

## İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ

### VALIDITY AND RELIABILITY OF GOOD DEATH SCALE

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU\* Araş. Gör. Tuğba AKSU\*\*

\*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dekanı

\*\*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Bu araştırma 16-19 Şubat 2012 2.Hemşirelik Sempozyumunda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

**Giriş:** Ölümüne karşı verilen tepkiler toplumda yaşama ve ölümüne yüklenen anlamlar, kültür, inanç sistemi, yaş ve gelişimsel seviye ve bireysel değerlerden etkilenmektedir. Ancak tüm toplumlarda iyi ölüm önem taşımaktadır. İyi bir ölüm aynı zamanda temel bir insan hakkıdır. Bu nedenle terminal dönem hastaları için en temel ihtiyaç rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde yaşamlarının sona ermesidir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin iyi ölüm kavramına ilişkin özelliklerini saptamak üzere Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen İyi Ölüm Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Araştırmanın örnekleme, Mart-Aralık 2010 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'nde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili ve Cerrahi yoğun bakım kliniklerinde ve Anesteziyoloji-Reanimasyon Anabilim Dalında çalışan 170 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak hasta tanıtıcı bilgi formu ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada ölçek sahibinden, kurumdan ve hemşirelerden yazılı izin ve etik kurul onayı alınmıştır. İyi Ölüm Ölçeği toplam 17 soru ve üç alt boyuttan oluşmaktadır; birinci alt boyutu ölümün psikososyal ve manevi yönlerini tanımlar (9 soru), ikinci alt boyut zihinsel dikkati, iletişim yeteneği ve fiziksel fonksiyonların kontrolünü tanımlar ve kişisel kontrol alt boyutu olarak adlandırılır (3 soru), üçüncü alt boyut ölümün klinik veya biyomedikal yönlerini tanımlar ve klinik kontrol alt boyutu olarak adlandırılır (5 soru). Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımı, faktör analizi, madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı, test-tekrar test, madde analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ölçeğin dil geçerliğinde, 6 uzman tarafından İngilizce'ye çevirisi ve 6 uzman tarafından da Türkçe'ye geri çevirisi yapılmıştır. İçerik geçerliği için 15 uzmandan görüş alınmış, yapılan analizde uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür ( $KW=0.138$ ,  $p=0.08$ ). İyi Ölüm Ölçeği'nin korelasyon katsayısı test-tekrar test güvenilirliği; 0.89'dur ve test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). Faktör yüklerinin ise 0.516-0.813 arasında olduğu, 3 faktör grubuna ayrıldığı, toplam varyansın %81.24'ünü açıkladığı ve genel Cronbach Alpha katsayısının 0.92, ölçeğin alt boyutları olan klinik kontrol için 0.88, kişisel kontrol için 0.79 ve psikososyal-ruhsal kontrol boyutu için 0.82 olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** İyi Ölüm Ölçeği, Türk toplumu için güvenilirliği ve geçerliği yüksek bir ölçektir.

**Anahtar kelimeler:** İyi ölüm, ölçek, geçerlik, güvenilirlik.

## ABSTRACT

**Background:** Community responses to death, life and death loaded meanings, culture, belief system, influenced by age and developmental level and individual values. However, a good death is important in all societies. A good death, but also a fundamental human right. For this reason, the most basic needs of terminal patients comfortable, peaceful and painless ending of their lives.

**Aim:** The purpose of this study, to evaluate validity and reliability in Turkey of the Good Death Scale determine characteristics of the nurses on the concept of good death, developed in 2003 by Schwartz and his colleagues

**Methods:** Sample of the study formed from 170 nurses working in the Tülay Aktaş Oncology Hospital of Ege University, Ege University Medical Faculty Hospital Medical and surgical intensive care wards and Department of Anesthesiology-Reanimation between March and December 2010. Patient identifying information form and Good Death Scale used as a data collection tool. It is written permission from the owner of the scale, the nurses, the institution and ethics committee. Good Death Scale consists of 17 questions and has three subscales, first defines psychosocial and spiritual aspects of death (9 questions), the second sub-dimension of mental alertness, communication skills and control of physical functions and definitions referred to as sub-dimension of personal control (3 questions), the third sub-clinical or biomedical aspects of dimension definitions and is called clinical management of death (5 questions). Percentage distribution of the data, factor analysis, item-total score correlations and Cronbach's alpha coefficient and test-retest reliability, item analyzes were used.

**Results:** The scale validity, six experts back into English translation, and has been translated into Turkish by the six experts. For the content validity were 15 qualified expert, the analysis revealed that scores of the experts ( $KW=0.138$ ,  $p=0.08$ ). Good Death Scale test-retest reliability correlation coefficient, 0.89, and test-retest scores is statistically no significant difference ( $p> 0.05$ ). It is found that the factor loadings between 0516-0813, the group divided into three factors, 81.24% of the total variance 'explained, and the overall Cronbach's alpha coefficient was 0.92, the reputation of the scale for clinical control of the sub dimensions 0.88, 0.79, and psychosocial-spiritual control for personal control size is 0.82 for found.

