm hüznü ve tükenmişlik ve boşluk* olmak üzere üç boyut; üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada (Aghazadeh, Mohammadzadeh, Rezaie, 2012) RDAS'ın *ölüm çaresizliği, ölüm başarısızlığı, ölüm yalnızlığı ve ölümü kabullenme* olarak dört boyut saptanmıştır.

DDS Türkçe'ye Yaparel ve Yıldız (1998) tarafından uyarlanmış ve DDS'nin *ölüm depresyonu, hayatın anlamı, ölüm yalnızlığı, ölümsüzlük inancı, ölüme ilişkin hüznü ve ölüm kaygısı* olmak altı boyuttan oluştuğunu ileri sürülmüştür.

Mevcut çalışmada ilk olarak orijinal modelin (Templer vd. 1990) ve Türkçeye uyarlanan modelin (Yaparel ve Yıldız, 1998) bu araştırmada elde edilen veri setindeki ilişkileri açıklama güçleri DFA ile incelenmiş, orijinal ölçek yapılarının doğrulanmaması üzerine alternatif faktör yapısına ilişkin analizler yapılmıştır.

Taylor ve Pastor (2007) orijinal modelin doğrulanmaması durumunda alternatif yapıları incelemek amacıyla açımlayıcı analizlerin kullanılması önermektedir. Bu bağlamda çalışmada alternatif modeller test edilmiş, DDS için tek boyutlu yapının veriler arasındaki ilişkileri açıklamada en anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu yapıya "*ölüm korkusu*" (Tablo 4.10 adı verilmiştir).

Kabul edilen faktör sayısından daha fazla faktörün dikkate alınması, gerekli faktörleri kaldırmaktan daha az zararlı olsa da gereğinden fazla faktörü dikkate alarak değerlendirmeye izin vermek, zayıf faktör yüklerine de neden olabilmektedir (Ünal, 2020). DDS için boyutların tespiti aşamasında; DDS'de Türkçe form için önerilen yapıdaki üçüncü faktörün tek bir maddeyle temsil edilmesi ve hemşire dışı bir grup ile

çalışılmış olması bizim kendi çalışmamızda elde ettiğimiz verileri açıklamada yetersizliğe neden olmuş, dolayısıyla analizlere RWLS tahmin yöntemi ile devam edilmiştir. RWLS'nin verilerdeki aykırı değer sorununu ele almak için sağlam bir regresyon yöntemi gerekli olduğu ve bununla beraber, bir araştırma, verilerde hata varyansı varsayımı ihlal edildiğinde, regresyon katsayılarının parametresini tahmin etmek için ağırlıklı en küçük kareler teknikleri kullanılmıştır (Rasheed v.d. 2014).

DDS için çok sayıda madde kompleksliği sebebiyle ve 4. Faktörden kaynaklı sorunlar sebebiyle analiz yeterliliğe uymadığı saptanmış, bu durum itibariyle daha düşük faktör sayısına yönelmeye neden olmuş ve en anlamlı örüntü tek faktör yükü üzerinden elde edilmiştir. Tek faktördeki modeldeki esas, geniş ve kapsayıcı üst değişken çatısı altında tüm değişkenlerin gözlemlenebilmesini sağlar (Akyüz, 2018). Kuramsal olarak benzer çalışmalardan dört boyuta ait maddelerden oluştuğunu ifade edilen ölçeklerden tek boyutlu olarak ele alınan benzer çalışmaların sonucu olumlu olup nihai modele ulaşılmıştır. Böylece “*Ölüm korkusu*” faktörü olarak tek faktörlü bir yapı gözlenmiştir.

“*Ölüm korkusu*” boyutuna ulaştıran asıl maddeler 11. ve 12. maddeler haricinde 15 tane maddedir. 17 maddeden oluşan DDS'nin faktör yükleri (11 ve 12 hariç) .30 ile .85 arasındadır. Düşük faktör yüklerine rağmen bu iki madde ölçekteki diğer maddelerle aynı içeriği paylaşmaktadır. Bu maddeler “*Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz*” ve “*Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir*”. Düşük yüke sahip bu iki maddenin ölçekten çıkarılması iç tutarlık katsayısında .01'lik önemsiz bir artışa yol açtığından, maddelerin DDS ölçeğinde tutulmasının daha uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Islahevleri ve cezaevleri, yetimhaneler, hastaneler insanları sevdiklerinden, evlerinden ve diğer sosyal ortamlardan uzaklaştıran, özgürlüklerini sınırlayan ve uyum sorunlarına neden olan yerler olmaları bakımından benzerdir. Bu gibi durumlarda bireyin bir yandan gelecekle ilgili planlarının sekteye uğradığını düşünmesi, diğer yandan amaçlarından vazgeçememe ve gelecek doyumu çatışması, umutsuzluk, endişe, depresyon gibi sorunlara yol açabilmektedir (Dilbaz ve Seber, 1993). Hemşirelerin de sürekli hastane ortamında ve ölümle karşılaşmaları sebebiyle meslek eğitiminden gelen empati yeteneğini sık sık kullanmaları sonucu ölüme ilişkin depresyon durumunun “*ölüm korkusu*” olarak gerçekleşmesini açıklayabilir.

