

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Psikoloji Anabilim / Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı

**HEKİMLİK UYGULAMALARINDA
ÖLÜMLE SIK KARŞILAŞMANIN ÖLÜM
KAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Hakan ERTUFAN

Danışman : Prof. Dr. Benal İNCEER

İzmir-2008

Uygulama ve bilimsel çalışmaların gerçek ihtiyacın çok
altında kaldığı ülkemde,
ÖLÜM PSİKOLOJİSİ alanının gelişmesi dilek ve çabalarımla,

Ölüm kaygısına karşı psikolojik destek alamadan vefat eden
tüm insanlara...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	IV
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Araştırmanın katkısı ve farklı yönü	7
1.2 Temel hipotezler	10
1.3 Diğer hipotezler	10
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1 Ölüm, inkar, hekimlik	11
2.2 Ölüm kaygısını etkileyen değişkenler	13
2.3 Ölüm kaygısı ve etkileyen değişkenlerle yapılan literatür araştırmaları	22
2.3.1 Türkiye'deki Araştırmalar	22
2.3.2 Diğer Kaynaklar	24
2.3.2.1 Hekimlerle yapılan araştırmalar	24
2.3.2.2 Hekim olmayan örneklem gruplarıyla araştırmalar	30
3. YÖNTEM	41
3.1 Örneklem Topluluğu	41
3.2 Gereçler	41
3.2.1 Genel Bilgi Formu	41

3.2.2	Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ)	42
3.2.3	Collett ve Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ)	43
3.2.4	Glock ve Stark'in Dini İnanışın Boyutları Anketi (GSDİBA)	43
3.2.5	Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)	44
3.3	İşlem	45
3.3.1	Verilerin Toplanması	45
3.3.2	Verilerin Gruplanması	45
3.3.3	Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	46
4.	BULGULAR	49
4.1	Sosyodemografik Bilgiler	49
4.2	Ölçek Bulguları	64
5.	TARTIŞMA	111
6.	KAYNAKLAR	127
7.	EKLER	138
8.	ÖZET	155
9.	ABSTRACT	157
10.	ÖZGEÇMİŞ	159

TEŞEKKÜR

Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı'nda doktora eğitimine, İstanbul'da ikamet etmeme rağmen beni kabul eden hocalarıma ve Enstitü yetkililerine; mesleki bilgi ve tecrübe aktarımına ilaveten kişisel rehberliği ile tez danışmanlığının ötesindeki katkılarını unutamayacağım, Sayın Prof. Dr. Benal İnceer'e; gerek dersler esnasında gerekse tez başlangıcında danışmanlığımı yaparak insanı anlamada yeni bakış açıları kazandıran Sayın Prof. Dr. Oya Soria's'a; kıymetli bilgi, görüş ve deneyimlerini aktaran Psikoloji ve Psikiyatri Anabilim Dallarındaki tüm değerli hocalarımıza; önce sınıf arkadaşı daha sonra tez komite üyesi olarak önemli katkılar yapan, hem şahsen hem de bir bilim insanı ve meslektaş olarak tanışmaktan büyük memnuniyet duyduğum Doç. Dr. Haluk Arkar'a; İstanbul – İzmir arasında ders dönemi boyunca geçen iki yılda bilgi paylaşımı ile bu zorlu süreci benim için kolaylaştıran çok değerli doktora arkadaşlarıma/meslektaşlarıma; ölüm endişesi alanında daha önce araştırma ve fikirlerini yayınlamış tüm bilim insanlarına; iki yıllık ders sürecinde haftada iki gün küçük oğlumuzla yalnız kalarak "her başarılı erkeğin arkasında bir kadın vardır" sözünün timsali olan sevgili eşim Deniz Ertufan'a; beni sevgi dolu bir ortamda, eğitimim için her türlü fedakarlığı yaparak yetiştiren aileme; kendisine ayırabileceğim vakitten eğitime ve bilime aktardığım zaman için oğlum Nezih'ime katkılarından ötürü teşekkür ederim.