**Conclusion:** Good Death Scale is a scale with high reliability and validity for the Turkish population

**Key words:** Good Death Scale, Scale, Reliability, Validity

## GİRİŞ

. Son yıllarda tıp alanında önemli gelişmeler olmasına rağmen hala bazı hastalıklar ölümcül olmaya devam etmektedir. İnsanın ölüm hakkındaki düşünceleri, yok olmaz fikri insanoğlunun yaşamına bir anlam katmakta, bu nedenle insanlar yaşamlarında "bir şey" olma çabası içine girmektedirler (Anton ve Van 2004). Bir çok insan ölümcül hastalıklar, korku ve anksiyete kaynağı iken, bazıları için motivasyon kaynağı olabilir. Pek çok insan için ölümün nasıl olacağını düşünmek anksiyetesini arttırmaktadır. İnsanlar ölüm anlarını iyi düşünmek isteyerek motivasyonlarını arttırma çabası içine girerler (Depaola ve ark. 2003).

Korkutucu ancak kaçınılmaz bir olay olan ölüm bireyin psikososyal ve fiziksel anlamda son evresidir. "Klinik ölüm", şuur, refleksler, solunum ve kalp atışı gibi hayatın dış belirtilerinin yok olduğu, ancak altında dokuların metabolik faaliyetlerini sürdürebildiği ve söz konusu durumun iyileştirici uygun dış müdahalelerle tersine çevirebileceği bir haldir. Eğer klinik ölüm halindeki bir organizma doğal sürecin akışına bırakılırsa, klinik ölümü, geri çevrilemeyecek bir biçimde "biyolojik ölüm" takip eder (Jo ve ark. 2005). Biyolojik ölüm veya canlı bireyin yok olması ve enerji tansiyonunun sifıra inmesi, özellikle beyin-kalp-akciğer düzeyinde olmak üzere, hayati fonksiyonlardaki tam ve kesin, yani geri döndürülemez durmaya dayanır; fonksiyonel uyumun kaybını dokusal ve hücresele birimlerin yavaş yavaş ortadan kalkması izler. Sonuç itibariyle biyolojik ölüm, oluşturuca elemanların, yenilenen sürekli yaşamın kaynağı olan biyosferin ortak temelina geri dönüşünü gerektirir (Steinhauser ve ark. 2004).

Ölüme karşı verilen tepkileri toplumda yaşama ve ölüme yüklenen anlamlar, kültür, inanç sistemi, yaş ve gelişimsel seviye ve bireysel değerler etkilemektedir. Ancak tüm toplumlarda iyi ölüm önem taşımaktadır (Peykerli 2003). İyi bir ölüm aynı zamanda temel insan hakkıdır. Bu nedenle terminal dönem hastaları için en temel ihtiyaç rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde yaşamlarının sona ermesidir (Van der 2004). İyi ölümün öncelikleri; Ölümün ne zaman geldiğini ve ne umduğumuzu anlamayı bilmek, olayları kontrol altına alabilmek, itibar ve mahremiyete saygı göstermek, ağrının rahatlatılması ve diğer semptomları kontrol altına almak, ölümün nerede olacağını kontrol altına almak, gerekli olan her türlü bilgiyi edinmek, duygusal ya da ruhsal ihtiyaçları desteklemek, sadece hastanede değil herhangi bir yerde bakımın sağlanması, sonun kiminle paylaşılacağı ve kimlerin olacağını kontrolü, isteklerine saygı duyarak sorunun yönlendirilmesi, zamanlamanın kontrolü ve vedalaşmak için zaman ayırmak, gitme zamanı geldiğinde ayrılmak ve yaşamı anlamsızca sürdürmemek (Yao ve ark. 2007).

Ölümcül hastalıklar psikososyal ve fizyolojik olarak, hem hasta ve ailesi, hem de sağlık ekibi açısından zorlayıcı bir durumdur. Ölümcül hastaların bakımında temel amaç, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması ve kalan yaşam süresinin kalitesinin artırılması ve iyi ölüme hazırlanmasıdır. Terminal dönemdeki hasta ve yakınlarına verilecek hizmette en önemli rol hemşirelere düşmektedir (Han ve ark. 2002, Toscani ve ark. 2003).

Terminal evredeki hastayla çalışan hemşireler hastaların korkuları, hastanın bireyselliğinin ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludurlar (Cohen ve ark. 2001). Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için onların duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir. Bunun için öncelikle

hemşirenin kendi davranışlarına ilişkin bir iç görü kazanmasını sağlamak önemlidir (Özgüroğlu, 2004; Keser, 2007.).