Ölçülmek istenilen ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon özelliklerinin farklı temsillerinin farklı etnik yapı, kültür, din gibi değişkenlerden kabul edilebilirliği dikkate alındığında, ölçeğin psikometrik özelliklerinin bulunduğu her bir farklı ülkede farklı bir faktör yapısında olması doğal karşılanır (Saggino ve Kline 1996). Ortaya çıkan yapının doğrulayıcı faktör analizi ile test edilen orijinal yapıdan farklı olması bu durum için önemli bir kanıttır.

5.2. Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Güvenirliği

Güvenirlik bir ölçüm aracının taşınması gereken temel özelliklerdendir. Güvenirlikte, ölçme aracı ile aynı koşullarda ve farklı ölçümlerde elde edilen değerlerin birbirine yakın, bir başka deyişle tutarlı olması beklenir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Koo ve Li, 2016).

5.2.1. İç Tutarlılık

Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılır. Güvenirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişir; değer 1'e ne kadar yakınsa güvenilirliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Koo ve Li, 2016).

Çalışmamızda, RDAS'da bulunan *Ölüm Korkusu* alt boyutunun Cronbach alfa değeri .88, *Umursamazlık* alt boyutunun Cronbach alfa değeri .70 bulunmuştur (Tablo 4.7). Bu durum *Ölüm Korkusu* alt boyutunun yüksek derecede güvenilir olduğunu, *Umursamazlık* alt boyutunun ise kabul edilen eşik değere (Nunnally, 1988) eşit olduğunu göstermektedir.

Thorson ve Powell'in çalışmasında (1992) 25 ifadelik Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .83 olarak rapor edilmiştir. Donovan'ın çalışmasında (1993) ölçeğin Portekiz versiyonunun iç tutarlılığı .77; Abdel-Khalek'in (1997) Kuveytte 274 üniversite öğrencisinde yaptıkları çalışmada ölçeğin totali için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .79 olarak bulunmuştur. Tomás-Sábado ve Gómez-Benito (2002) İspanya'da hemşirelik öğrencilerinde RDAS'ın Cronbach alfa değeri .73; Sharif Nia et al. (2014) yaşlılarda 15 ifadelik Templer Persian Ölüm Anksiyesi Skalası'nın iç tutarlılık katsayısını .89 olarak bulmuşlardır. Soleimani vd., (2016) çalışmasında 15 ifadelik Templer Persian Ölüm Anksiyesi

Skalası'nın psikometrik özellikleri 326 kanser hastasının aile bakım verenlerinde incelenmiş, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı kadınlarda .78, erkeklerde .81 olarak bulunmuştur. Son olarak Karaca ve Yıldız'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada (N=126) Cronbach's alpha değeri ölçeğin totali için .84 bulunmuştur. Özetle yapılan çalışmalarda Cronbach alpha değeri .73-.89 arasında değişmiştir.

Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumlu olup, RDAS'ın iç tutarlılığının yeterli olduğunu göstermektedir.

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Cronbach alpha katsayısı .80'dir (Tablo 4.11). Bu sonuç DDS'nin iç tutarlılığının çok iyi olduğunu göstermektedir (Nunnally ve Bernstein, 1994). Tomás-Sábado ve Gómez-Benito'nun (2003) çalışmasında ölçeğin İspanyolca versiyonunun Cronbach alpha değeri .83, Yaparel ve Yıldız'ın çalışmasında DDS'nin Türkçe versiyonunun Cronbach alpha değeri .74 bulunmuştur.

İç tutarlılığın incelenmesinde kullanılan yöntemlerden biri de madde toplam korelasyonudur. Nurosis'e (1994) göre, madde toplam korelasyonunda kabul edilebilir minimum sınır değer .30 olmalıdır. Madde-toplam korelasyonu düşük olan ifadelerin ölçekteki diğer ifadelerden farklı özelliği ölçtüğü kabul edilir.

23 ifadeli RDAS'taki *Ölüm Kaygısı* alt boyutundaki maddelere ait madde-toplam korelasyon katsayıları .36-.68; *Umursamazlık* alt boyutundaki maddelere ait madde-toplam korelasyonun katsayıları .30-.54 arasında olup, tüm maddelerin madde toplam korelasyon katsayısı sınır olarak aldığımız .30'un üzerindedir (Tablo 4.7)

DDS'de bulunan maddelerin madde-toplam korelasyon katsayısı madde 11 (*Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz*) ve madde 12 (*Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir*) hariç .30 üzerindedir (Tablo 4.11). Bu iki maddenin ölçekten çıkarılması iç tutarlık katsayısında .01'lik önemsiz bir artışa yol açtığından, maddelerin DDS ölçeğinde tutulmasının daha uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Hem RDAS hem de DDS'nin madde-toplam korelasyonu daha önceki çalışmalarda incelenmemiştir. Ancak DDS'deki madde 11 ve 12 hariç, her iki ölçekteki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları .30'un (.30 ile .59 arasında) üzerindedir; bu da RDAS iki alt boyutunda bulunan ve DDS'de bulunan ifadelerin ayrı ayrı benzer özellikleri örneklediğini göstermektedir.