Hakan Ertufan

Ocak 2008

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kültür, ırk, milliyet, cinsiyet, güzellik, eğitim, meslek, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik özellikler, yaşama tarzı vb. farklılıklarımızın ötesinde tüm insanların ortak bir noktası var : ÖLÜMLÜLÜK

Canlının doğduğu anda ölüme doğru ilk adımlarını atmış olduğu gerçeği açıkça ortadadır. Yaşam ile ölümün böylesine i içe olması ve birbirini etkilemesi ölüm kaygısı üzerine çalışmayı, hayatı anlama ve anlamlandırma çalışmasına dönüştürmektedir. Yalom'a göre tüm psikopatolojilerin ana kaynağı ölüm kaygısıdır. Ölümün kaçınılmaz ve korunulmazlığına karşın ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmaların amacını Yalom şöyle açıklamıştır : "Kaçınılmaz olan ölümdür, ölüm kaygısı değil" (Yalom, 1980).

Kübler-Ross (1969) bireyci batı toplumlarının son yüzyılda ölüm olgusunu dışlayarak ölüm kaygısına karşı inkar ve yadsıma içinde olduğunu yazmıştır. Bazıları daha da ileri giderek "lm gerçeği ve sonrasının bilinmezliğinin karşısındaki temel başaçıkma mekanizması bastırma ve inkardır; çünkü bilinçdışı hep yaşayacağına inanır" görüşünü ne sürmüşlerdir (Becker, 1973). lm inkar bilimde de karşımıza çıkmaktadır. Özellikle dinamik psikiyatri insan varoluşunun temel gerçeğini (onun sona erişini) pek kabullenememiş, ölüm kaygısının tek başına varlığı uzun süre yok sayılmıştır. Freud lmn ve ölüm kaygısının nörotik ve simgesel yönlerini vurgulayarak bilinçdışında ölümlülük kavramının bulunmadığını ileri sürmüştür (Wallace,1994). Ölümün ölecek olanlar ve yas tutacaklarda yarattığı psikolojik yaşantıların ancak son yıllarda ciddi olarak incelenmeye başlanması ölüm konusunun da cinsellik gibi yasak konu

olduğunu göstermektedir. Psikanalistler, psikanalizin doğuşundan ancak 50 yıl sonra ölüme karşı oluşan tepkileri incelemeye başlamışlardır (Volkan, 1997). Freud, ilk başlarda ölüm konusuna hiç değinmemiş olsa da daha sonra yaşam ve ölüm içgüdülerinin (eros ve thanatos) öneminden bahsederek ölümün insan üzerindeki etkisini vurgulamıştır; bunu da "Hayatın gayesi ölümdür" sözüyle özetlemiştir (Yalom, 1980).

Yalom'a göre (1980), ölüm bize kendiliğinin farkında olarak (authentic) yaşamayı sağlar. Anlamalı, doyumlu ve üretken bir hayat ölüm kaygısına karşı bastırmadan daha etkin bir yoldur. Yalom, Freud'un teorisini dayandığı esaslar sebebiyle ölümden bahsetmemesini eleştirmiştir. Freud'a göre davranışlar temelini geçmişten almaktadır halbuki ölüm gelecektedir ve bu durumda insan davranışlarını etkileyemez (Yalom, 1980). Ayrıca, Freud'un şiddetli kişisel ölüm kaygısı sebebiyle de bu konuyu göz ardı ettiği düşünülmektedir (Becker, 1973).

Otto Rank'a göre "temel bastırma ölüme karşıdır, sekse değil" (Becker, 1973). Rank, ölüm kaygısını sadece bastırmayla çözmeye çalışmanın iki uçlu kılıç olduğunu belirtmiştir. Kaygıyı bastırarak rahatlamamanın ve güven sağlamanın mukabilinde hayatı kısıtlama ve suçluluk duygusu : "varoluş suçu" (Yalom, 1980).

Diğer bir açıdan ölüm kaygısına karşı inkar ve bastırmanın kişiler ve toplumca ağırlıklı kullanıldığı ve/veya kişiyi koruyucu rolü olduğu görüşünü reddedenler de vardır. Schneidman, Kübler-Ross'un sadece şahsi gözlemlerine dayanarak görüşlerini seslendirmesini eleştirmiştir. Onun yeterli sistematik veri toplayıp analiz etmediğini ve diğer klinisyenlerle fikir alış verişini yapmadığını ileri sürmüştür (Dougherty ve ark., 1986). Dougherty ve arkadaşları (1986), ölüm kaygısı ve inkar arasındaki ilişkiyi .38 ($p < .01$) olarak bulmuşlar ve sonucu "inkar

ile düşük kaygı seviyesi arasında bir ilişki bulunsa da bu inkarın tipik ve yaygın kullanılan bir yol olduğunu göstermez” şeklinde yorumlamışlardır. Ancak bu çalışmadaki kanser hastalarının kronik hasta olsalarda son dönem evresinde olmadıkları dikkate alınmalıdır.