İki insan ölüm hakkında aynı düşüncelere sahip değildir dolayısıyla iyi ölüm kavramı da kişiden kişiye göre değişir. Hemşirelerin ölmekte olan hastalara sunacakları bakım onların iyi ölüme yönelik davranışlarından etkilenir (Keskin 2005). İyi bir ölümün özellikleri kişiden kişiye değişebilir de; hastanın gururuyla ölmesi, sevdiklerinin yanında olması, uygulanabilecek tüm girişimlerin yapılması konusunda fikir birliği bulunmaktadır(Patrick ve ark. 2001, Grant ve ark. 2003). Ölmekte olan hastaya gereksinimi olan desteği verebilmek ve iyi ölüm kriterleri kapsamında ölüm ortamı hazırlamak için hemşirelerin öncelikle iyi ölüm kavramını, kriterlerini bilmesi ve farkındalığının olması hastalara daha iyi fiziksel ve psikososyal bakım sunarak iyi ölümü sağlamalarında etkili olur (Chen ve ark. 2003, Counts 2004). Bu amaçla geçerli ve güvenilir araçlar kullanılarak, hemşirelerin iyi ölüm algısının tanınması yapılmalıdır. İyi ölüm ölçeği hemşirelerin iyi ölüm kavramı özelliklerini saptamak ve alt boyutlarıyla değerlendirmek amacıyla Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğinin alfa değerini 0.75-0.83 arasında bulmuşlardır(5).

Literatürde iyi ölüm algısına yönelik tanılama araçları yer almamaktadır. Bu araştırmayla; "İyi Ölüm Ölçeğinin" Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığı amaçlanmıştır. Araştırmanın bu özel amacı doğrultusunda hedeflenen genel amacı ise: sağlık ekibine özellikle de hemşirelere geçerliliği-güvenirliliği sınanarak kazandırılması Türkçe geçerlik-güvenirliliği yapılan bu ölçek, hastaların iyi ölüm şekline ilişkin hemşirelerin kaygılarında onlara ışık tutacak, hemşireler kazandığı farkındalıkla daha kısa zamanda hastasına özgü düşünce ve dinamikleri saptayacak, öncelikleri sıralayabilecek ve kaliteli yaşam sonu bakım sağlayacaktır

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın tipi**

Bu çalışma, hemşirelerin iyi ölüm algılarını ölçmek için geliştirilen İyi Ölüm Ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmanın yeri ve zamanı**

Araştırma, Mart-Aralık 2010 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'nde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili ve Cerrahi yoğun bakım kliniklerinde ve Anesteziyoloji-Reanimasyon Anabilim Dalında gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmanın örneklemi**

Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı ve hatta 10 katı olması önerilmekte; test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için de en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002, Ercan ve Kan 2004).

Bu çalışmada, ölçeğin madde sayısı esas alınarak en az 170 hemşireye ulaştırılması hedeflenmiştir. Bu sayıya ulaşmak amacıyla, hastanenin yoğun bakımlarında en az 6 aydır çalışmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 210 hemşire alınmış ve veri formlarını eksiksiz dolduran 170 hemşirenin verileri kullanılmıştır. Ayrıca, test tekrar test uygulaması için aynı örneklem grubundaki 100 hemşireye 15 gün ara ile ikinci uygulama yapılmış birinci ve ikinci uygulama sonucunda ölçeği eksiksiz dolduran 100 kişinin verisi analiz edilmiştir

### **Veri Toplama Aracı**

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak; ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo-demografik verileri saptama formu, hemşirelerin iyi ölüm kavramı algısını belirlemede Schwartz ve arkadaşları tarafından (2003) geliştirilen İyi Ölüm Ölçeği kullanılmıştır.

### **Bireye ilişkin Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu**

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış 25 sorudan oluşan bir veri toplama formudur. Bu form, bireylerin tanımlayıcı özelliklerini, ölümle ilgili (klinikte daha önce ölüm durumuyla karşılaşma durumu, ölüm karşısında ne hissettiği, ölümü haber verme, ölümle ilgili eğitim alma, yakınına kaybetme) ve iyi ölümle ilgili (iyi ölüm tanımı, hasta için iyi ölümün önemi) bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır.

### **İyi Ölüm Ölçeği:**

Hemşirelerin iyi ölüm kavramı özelliklerini saptamak üzere Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek kullanılacaktır. Ölçek toplam 17 soru ve üç alt boyuttan oluşmaktadır; birinci alt boyut ölümün psikososyal ve manevi yönlerini tanımlar (9 soru) ve psikososyal-manevi alt boyutu olarak adlandırılır, ikinci alt boyut zihinsel dikkati, iletişim yeteneği ve fiziksel fonksiyonların kontrolünü tanımlar ve kişisel kontrol alt boyutu olarak adlandırılır (3 soru), üçüncü alt boyut ölümün klinik veya biyomedikal yönlerini tanımlar ve klinik alt boyut olarak adlandırılır (5 soru). Ölçekteki her bir ifade 4'lü likert tipi puanlama sistemiyle maddeler hiç (1), biraz (2), orta (3), çok (4) şeklinde değerlendirilmektedir. Tersine dönmüş ifadeler yoktur. Toplam skor 17 ile 68 arasında değişmektedir (Schwartz ve ark. 2003).

### **İşlemler**

#### **Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi**

Ölçek uyarlamasında çeviri yapılırken hedef dildeki en uygun cümle yapısının, deyimlerin kullanılması, kültüre tamamen yabancı maddelerin değiştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla:

- "İyi ölüm ölçeği", altı dilbilimci uzman tarafından Türkçeye ayrı ayrı çevrilmiştir.
- "İyi ölüm ölçeği", Türkçeye çevrildikten sonra araştırmacıların grup çalışması ile ölçeğin Türkçesi yeniden düzenlenerek bir Türk dili uzmanına ölçeklerin Türkçesi kontrol ettirilmiştir.