5.2.2. Zamana Karşı Değişmezlik

Çalışmamızda ICC ile değerlendirilen test-retest güvenilirlik katsayıları RDAS *Ölüm Korkusu* için .85 ve *Umursamazlık* için .70 idi.

Templer'in çalışmasında (1970) Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin ilk versiyonunun test-retest güvenilirlik katsayısı .83 bulunmuştur. Tomás-Sábado ve Gómez-Benito (2002) üç hafta ara ile yapılan iki değerlendirmede RDAS'ın test-tekrar test korelasyon katsayısını .87; Sharif Nia vd (2014) iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test ICC korelasyon katsayısını .91 olarak bulmuşlardır.

Mevcut çalışmada DDS'nin ise test-retest korelasyon katsayısı .79 idi. DDS'nin İspanya'da dört hafta ara ile yapılan iki değerlendirmede test-tekrar test korelasyon katsayısı .87 (Tomás-Sábado ve Gómez-Benito, 2003), Türkiye'de yine dört hafta ara ile 31 İlahiyat Meslek Yüksekokulu birinci sınıf öğrencisinde yapılan değerlendirmede .79 bulunmuştur (Yaparel ve Yıldız, 1998).

Literatür ile uyumlu sonuçlarımız hem RDAS hem de DDS'nin zamana karşı değişmez, başka bir deyişle stabil olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak mevcut çalışmada her iki ölçeğin de güvenilirlik sonuçları oldukça tatmin edici düzeyde idi. Cronbach alpha güvenilirlik katsayılarının, Pearson korelasyon testi ile incelenen madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ve ICC ile hesaplanan test-tekrar test korelasyon katsayılarının yüksek değerlerde olması RDAS ve DDS'nin güvenilir ölçekler olduğunu kanıtlamaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada Templer (1970) tarafından geliştirilen ve Thorson ve Powell tarafından (1992, 1994) revize edilen, Türkçeye Karaca ve Yıldız tarafından uyarlanan Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği (RDAS) ve Templer tarafından geliştirilen ve Yaparel ve Yıldız tarafından Türkçeye uyarlanan Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin (DDS) hemşire örnekleminde güvenilirlik ve geçerliği incelenmiştir.

Ölçeklerin geçerliği yapı geçerliği (DFA, AFA) ile test edilmiş, MBVÖ'nin güvenilirlik analizinde Cronbach alpha, madde-toplam korelasyonu ve test-tekrar test analizi kullanılmıştır.

Revize Ölüm kaygısı Ölçeği *ölüm kaygısı* ve *umursamazlık* olarak isimlendirilen iki faktörlü bir yapı göstermiştir. Faktör yükleri *ölüm kaygısı* alt boyutunda bulunan maddeler için .42 ile .79 arasında değişirken, *umursamazlık* alt boyutunda bulunan maddeler için .32 ile .58 arasında değişmiştir. Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları *ölüm Kaygısı* alt boyutu için .88, *umursamazlık* alt boyutu için .70'dir. *Ölüm kaygısı* alt boyutundaki maddelere ait düzeltilmiş madde-toplam korelasyonun katsayıları .38-.68; *umursamazlık* boyutundaki maddelere ait madde-toplam korelasyonun katsayıları .30-.45 arasındadır. Test-retest ICC korelasyon katsayısı *ölüm kaygısı* alt boyutu için .85, *umursamazlık* alt boyutu için .70'dir. RDAS'ta bulunan 16. ve 24. maddeler hem düşük yüklere sahip oldukları hem de faktörün içeriğini oluşturan diğer maddelerle ilişkisiz olduklarından, ayrıca maddeler çıkarıldığında Cronbach alpha değeri yükseldiğinden ölçekten çıkarılmıştır. Tüm bu bulgular RDAS'ın hemşirelerde kullanılabilen güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Faktör analizinde Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği için en uygun yapının tek faktörlü model olduğu görülmüştür. Tek faktörlü yapıda 11 ve 12 nolu maddeler dışında kalan maddelerin faktör yükleri .30- .85 arasında değişmektedir. Düşük yüke sahip 11 ve 12 nolu maddelerin ölçekten çıkarılması iç tutarlık katsayısında önemsiz bir artışa yol açtığından, maddelerin ölçekte tutulmasına karar verilmiştir. DDS'nin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .80; ölçekte bulunan her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı madde 11 ve madde 12 hariç .30 üzerinde, test-retest korelasyon ICC katsayısı .79'dur. Bu sonuçlar DDS'nin hemşirelerde kullanılabilen güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir.