Psikoanalist Gregory Zilboorg’a göre pek çok insan ölüm kaygısı gerçek yüzünü göstermediği için onu yok sanmaktadır, halbuki tüm görünümlerin altında yatan evrensel olarak ölüm kaygısıdır. Tıpkı yaşam için vazgeçilmez olan oksijenin tek başına hayat vermek yerine yakıcı ve öldürücü olması gibi (Yalom, 1980). Şayet bu korku bilinçte sürekli bulunsaydı normal işlevselliğimizi yerine getiremezdik. Bu yüzden bizi hayatta tutmak için uygun şekilde bastırılmalıdır (Becker, 1973).

Ölüm kaygısına karşı inkarla bastırmanın ne sıklıkta kullanıldığı ve etkinliğiyle ilgili araştırmalar ve tartışmalar bu çalışmaya da ilham kaynağı olmuşlardır.

Meslek, cinsiyet, eğitim, yaşam deneyimleri, inançlar vb. etkenler kişilerin ölümü algılamasını, ölümü ve hayatı anlamlandırmasını, ölümle ilgili tutum ve davranışlarını, ölüm kaygısı derecesini farklı etkileyebilmektedir. Hekimler bu noktada çok özel bir grup oluşturmaktadırlar. Hem kendi varoluşlarıyla (insan/birey yönü) hem de başkalarının varoluş kaygılarıyla karşı karşıya kalmakta, sorumluluk almaktadırlar (hekim rolü). Birey ve hekim yönlerinin birbirlerini etkileyip etkilemediği, etkiliyorsa nasıl etkileştikleri merak ve araştırma konusu olmuştur.

Hekimlerin ölüm kaygısını ölçebilmek için öncelikle batı toplumlarında yıllardır kullanılmakta olan ölüm kaygısı ölçeklerini Türk normlarına uyarlama çalışmasına öncelik vermek gerekmişti. Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği ve

Collett-Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması 2000 yılında *"Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması"* isimli yüksek lisans teziyle yapılmıştır (Ertufan,2000). Örneklem grubu olarak İstanbul Tıp Fakültesi öğrencilerinden 465 kişi seçilmiştir. Uyarlanması düşünülen ölçeğin orijinalinin (Templer's Death Anxiety Scale-DAS) geçerlik güvenilirlik çalışması üniversite öğrencileri üzerinde yapıldığından uyarlama yaparken örneklem grubunun hekimler yerine hekim adayı öğrencilerden oluşması her iki amaca birden hizmet edecekti. Doktora tezinde de hekimler üzerine araştırma yaparak 2000 yılındaki araştırmanın bir bakıma devamı amaçlanmıştır.

Hekimler eş zamanlı rolleriyle (birey ve hekim) diğer pek çok meslek grubundan ayrılırlarken, kendi içlerinde iki ana gruba bölünmektedirler:

1. Ölmek üzere olan ve/veya ölüm riskli hastayla çalışan hekimler
2. Ölüm riski olmayan hastayla çalışan hekimler

İlk gruptakilerin, başkalarının varoluş kaygılarının sorumluluğunu üstlenme açısından ikinci gruba göre yükümlülükleri çok daha fazladır. Bu hekimlerin "günlük uygulamaları ölümlü mücadele" üzerinedir. Böyle bir meslek, "günlük iş uygulamasının ölüm üzerine olması, ölüm kaygısına karşı inkar ve bastırma mekanizmasının bu şekilde zorlanması bu kişilerin bireysel ölüm kaygılarını, ölümü algılamalarını, ölümle ilgili tutum ve davranışlarını nasıl etkilemektedir?"