- Farklı altı dilbilimci uzman tarafından Türkçe ölçeğin İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır.

### **Uzman görüşünün alınması**

Özgün formla çeviri yapılan formdaki maddelerin eşdeğer olduğunun saptanması için en az üç uzman görüşüne başvurulması önerilmektedir. Türkçeye çevrilen "İyi ölüm ölçeği" için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde görevli sekiz öğretim üyesi, yedi araştırma görevlisi olmak üzere on beş uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlara "İyi ölüm ölçeği" özgün ve çeviri formu birlikte verilmiş, ölçeğin maddelerin uygunluğunu değerlendirmeleri için 0-10 arasında (0=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) bir puan vermeleri istenmiştir.

### **Ön uygulama**

İlk çeviri çalışmalarından sonra ölçeğin, ölçümün yapılacağı kişilerle benzer özellik taşıyan, ancak örnekte yer almayan 10-20 kişilik bir örnekleme uygulanması önerilmektedir. Uyum analizi ve uzman değerlendirmeleri sonrasında ölçeğin birkaç maddesinde anlatım değişikliği yapıldıktan sonra kullanımının uygun olacağı düşünülen ölçek, 20 hemşireye uygulanmıştır. Olumsuz geribildirimler olmadığından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için yeterli büyüklükteki örnekleme uygulanmasına karar verilmiştir.

### **Etik Yönü**

"İyi Ölüm Ölçeği"nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapabilmek için ölçek sahibinden, ilgili üniversitenin hemşirelik fakültesi etik kurulundan ve uygulama yapılan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden ayrıca, örnekleme alınan hemşirelere uygulama öncesi açıklama yapılarak yazılı onamları alınmıştır.

### **Verilerin analizi**

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin gerekli istatistiksel analizler SPSS ve LISREL programında yapılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşleri Kendall W testi ile değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile madde-toplam puan korelasyon, alt boyut madde-alt boyut toplam puan korelasyon ve alt boyut-toplam puan korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Diğer bir güvenilirlik analizi olarak iç tutarlılığı test etmek üzere Cronbach alfa analizi kullanılmıştır. Ölçeğin ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliği bağımlı gruplarda t testi (Paired-Samples t test) ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir.

## BULGULAR VE YORUM

Hemşirelerin yaş ortalaması  $28 \pm 5.9$ , %71.2'si 25-30 arasında, %54.3'ü bekar, %87.3'ü lisans mezunu, %61.4'ü sözleşmeli olarak çalışıyor, %59.5'si 6-12 aydır yoğun bakımda çalışıyor, %58.6'sı yoğun bakımla ilgili eğitim almamış. Hemşirelerin %66.4'ünün kendi ölümünü sık sık düşündüğü, %87.4'ünün ölüm haberinin hekim tarafından verilmesi gerektiğini istediği, %75'inin meslek hayatında ilk kez ölümle karşılaştığında çaresizlik ve üzüntü hissettiği, %81'inin ölüm konusunda eğitim almadığı, %57.5'inin iyi ölümün hasta için çok önemli olduğunu düşündüğü ve %70.5'inin iyi ölümü hastanın en az acı ile hayatının son bulması olarak tanımladığı saptanmıştır.

### Geçerliğe ilişkin bulgular

#### Kapsam Geçerliği:

Kendall İyi Uyuşum Katsayısı analizinde ( $KW=0.138$ ) olarak elde edilmiş, uzmanların görüşleri arasındaki uyum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.08$ ).

#### Yapı geçerliği (Faktör analizi):

Faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) 0.82 ve Barlett testi sonucu  $\chi^2=319.17$ ,  $p=0.000$  olarak bulunmuştur. Psikososyal ve manevi alt boyutunun toplam varyansın %44.3'ünü, kişisel kontrol alt boyutunun toplam varyansın %25'ini ve klinik alt boyutunun toplam varyansın %11.9'unu açıkladığı belirlenmiştir. Toplamda açıklanan varyans oranı %81.24'dir.