ÖNERİLER

RDAS ve DDS'nin hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılacak araştırmalarda kullanılması,

Ölümcül hastaların bakıldığı birimlerde çalışan hemşirelerle diğer birimlerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacı ile yapılacak araştırmalarda RDAS ve DDS'nin kullanılması ve

Hemşire öğrencilerin ve mezun ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacı ile yapılacak araştırmalarda RDAS ve DDS'nin kullanılması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek A. M. (2011). The death distress construct and scale. *Omega*, 64(2), 171–184
- Abdel-Khalek, A. M., & Tomas-Sabado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death studies*, 29(2), 157-169.
- Aghazadeh, S. E., Mohammadzadeh, A, & Rezaie, A. (2014). [Validation of Death Depression Scale among Tabriz universities students in 2012 (persian)]. *J Res Behave Sci*, 12, 433- 442.
- Akın E. (2018). Yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşamla ve mutlulukla ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Akyüz, H. E. (2018). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2), 186-198.
- Alkan, A. T. (1999). *Bir düğün gecesi denemesi*. Düşünen siyaset, Ankara: Esin Sanat Felsefe Yayıncılık, 25-32.
- Aydoğan, S. Kıbrısoğlu Uysal, N. & Doğan, N. (2017). Cronbach A ve McDonalds Ω Değerlerinin Gerçek Verilerde Karşılaştırılması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(62), 460-468.
- Aytaç, M. & Öngen, B. (2012). Doğrulayıcı faktör analizi ile Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin yapı geçerliğinin incelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi*, 5, 14-22.
- Ayyad, F. (2013). Death distress among two samples of lower and higher stress in health care professionals. *Psychological Reports*, 113(1), 1332–1341.
- Barnett, M. D., Moore, J. M., & Garza, C. J. (2019). Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 775–780.
- Badur S. (2004). Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. *İzdiham Dergi*, 8 Mart 2016, <https://www.izdiham.com/?s=Selim+badur>. Erişim Tarihi: 25/01/2023.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *DEUHFED*, 9(1), 23-28.

- Bauman Z. (1992). Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri. Çev. Nurgül Demirdöven, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2018, s. 25.
- Bayram, N. (2017). Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Baydur, H. & Eser, E. (2006). Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birlikim, 1*, 99-123.
- Becker, E. (2019). The Denial of Death. ISBN: 0684832402, Free Press.
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi, 52*(4), 223-229.
- Bülbül Maraş, G. (2020). Terminal Dönemde Olan Yaşlıda Destek Bakım ve Ölüm Kavramı. İçinde. Karadakovan A. Yaşlıda Destek Bakım, Akademisyen Kitabevi, Ankara. s. 463-482.
- Brown, T. A. (2006). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. The Guilford Press, New York.
- Brown, J. D. (2009). Statistics corner. Questions and answers about language testing statistics: Choosing the right number of components or factors in PCA and EFA. *Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter, 13*(2), 19-23.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32*(32), 470-483.
- Ceyhan, Ö., Özen, B., Zincir, H., Şimşek, N., & Başaran, M. (2018). How Intensive Care Nurses Perceive Good Death. *Death Studies, 42*(10), 667-672.
- Chan, W. C., Tin, A. F., Wong, K. L., Tse, D. M., Lau, K. S., & Chan, L. N. (2016). Impact of death work on self: existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health & social work, 41*(1), 33-41.
- Chibnall, J. T., Videen, S. D., Duckro, P. N., & Miller, D. K. (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine, 16*(4), 331-338.
- Chung, M. C., Chung, C., & Easthope, Y. (2000). Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. *Death Studies, 24*, 689-704.

- Claxton-Oldfield, S., Crain, M., & Claxton-Oldfield, J. (2006). Death anxiety and death competency: The impact of a palliative care volunteer training program. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 23(6), 464–468.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 339-344.
- Çevik, E. (2005). *Ölüme götüren süreçte ve ölümden hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Şanlıurfa.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Dilbaz, N., & Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.
- Deffner, J. M., & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(1), 19–25.
- Donovan J. M. (1993). Validation of a Portuguese form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 73(1), 195–200.
- Dönmez, Ç. F., & Yılmaz, M. (2012). Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölümlerle baş etmede nefroloji hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3), 141-147.
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: A cross-sectional and correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2429–2438.
- Ekşi, A. (Ed) (1999). *Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s. 476-90.
- Ercan, İ., & Kan, İ., (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.

- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, o., Özdamar, K., & Senisoğlu S.Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Med. Sci.*, 33(1), 210-223.
- Geçtan, E. (2021). *Varoluş ve Psikiyatri*. Metis Yayınları, İstanbul.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Rosenblatt, A. (1990). Evidence for Terror Management Theory II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 308-318.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 61–139.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2019). *Multivariate data analysis*. Cengage Learning EMEA. <https://bit.ly/3spPaHa>
- Hair, J.F. vd. (2010). *Confirmatory Factor Analysis. Multivariate Data Analysis Upper* Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 24–36.
- Harrington, K. J., Affronti, M. L., Schneider, S. M., Razzak, A. R., & Smith, T. J. (2019). Improving attitudes and perceptions about end-of-life nursing on a hospital-based palliative care unit. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 21(4), 272–279.
- Heidegger, M. (2019). *Varlık ve Zaman*. Çeviri: KH Ökten, Alfa Yayınları, İstanbul.
- Hökelekli, H. (2008). *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din*. Dem Yayınları.
- Hökelekli, H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 151-165.