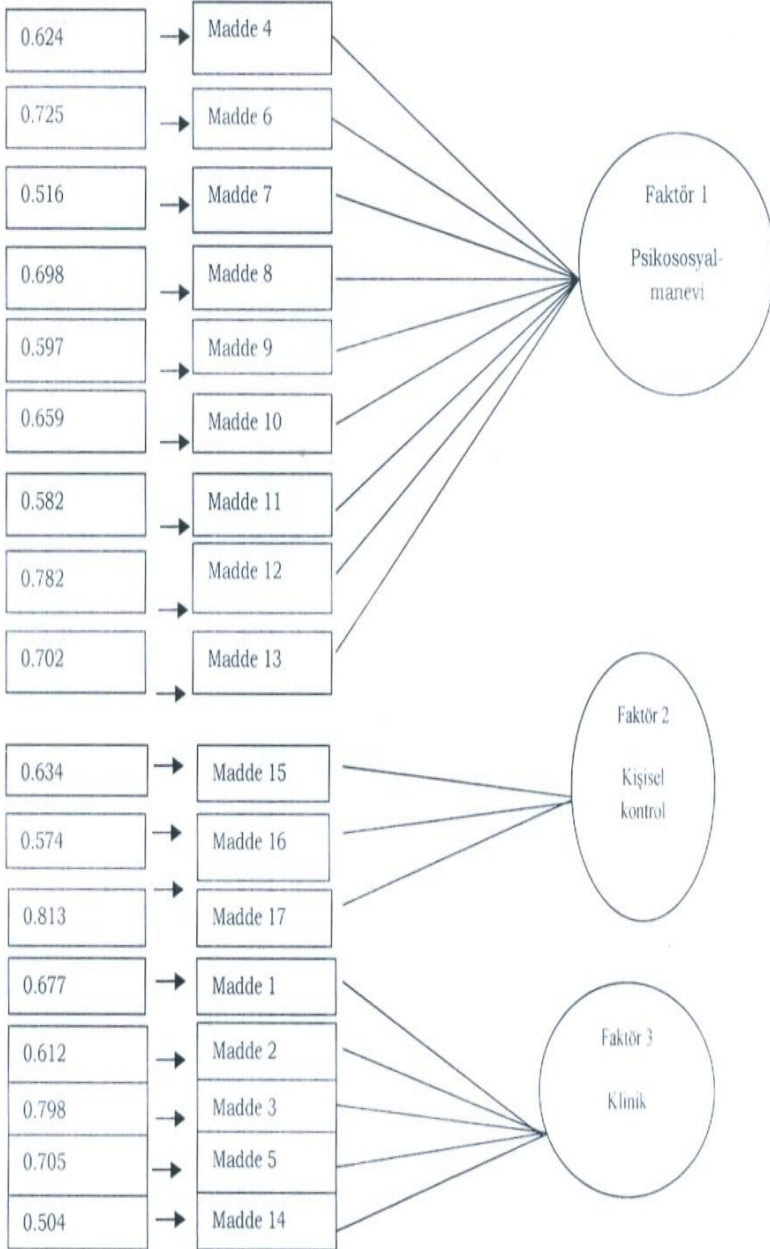
Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda psikososyal-manevi, klinik ve kişisel kontrol alt boyutları olmak üzere 3 faktör grubuna ayrıldığı ve psikososyal-manevi alt boyunun faktör yükleri 0.516-0.782 arasında, kişisel kontrol alt boyutu faktör yüklerinin 0.574-0.813 arasında ve klinik alt boyutun faktör yüklerinin ise 0.612-0.798 arasında olduğu saptanmıştır. Modele ilişkin faktör yükleri Şekil 1'de gösterilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi ile sınanan modelin uyum göstergeleri incelendiğinde; Ki-Karedeğerinin ( $\chi^2=710.27$ ,  $sd=304$ ,  $p=.000$ ) anlamlı olduğu görülmektedir. Hesaplanan  $\chi^2/sd$  oranı 2.34'tür. Model uyum göstergeleri olan RMSA 0.041, RMR=0.017, GFI 0.91, NFI 0.99, NNFI 0.95 ve CFI 0.98 olarak saptanmıştır.

### Güvenilirliğe ilişkin Bulgular

#### İç tutarlılık ve madde analizleri

Ölçekteki 17 maddenin "madde-toplam puan korelasyonu" incelendiğinde, maddelerin korelasyon güvenilirlik katsayısının  $r= 0.50$  ile  $0.90$  arasında olduğu, aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<.001$ ) (Tablo 1). Ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip madde 0.50 ile madde 12 (kişinin evinde olması) dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam puan korelasyonu olan madde 0.90 ile madde 2 (ölüm süresinin kısa olması)'dir.

Şekil 1. İyi Ölüm Ölçeğinin Faktör Analizi Sonuçları





**Tablo 1:** Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonunun İncelenmesi (n=170)

<b>Maddeler</b>	<b>Madde toplam korelasyonu (r)</b>	<b>p</b>
1. Ölümün ağrısız ya da büyük oranda ağrısız olması	0.69	0.00
2. Ölüm süresinin kısa olması	0.90	0.00
3. Ölümün ani ve beklenmedik olması	0.61	0.00
4. Aile ve doktorların kişinin isteklerini gözlememesi	0.71	0.00
5. Ölümün teknik araç gereç olmadan doğal olarak gerçekleşmesi	0.79	0.00
6. Ölümün huzurlu olması	0.63	0.00
7. Sevdiği birilerinin olması	0.71	0.00
8. Kişinin manevi ihtiyaçlarının karşılanması	0.62	0.00
9. Kişinin ölümü kabul edebilmesi	0.78	0.00
10. Kişinin önemli görevlerini tamamlaması için bir şansa sahip olması	0.67	0.00
11. Kişinin evde diyebilmesi için bir fırsata sahip olması	0.58	0.00
12. Kişinin evde olması	0.50	0.00
13. Kişinin çok önemli olaylara kadar yaşaması	0.64	0.00
14. Ölümün uyku sırasında olması	0.61	0.00
15. Ölüme kadar zihinsel fonksiyonlarının sağlam olması	0.57	0.00
16. Ölüme kadar bedensel fonksiyonlarının kontrol altında olması	0.69	0.00
17. Ölüme kadar iletişim yeteneğinin olması	0.70	0.00

Alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puan korelasyonu incelendiğinde; maddelerin güvenilirlik katsayıları; psikososyal-manevi alt boyutu için 0.61-0.89 arasında, kişisel kontrol alt boyutu için 0.66-0.73 arasında ve klinik alt boyutu için 0.62-0.84 arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonu

incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının  $r = 0.65$  ile  $0.88$  arasında, pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < .001$ ) (Tablo 2).

### İç Tutarlılık ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı

İyi Ölüm Ölçeğinin ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde; Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı alt boyutlar için  $=0.80$  ile  $0.86$  arasında olup tüm ölçek için  $=0.91$  bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2:** Ölçeğin Alt Boyut Madde ve Alt Boyut Puan-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ile Tüm Ölçek ve Alt Boyutlar için Cronbach Alfa Değerleri

Alt Boyutlar ve Maddeleri	Madde-Alt Boyut Korelasyon Katsayısı ve Alt Boyut- Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Cronbach Alfa	
	r	p		
<b>1. Alt boyut: psikososyal ve manevi</b>	0.88	0.000	0.86	
Madde 4	0.75	0.000		
Madde 6	0.62	0.000		
Madde 7	0.61	0.000		
Madde 8	0.76	0.000		
Madde 9	0.72	0.000		
Madde 10	0.79	0.000		
Madde 11	0.89	0.000		
Madde 12	0.75	0.000		
Madde 13	0.78	0.000		
<b>2. Alt boyut: kişisel kontrol</b>	0.75	0.000		0.85
Madde 15	0.66	0.000		
Madde 16	0.73	0.000		
Madde 17	0.71	0.000		
<b>3. Alt boyut: Klinik</b>	0.65	0.000	0.80	
Madde 1	0.62	0.000		
Madde 2	0.75	0.000		
Madde 3	0.84	0.000		
Madde 5	0.79	0.000		
Madde 14	0.78	0.000		
<b>Ölçek toplam</b>			0.91	

### İyi Ölüm Ölçeği" nin zamana göre değişmezliğinin değerlendirilmesi

Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirliğini belirleyebilmek amacıyla ölçek 100 kişiye on beş gün arayla uygulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin üç alt boyutunun test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Alt boyutlarından iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında fark

olup olmadığını saptamak için bağımlı gruplarda t testi yapılmış, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 3:** İyi Ölüm Ölçeğinin Test-tekrar test Güvenirlik Katsayıları (n:100)

Alt Boyutlar	n	Madde sayısı	r	p	t	p
Psikososyal-Manevi	100	9	0.78	0.000	1.236	0.769
Kişisel kontrol	100	3	0.89	0.000	0.958	0.671
Klinik	100	4	0.69	0.000	1.013	0.472
Ölçek toplam	100	17	0.81	0.000	0.912	0.843

## TARTIŞMA

### İyi Ölüm Ölçeği'nin geçerliliği

**Ölçeğin kapsam geçerliliği:** İçerik geçerliliğini saptamak için hazırlanan ölçek uzman kişiler tarafından incelendi ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlandı. Uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması içerik geçerliliği için bir gösterge olarak kabul edilir (Wood ve Haber 2002, Erefe 2002). Bu çalışmada da, Türkçeye çevrilen İyi Ölüm Ölçeği'nin maddelerinin dil ve kültüre uygunluğunu değerlendirmek üzere on beş uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanların maddelerin anlatım şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiş ve bazı maddelerin anlatımları değiştirilmiştir. Kendall W uyum analizinde ( $KW=0.138$ ) uzman görüşlerinin uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Türkçeye çevrilen İyi Ölüm Ölçeği'nin anlatımlarının Türk kültürüne uygun olduğu, ölçülmek istenen alanı temsil ettiği ve kapsam geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir (Aksayan ve ark. 2002).

### İyi Ölüm Ölçeği'nin yapı geçerliliği

**Faktör ve doğrulayıcı faktör analizleri:** Faktör analizinin temel amaçlarından biri değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Yani faktör analizinde değişkenler gruplandırılarak ortak faktörler oluşturulması amaçlanmaktadır (Akgül ve Çevik 2003). İyi Ölüm Ölçeği'nin özgün formunda 17 madde iki faktör altında toplanmıştır. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) 0.82 ve Barlett testi sonucu  $\chi^2=319.17$ ,  $p=0.000$  olarak bulunmuştur. Bu değerler örneklem sayısının ve veri yapısının faktör analizi yapılmasına uygun olduğunu göstermektedir.