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit Indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H., & Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative & Supportive Care*, 6(4), 363-369.
- İnci, F., & Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı [Palliative care and death anxiety]. *Current Approaches in Psychiatry*. 2012, 4(2), 178-187.
- İnci, F., & Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 253-260.
- Karaca, F. (2000). *Ölüm psikolojisi*, İstanbul: Beyan Yayınları.
- Karaca, F. & Yıldız, M. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Tabula.Rasa-Felsefe ve Teoloji*, 1(1), 43-55.
- Karakoç, F. Y. & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1): 42-79.
- Kalınkara V. (2016). Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. (2012): Ölüm ve ölüm kaygısı. *Çukurova Üniversitesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Karasar, N. (2006). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel yayın dağıtım
- Kerr, A. M., Biechler, M., Kachmar, U., Palocko, B., & Shaub, T. (2020). Confessions of a reluctant caregiver palliative educational program: Using readers' theater to teach end-of-life communication in undergraduate medical education. *Health Communication*, 35(2), 192-200.
- Keskin Kızıltepe, S., & Kurtgöz, A. (2022). Hemşirelerin ölüme ilişkin algı, tutum ve kaygılarına yönelik Türkiye'de yapılmış çalışmaların incelenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 12(1), 244-253.

- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software Programs for Structural Equation Modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(4), 343-364.
- Kline, R. B. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Fourth Edition). NY: Guilford Publications. Inc.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163.
- Kula Kartal, S. ve Mor Dirlik, E. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenilirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4), 1865-1879.
- Kübler-Ross E. (2010). Ölüm ve Ölmek Üzerine. (Çev. Ekin Uşaklı), I. Baskı, April Yayıncılık, İstanbul.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *JPSM*, 45(6), 1094-1106.
- Lonetto, R., Fleming, S., & Mercer, G. W. (1979). The structure of death anxiety: A factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 388-392.
- Menekli, T., Dolu, S., Coşkun, Ö. & Torun, M., (2021). Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerinin iyi ölüme ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 84-94.
- Mahboubeh Dadfar, M., Lester, D., Asgharnejad Farid, A., Atef Vahid, M. K., Birash, B. (2014). Death depression in Iranian nurses. *Advances in Environmental Biology*, 8(13), 218-222.
- Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimizu, Y., Tsukamoto, N., & Kawa, M. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 24(3), 202-210.
- Nadas, P. (2013). Ölümle Başbaşa. (Çev. G Benderli) Can Yayınevi, İstanbul.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Care of Dying Adult in the Last Days of Life. 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>. Erişim Tarihi: 20/04/2023.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nurosis, M. (1994), *Statistical Data Analysis*, SPSS Inc. Chicago, Illinois.
- Öngider N. & Eyüboğlu S. (2013). Investigation of death anxiety among depressive patients. *Klinik Psikiyatri*, 16, 34-46.
- Özdamar K. (2015). *Paket programlarla istatistiksel veri analizi-1*. Nisan Kitapevi, Eskişehir.
- 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.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21.
- Pınar Bölüktaş, R. (2023). Yaşlılık ve Ölüm. İçinde: Pınar Bölüktaş, R. Temel Gerontoloji. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları. S.253-271.
- Portney L. G., & Watkins M. P. (2000) *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rajabi, G. R., Begdeli, Z., & Naderi, Z. (2015). Psychometric properties of the Persian version of Death Depression Scale among nurses. *Death studies*, 39(6), 342–346.
- Ramchandani, K. (2010). Coping with personal death: The extent that afterlife beliefs influence death anxiety and death depression. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctoral, California School of Professional Psychology, San Francisco Bay area Campus, Alliant International University, USA.

- Rasheed, B. A., Adnan, R., Saffari, S. E., & dano Pati, K. (2014). Robust weighted least squares estimation of regression parameter in the presence of outliers and heteroscedastic errors. *Jurnal Teknologi*, 71(1), <https://doi.org/10.11113/jt.v71.3609>
- Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 329-333.
- Santisteban-Etxeburu, S. I., & Mier, O. (2006). A descriptive study of death anxiety and stressors in the various practitioners of a palliative care unit. *Medicina Paliativa*, 13(1), 18-24.
- Sarıkaya Y. (2013). Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.
- Sezer, S., & Saya, P. (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 151-165.
- Sharif Nia, H., Ebadi, A., Lehto, R. H., Mousavi, B., Peyrovi, H., & Chan, Y. H. (2014). Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of iran-iraq warfare. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(4), 29–37.
- Sharif Nia, H., Ebadi, A., Lehto, R.H., & Peyrovi, H. (2015). The experience of death anxiety in Iranian war veterans: A phenomenology study. *Death Studies*, 39, 281-287.
- Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., Lehto, R. H., Allen, K. A., Goudarzian, A. H., Yaghoobzadeh, A., & Soleimani, M. A. (2017). Psychometric Properties of the Persian Version of Death Depression Scale-Revised in Iranian Patients with Acute Myocardial Infarction. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(3), 172–181.
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Banihashemi, H., Nia, H. S., & Haghdoost, A. A. (2016). Validity and reliability of the persian version of templer death anxiety scale in family caregivers of cancer Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), 284-290.