Psikososyal-manevi alt boyutu toplam varyansın %44.3'ünü, Kişisel kontrol alt boyutu %25'ini ve klinik alt boyutu %11.9'unu açıklamıştır. Toplamda açıklanan varyans %81.24'dür. Elde edilen varyans oranı ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlü olmaktadır. Sağlık bilimlerde yapılan çalışmalarda %40-60 arasındaki varyans oranları yeterli olarak kabul edilmektedir (Ergin 1995) Bu çalışmada da yeterli düzeyde toplam varyans elde edilmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir. Faktör yüklerinin 0.40 ve üstünde olması beklenmektedir (Öner 1994). Doğrulayıcı faktör analizi aynı zamanda, bir kültürde

geliştirilmiş bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlamasını yaparken özellikle kullanılabilir bir geçerlilik kanıtı bulma yöntemidir (Sümbüloğlu 2002, Harrington 2009). İyi Ölüm Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda maddelerin faktör dağılımlarının yeniden düzenlenen özgün ölçekle uygunluk gösterdiği; psikososyal-manevi alt boyunun faktör yükleri 0.516-0.782, kişisel kontrol alt boyutu faktör yükleri 0.574-0.813 ve klinik alt boyutu faktör yüklerinin ise 0.612-0.798 arasında olduğu belirlenmiştir. Faktör yüklerinin tamamının 0.40'ın üstünde, GFI, NFI, NNFI ve CFI'nın >0.90 ve RMSA'nın <0.08 olduğu saptanmıştır. Bu değerler verilerin modelle uyumlu olduğunu, üç faktörlü yapıyı doğruladığını, ölçeğin madde ve alt boyutların ölçekle ilişkili olduğunu, her alt boyuttaki maddelerin kendi faktörünü yeterli olarak tanımladığını göstermiştir (Baykul 2000). Bu sonuçlar İyi Ölüm Ölçeği'nin yapı geçerliliğini destekleyerek, Türk örneğinde kullanılabilir geçerli bir araç olduğunu ortaya koymaktadır (Şekil 1).

### **İyi Ölüm Ölçeği'nin güvenilirliği**

**İyi Ölüm Ölçeği'nin alt boyutlarının iç tutarlılık analizi:** İç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa katsayısı, maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddelerin ölçülmek istenen konuyla ilgili olup olmadığını gösterir. Bir ölçme aracıda yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (Ercan, Kan 2004). İyi Ölüm Ölçeği'nin maddelerinin alfa güvenilirlik katsayısı psikososyal-manevi alt boyutu için 0.86, kişisel kontrol alt boyutu için 0.85 ve klinik alt boyutu için 0.80 olarak bulunmuştur. Sonuçların Shao-Yi Cheng ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığının yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

**İyi Ölüm Ölçeği alt boyutlarının madde-toplam puan analizi:** Güvenilirlik analizi için ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili olduklarını belirleyen ve madde seçiminde sık kullanılan madde analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır (Gözüm, Aksayan 2002). Her madde için elde edilen korelasyon katsayısının yüksek olması, o maddenin ölçülen kuramsal yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Madde seçiminde kabul edilebilir katsayının 0.20 veya 0.25 değerinden büyük olması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2006).

Bu çalışmada, ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, psikososyal-manevi alt boyutu korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) 0.61-0.89, kişisel kontrol 0.66-0.73 ve klinik alt boyutu için 0.62-0.84 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ , Tablo 2). Bu sonuçlara göre İyi Ölüm Ölçeğinin tüm maddelerinin kendi alt boyutunun toplam puanı ile yeterli korelasyon gösterdiği, alt boyutların madde güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0.001$ , Tablo 2). Madde-toplam puan analizi güvenilirlik kadar, geçerlik göstergesi olarak da kabul edilir ve ölçeğin yapı geçerliliğini de yansıtır (Peykerli, 2003).

## İyi Ölüm Ölçeğinin alt boyutlarının test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunun korelasyon analizi ve t testi ile değerlendirilmesi:

Test-tekrar test ölçümleri, ölçüm aracının değişmezlik özelliğini değerlendiren ve en sık kullanılan güvenilirlik analizlerindedir. Sıklıkla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi ile değerlendirilir (Kan 2006). Bir ölçüm aracının zamana karşı değişmez olduğunu (kararlılık gösterdiğini) belirlemek üzere hesaplanan korelasyon katsayısının 1'e ne kadar yakınsa güvenilirliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilir. Araçlarda test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısının en az 0.70 olması önerilir (Özdamar 2004). Bu çalışmada on beş gün arayla tekrarlanan iyi ölüm ölçeğinin değişmezlik katsayısı psikososyal-manevi alt boyutu için 0.78, kişisel kontrol alt boyutu için 0.89 ve klinik alt boyutu için 0.69 ( $p=0.000$ , Tablo 3) olarak bulunmuştur. İyi Ölüm Ölçeğinin Türkçe sürümünün yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğu, ilk ölçüm ile tekrarlayan ölçümlerde sonuçların benzer olduğu görülmüştür. Test-tekrar test korelasyon katsayısı yeterli düzeyde olsa bile, iki ölçüm sonuçlarının puan ortalamaları ve standart sapmalarının incelenmesi önerilir; iki ölçüm sonucunun benzer olması gerekir (Karasar 2000). Bu amaçla, on beş gün arayla ölçeğin uygulanmasından elde edilen sonuçlar arasında fark olup olmadığına 'bağımlı gruplarda t testi' ile bakıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 3). İyi Ölüm Ölçeğinin Türkçe sürümünün güvenilirliğin yüksek olduğu görülmüştür.