- Spilka, B., Barbara, M., Douglas, S. & Larry, S. (1977). Death and personel faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16 (2), 169-178.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2012) *Using Multivariate Statistics*. 6th Edition, Person Education, Boston.
- Tanhan, F. (2007). *Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi* (Doktora Tezi; P. 252). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tanhan, F., & Arı, F. (2006). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 34-43.
- Taylor, M. A., & Pastor, D. A. (2007). A confirmatory factor analysis of the student adaptation to college questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 67(6), 1002-1018.
- Templer, D. I. (1970). The Construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177.
- Templer, D. I., Lavoie, M., Chalgujian, H., & Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6), 834–839.
- Thorson, J, A, & Perkins, M. (1977). A factor-analytic study of a scale designed to measure death anxiety. Paper presented at the 30. annual scientific meeting of the Gerontological Society, San Antonio.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507-521.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1994). A Revised Death Anxiety Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 31–43). Washington, DC: Taylor & Francis.

- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology, 44*(5), 691–701.
- Todd, C. & Bradley, C. (1994). Evaluating the design and development of psychological scales. In: *Handbook of Psychology and Diabetes: A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice*. Ed: C. Bradley, Harwood Academic Publishers, Chur, Switzerland, p.15-42
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Death anxiety and death depression in Spanish nurses. *Psychological Reports, 97*(1), 21–24.
- Tomás-Sábado ve Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological reports, 91*(3 Pt 2), 1116–1120.
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2003). The Spanish Form of the Death Depression Scale. *Perceptual and Motor Skills, 96*(1), 49-53.
- Turhan, E. H. (2021). Ölüm sosyolojisi ekseninde ölüm kaygısı ve koronavirüs. *Habitus Toplumbilim Dergisi, 2*(2), 85-101.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. (2023). <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 13/04/2023.
- Ünal, F. (2020). *Faktör analizinde belirli koşullar altında faktör sayısı belirleme yöntemlerinin karşılaştırılması*, (Bütünleşik Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ünal, M. S. (2011). Zamansız ölüm: Geleneksel ve modern toplum karşılığında ölümün yeri. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 11*(2), 121-133.
- Üstüner Top, F., Saraç, A., & Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 13*(1), 14-22.
- Üzen, Cura, Ş. & Ateş, E., (2020). The difficulties that palliative care unit nurses have while caring the dying patients, *JAREN, 6*, (3), 483-490.
- Yalom, I. D. (2018). *Varoluşçu Psikoterapi*. Çeviri: Z Babayiğit, Pegasus Yayınları, İstanbul.

- Yaparel, R., & Yıldız, M. (1998). Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin normal populasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(3), 198-204.
- Yeşilyurt, S. & Çapraz, C. (2017). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
- Yılmaz, E., & Vermişli, S. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38.
- Zafer, C. (2019). Ölüm olgusu ve ölümün sosyolojik etkileri. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 64-82.
- Zanatta, F., Maffoni, M., & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 971–978.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma, Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin hemşirelerde Geçerlik ve Güvenirliği'nin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınarak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Araştırmacının,
Adı-Soyadı:
Mehmet Sıddık ALKIŞ

1. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız:.....

3) Medeni Durumunuz:

() Bekar () Evli

4. Çocuğunuz var mı?

() Var () Yok

5. Eğitim Durumunuz:

() Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisans üstü (yüksek lisans/doktora)

6. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

() Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

7. Çalıştığınız hastane:

() Devlet Hastanesi () Eğitim Araştırma Hastanesi

8. Çalıştığınız birim:

- () Palyatif bakım ünitesi
() Onkoloji ünitesi
() Kemik iliği transplantasyon ünitesi
() Hematoloji
() Yoğun bakım ünitesi
() Diğer (Açıklayınız).....

9. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

10. Bulunduğu birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

11. Ölümden sonra bir yaşam olduğuna inanıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Kararsızım

12. Manevi ve dini inancınızı nasıl tanımlarsınız?

- () Dindarım ve dinin gereklerini yerine getiriyorum
() Dindarım, ancak dinin gereklerini yeterince yerine getiremiyorum
() Bir yaratan olduğuna inanıyorum, ancak kendimi hiçbir dine ait hissetmiyorum
() Dini inancım yok, ancak maneviyatı yüksek biriyim.
() Hiçbir dini inancım yok

13. Kendinizi dindar biri olarak görür müsünüz? Lütfen 1'den 6'ya kadar bir puan veriniz.(Dindar sözcüğü size ne ifade ediyorsa onun üzerinden puanlayınız).

(1: Hiç dindar değilim, 6: Çok dindarım).1 2 3 4 5 6

14. Kendinizi maneviyata önem veren biri olarak görür müsünüz? Lütfen 1'den 6'ya kadar bir puan veriniz. (Maneviyat sözcüğü size ne ifade ediyorsa onun üzerinden puanlayınız).

(1: Maneviyata hiç önem vermem, 6: Maneviyata çok önem veririm).1 2 3 4 5 6

EK-2 REVİZE ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular genel olarak ölüm konusundaki kaygılarınız ile ilişkilidir. Doğru ve yanlış yanıt yoktur, siz en uygun gelen cevap seçeneği üzerine X işareti koyarak işaretleyiniz.

| Her cümleye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren numarayı işaretleyiniz | Ruhuma Çok uygun | Ruhuma uygun | Kararsızım | Ruhuma Aykırı | Ruhuma Çok Aykırı |
|---|------------------|--------------|------------|---------------|-------------------|
| 1. Acı çekerek ölmekten korkuyorum. | | | | | |
| 2. Ölümden sonrasının nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni korkutur. | | | | | |
| 3. Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür. | | | | | |
| 4. Gömüldükten sonra bedenime ne olacağı beni kaygılandırmıyor. | | | | | |
| 5. Tabutlar beni huzursuz eder. | | | | | |
| 6. Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim. | | | | | |
| 7. Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır. | | | | | |
| 8. Ameliyat olmayı düşündüğümde korkarım. | | | | | |
| 9. Ölüm sonrası beni oldukça kaygılandırıyor. | | | | | |
| 10. Yavaş ve uzun süren bir ölümden korkmuyorum. | | | | | |
| 11. Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil. | | | | | |
| 12. Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım düşüncesi beni huzursuz eder. | | | | | |
| 13. Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmaması ile ilgilenmiyorum. | | | | | |
| 14. Öldükten sonra tekrar asla bir şey hissetmemek beni huzursuz eder. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 15. Ölümlerden çekilen ızdırap beni korkutur. | | | | | |
| 16. Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum. | | | | | |
| 17. Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum. | | | | | |
| 18. Bedenimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni tedirgin eder. | | | | | |
| 19. Öldükten sonra dünyadaki şeylerden mahrum kalma düşüncesi beni rahatsız eder. | | | | | |
| 20. Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda kaygılanıyorum. | | | | | |
| 21. Hayattaki şeyler üzerindeki kontrolü kaybetmek ile ilgili bir endişem yok. | | | | | |
| 22. Ölümün insanı her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürür. | | | | | |
| 23. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum. | | | | | |
| 24. Öldükten sonra yapılması gerekenler ilgili teferruatlı bir vasiyet bırakacağım. | | | | | |
| 25. Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umrumda değil. | | | | | |

EK-3 ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz, kendinize yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

| | Doğru | Yanlış |
|--|-------|--------|
| 1. Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar. | | |
| 2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer. | | |
| 3. Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir. | | |
| 4. Ölüm dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder. | | |
| 5. Ölmüş dost ve akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim. | | |
| 6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi, duygu ve düşüncelerimi alt üst eder. | | |
| 7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum/kabullenemiyorum | | |
| 8. Ölüm hayatın anlamlarını yok eder. | | |
| 9. Yalnız (hiçbir kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkıyor. | | |
| 10. Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiğilerimi tamamen kaybedeceğim. | | |
| 11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz. | | |
| 12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir. | | |
| 13. Ölümü düşündüğümde, yaşama sevincini kaybederim. | | |
| 14. İnsan ölürken acı çeker. | | |
| 15. Arkadaşlarımın ve sevdiğilerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım. | | |
| 16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır. | | |
| 17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissederim. | | |

EK-4 ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı :E-20292139-050.01.04-24421
Konu :Etik Kurul Kararları

Sayın Mehmet Sıddık ALKIŞ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi

"Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Hemşirelerde Güvenirlik ve Geçerliğinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 24.02.2022 tarihli ve 2022/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:42-Mehmed Sıddık ALKIŞ Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSUPKA9PT* Pin Kodu :31922

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web:www.izu.edu.tr
Kep Adresi:izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep Funca TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606



EK-5 ŞIRNAK İL VE İLÇELERİ İZİN ONAYI



T.C.
ŞIRNAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-51440246-044
Konu : Anket Çalışması (M.Siddik ALKIŞ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Mehmet SİDDİK ALKIŞ'ın 07/04/2022 tarihli dilekçesi.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Mehmet Siddik ALKIŞ tarafından 15 Nisan-15 Mayıs 2022 tarihleri arasında "Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Hemşirelerde Güvenirlik ve Geçerliğinin İncelenmesi" konulu anket çalışması yapmak istediğine dair yazılı talebi incelenmiş olup, Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.