## SONUÇ

İyi ölümün sağlanmasında gerekli hemşirelik stratejilerin planlanması ve geliştirilmesi için hemşirelerin iyi ölüme yönelik olumlu ve olumsuz algılarını belirleyecek güvenilir ve geçerli araçlara gereksinim vardır. İyi Ölüm Ölçeği'nin Türkçe versiyonu bu amaçla kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur

Bu ölçekle; terminal dönem hastalarının rahat ve huzurlu bir şekilde hayatına son vermesini sağlamada anahtar rol oynayan hemşirelerin iyi ölüm algılarının değerlendirmesi yapılmalı, hastalara rahat ve huzurlu bir son sağlanması için ölçeğin uygulanması ile elde edilen bilgiler doğrultusunda hizmet içi eğitimler ve hemşirelik bakım planları geliştirilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Akgül A, Çevik O. "Faktör Analizi, İstatistiksel Analiz Teknikleri" SPSS'de İşletme Yönetimi ve Uygulamaları, Yeni Mustafa Kitabevi, Ankara. 2003;5-9.
- Aksayan S, Bahar Z, Bayık A. "Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1 Basım, Odak Ofset, İstanbul, 2002; 114-210.
- Anton JL, Van H. Ancient euthanasia: 'good death' and the doctor in the graeco-Roman world. Soc Sci Med. 2004; 58: 975-985.

- Baykul Y. “Geçerlik, Güvenirlik, Eğitimde ve Psikolojide Ölçme, Klasik Test Teorisi ve Uygulaması”, ÖSYM Yayınları, Ankara, 2000;141-233.
- Büyükköztürk Ş. “Geçerlik, Güvenirlik”. Veri Analizi El Kitabı, Pegem A Yayıncılık,6. Basım, Ankara, 2006, 167-169.
- Chen CY, Chiu TY, Bhikkhuni TT, et al. Influencing factors of death fear in terminal cancer patients. Taiwan J Hospice Palliat Care; 200;, 8(2):134-142.
- Cohen LM, Poppel DM, Cohn GM, Reiter GS. A very good death: Measuring quality of dying in end-stage renal disease. J Palliat Med. 2001; 4:167-172.
- Depaola J, Griffin M, Young JR, et al. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. Death Studies. 2003; 27(4):335-354.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30 (3): 211-216.
- Erefe İ. “Veri Toplama Araçlarının Niteliği”. içinde Erefe İ. (Ed.), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, 2002, 169-188.
- Ergin DY. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995; 4: 125-148.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2002; 4(2): 9-20.
- Grant E, Murray SA, Grant A, Brown JA. Good death in rural Kenya? Listening to Meru patients and their families talk about care needs at the end of life. J Palliat Care. 2003; 19(3): 159-167.
- Han NY, Yoon HJ, Park IH, Chung YS, Yoo SM. The elderly’s perception of good death. Korean Journal of Family Medicine, 2002; 23: 769-777.
- Harrington D. Confirmatory factor analysis (pp. 21-99). New York: Oxford University Press.
- Jo KH, Lee HJ, Le YJ. (2005) Types of students’ death attitudes majoring in human services area: Q-methodological approach. Journal of Korean Academy of Nursing, 2009;35(5):829-841.
- Johnston B, Smith LN. Nurses’ and patients’ perceptions of expert palliative nursing care. Journal of Advanced Nursing 2006;54(6), 700-709.
- Kan A. Ölçme araçlarında bulunması gereken nitelikler. Atılğan, H. (Ed.), Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık. 2006:88-138.Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara. 2000;136-153.
- Keser ÖN. “Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı”, Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Ed: Fatma Akça Ay, Medikal Yayıncılık, İstanbul. 2007.
- Keskin ÜG. “Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 21(2): 125-134.
- Öner N. Güvenirliği ve/veya geçerliği sınanmış psikolojik testler. Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı, Psikolojik Testler: 1994; 6 (33):9-18.
- Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Genişletilmiş 5. Baskı, Kaan Kitabevi. Eskişehir; 2004; 661-673.
- Özgüroğlu M. “Terminal Dönemdeki Kanser Hastasına Yaklaşım: “Hospice” ve Palyatif Bakım”, Klinik Gelişim, 2004; 17(1-2): 1-2.
- Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. J Pain Symptom Manage; 2001; 22(3): 717-726.
- Peykerli G. “Ölümçül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım”, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4 Özel ek): 2003; 62-65.
- Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Yunsheng MA, Reed G. Validation of a New Measure of Concept of a Good Death. Journal of palliative medicine. 2003;6(4):4-7.

- Steinhauser KE, Clipp EC, Bosworth HB et al. Measuring quality of life at the end of life: validation of the QUAL-E. *Palliat Support Care*. 2004; 2: 3–14.
- Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri, 4. Baskı, Hatipođlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti, Ankara. 2002;9-12.
- Toscani F, Borreani C, Boeri P, Miccinesi G. Life at the end of life: Beliefs about individual life after death and “good death” models—a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003; 1: 1–10.
- Van der Geest S. Dying peacefully: Considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Social Science & Medicine*. 2004; 58: 899–911.
- Wood GL, Haber J. Reliability and validity. In: Wood G.b., Haber J. *Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Mosby. St. Louis, 2002; 311-330.
- Yao CA, Hu WY, Lai YF, Cheng SY, Chen CY, Chiu TY. Does dying at home influence the good death of terminal cancer patients? *J Pain Symptom Manage*. 2007; (2):3-6.