Dr.Osman ÖZDEMİR
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Etik Kurul Raporu (2 Sayfa)
2- İlgili Evraklar (28 Sayfa)

Dağıtım:
Şırnak Devlet Hastanesi
Şırnak Cizre Dr.Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi
Şırnak Silopi Devlet Hastanesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: c82cd4d1-c06d-43c7-8fb-b-e97d9bc1c56d Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/sa/sglik-bakanligi-ebys>

Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü Stok Birimi

Telefon: FaksNo:

e-Posta: veli.uslu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: veli.uslu@saglik.gov.tr

Bilgi için: Veli USLU

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 486) 216 18 28



EK- 6 SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN ONAYI



T.C.
SİİRT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
(Destek Hizmetleri Başkanlığı)



Sayı : E-71987595-774.01.03
Konu : Araştırma İzni / Mehmet Sıddık
ALKIŞ

SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Alanında araştırma çalışması yapan Mehmet Sıddık ALKIŞ'ın, "**Revize Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Hemşirelerde Güvenirlilik ve Geçerliğinin İncelenmesi**" konulu araştırmayı Müdürlüğümüze bağlı Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması; hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Müdürlüğümüze sunulması ve araştırma uygulaması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla söz konusu araştırmaya müsaade edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Mehmet Şakir ÖZER
Müdür a.
Destek Hizmetleri Başkanı

Ekler: Araştırma Çalışmaları Başvuru Formları (16. Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge, Doğrulama Kodu: 4456247506480106021402502311 - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Siirt İl Sağlık Müdürlüğü Tel: 0 484 223 23 20 Faks: 0 484 223 22 87 Aydınlanma Bilgi
İçin B. AVCI Tıbbi Sekreter Bilgi için: Bünyamin AVCI
Telefon: Faks No: SAĞLIK MEMURU
e-Posta: bunyamin.avci@saglik.gov.tr İnternet Adresi: bunyamin.avci@saglik.gov.tr Telefon No: (0 544) 508 42 46



EK-7 S.B.Ü. VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN ONAYI



T.C.
VAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

VAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - VAN SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRDİMİ
14/04/2022 17:44 - E-50817530 - 771 - 1117



Sayı : E-50817530-771
Konu : Anket ve Araştırma Oluru Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik İç Hastalıkları Hemşireliği Fakültesi Anabilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisi olan Mehmet Sıddık ALKIŞ'ın, Prof.Dr.Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ danışmanlığında yürüteceği "Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinin Hemşirelerde Güvenirlik ve Geçerliliğin İncelenmesi" konulu tez çalışması için S.B.Ü. Van Eğitim Araştırma Hastanesinde araştırma yapması 06.04.2022 tarihinde oluşturulan komisyonca uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Fatih TAMAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2022
Prof. Dr. Mahmut SÜNNETÇİOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

~~Belge Değerlendirme Kodu: 5017-9-2-07-7-121-0675-40-7711-0110 - Belge Değerlendirme Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys~~
Hafıza Mah.İpekyolu Cad.Sağlık Sok.No:3 Van İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri

Başkan Yardımcılığı İpekyolu/VAN
Telefon: Faks No: (0 432) 210 06 75

e-Posta: tugce.ozbek@saglik.gov.tr İnternet Adresi: tho_che@hotmail.com

Bilgi için: Tuğçe ÖZBEK

HEMŞİRE

Telefon No: (0 432) 217 88 80



EK-8 REVİZE ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

PROF. DR. FARUK KARACA <faruk.karaca@erdogan.edu.tr> 11Mart 2022 14:42

Kullanabilirsiniz. Ölçeğin orjinal hali Tabula Rasa dergisinde yayımlanmıştı. Ulaşamazsanız yardımcı olurum. İyi alışmalar dileklerle.
F. Karaca



EK-9 ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

recep.yaparel@deu.edu.tr <recep.yaparel@deu.edu.tr> 20 Nisan 2022 13:15

Sayın Mehmet Sıddık Alkış;

"Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği" kullanım izninizi ONAYLIYORUM.

Çalışmalanızda Başarılar Dilerim.

Prof. Dr. Recep YAPAREL
D.E.Ü İlahiyat Fakültesi
Din Psikolojisi A.B.D

EK- 10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Mehmet Sıddık ALKIŞ tarafından yürütülen "Revize Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'nin Hemşirelerde Güvenirlilik ve Geçerliğinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma hemşirelerde güvenirlilik ve geçerliğini incelenmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma da Kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Mehmet Sıddık ALKIŞ

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Mehmet Sıddık ALKIŞ

Eğitim Bilgileri

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı | Diploma Puanı |
|---------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Lise | Yüksekova İsmet Alkan Anadolu Lisesi | 2005 | 4.20/5 |
| Lisans | Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi | 2012 | 71.83/100 |

İş Tecrübesi

| Görev: | Süre |
|--|------------------------|
| Hemşire Van Lokman Hekim Özel Hastanesi /Ameliyathane Hemşireliği | Eylül 2012-Aralık 2012 |
| Hakkari/Yüksekova Devlet Hastanesi / Göğüs Hastalıkları Servisi | Ocak 2013-Mart 2013 |
| Şırnak Dt. Nurullah Kadirhan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi / Kalite Koordinatörlüğü | Nisan 2013- Ocak 2016 |
| Şırnak Devlet Hastanesi / Cerrahi Servisi | Ocak 2016- Halen |

Ödüller

Dt. Nurullah Kadirhan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Evde Bakım Şırnak Yılım Hemşiresi.