Davranışçı Terapi ilkelerine göre korkular, korkulan nesneye maruz kalma ile tedavi olur, kaçınmayla değil. Duyarsızlaştırma ile korku tedavisinde kişinin korku uyarıcılarıyla gevşemiş halde güven ortamı içindeyken yüzyüze gelmesi sağlanır. Gevşeme korkuya zıt olduğu için uyarıcılara daha değişik davranışlar koşullanabilir, korku sönebilir. Bu gerçekleştiğinde bütün korku kayboluncaya kadar giderek daha kuvvetli korku doğuran uyarıcılar kullanılabilir (Morgan,

1995). Sistematik duyarsızlaştırmada en az korkulandan en çok korkulan sahneye doğru bir korku basamağı oluşturulur, daha sonra kişiye gevşeme yöntemleri öğretilir. Kişi rahatlamış durumdayken en az korkulan sahneden başlamak üzere her bir adımda zihinsel yüzleşme yapılır ve kişi herhangi bir kaygı yaşamazsa bir sonraki adıma geçilir. Bu bir çeşit karşıt koşullama tekniğidir, başka bir deyişle bir duygunun bir başka duyguyla yer değiştirmesidir (korkunun rahatlama ile değiştirilmesi). Wolpe bu uygulamada kişi korku duyarsa zihinsel canlandırmayı hemen kesmekte ve aynı adımı tekrar başlatmaktadır. Goldfried 1971'de kaygı uyandıığında kesmek yerine o anda gevşeyebilme üzerinde durmuştur. Bu yaklaşım, üzerinde çalışılmayan korkuların tedavisine de yaramıştır. Goldfried, Wolpe gibi belli bir korku üzerine odaklı tedavi yerine genel olarak korkularla başa çıkma yöntemi sunmuştur. Ayrıca, gerçek hayatta korku/kaygı uyarıcısıyla karşılaşıldığında her zaman onu uzaklaştırmak mümkün olamamakta ve kaygının varlığında rahatlayabilmek gerekmektedir.

Bir başka korku azaltıcı teknik sel, taşkın (flooding) yöntemidir. Sistematik duyarsızlaştırmadaki kaygıyı azaltma yaklaşımının tam tersine bu yöntem kaygıyı artırıcı sunumları kapsar. Bu yöntem zihinsel canlandırma şeklinde olabildiği gibi gerçek hayat uygulamalarını da kapsayabilmektedir. Gerçek alan uygulamaları özellikle en kuvvetli korkulardan biri olan açık alan korkusu tedavisinde etkili olmuştur. Ancak kişiyi çok güçlü baskı altına soktuğu için deneyimli uzmanlar tarafından gerçekleştirilmelidir.

Patlama, infilak (implosive) tedavide ise yöntem sistematik duyarsızlaştırma gibi olsa da korku sıralamasının en üst kademesindeki maddeler seçilir. Bu teknik psikoanalitik pencere ile bütünleştirilir. Kişi bu yöntemde çok kuvvetli korku uyandıran sahnelere kaygı seviyesi en sonunda azalincaya dek maruz bırakılır. Bu yol da deneyimsiz terapistlerin başvurmaması gereken bir

yöntemdir. Araştırmalar sistematik duyarsızlaştırmaya göre fazladan küçük bir faydası olduğunu ortaya koymuştur. Bu az fark için kişiye yoğun stres altına sokmak yerine daha konforlu bir yöntem olan sistematik duyarsızlaştırma uzmanlar tarafından daha fazla tercih edilmektedir (Lynn ve Garske, 1990).

Sonuçta, birbirlerine göre uygulama farklılıkları olsa da korku/kaygı azaltıcı teknikler olarak yukarıda bahsedilenlerin hepsi bir biçimde, zihinsel ve/veya gerçek hayat uygulamalarıyla kişiye korktukları, kaçındıkları nesneye, sahneye maruz bırakmaktadır.

Fobi tedavisinde etkili olan maruz kalma ölüm kaygısına karşı da işleyen bir mekanizma mıdır? Yoksa inkar ve bastırmanın sürekli zorlanması kişiye daha da yüksek kaygıyla yaşamaya mı itmektedir? Bu tezde "Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi"ni araştırmak amaçlanmıştır.

Yalom (1980), 29 maddelik bir ölçekle kanserli hastaların kanser öncesi ve sonrası olmak üzere korkularını ölçtüğünde, hastaların 29 maddenin 19'unu "kanserden önce bu maddeden daha çok korkardık" şeklinde cevaplandırdıklarını tespit etti. Yalom, ölümle yüzleşmiş kişilerde kaygının azaldığını belirtmiştir. Bu veri yüzleşmenin ölüm kaygısının da azaltılmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir. Üstelik, pek çok hekim yıllardır ölümle iç içe olmalarına rağmen mesleklerine devam etmektedirler. Yani ölüm gerçeğine maruz kalma karşısında inkar ve bastırmanın sürekli yıkılmasına rağmen her gün ölümle yüzleşmeye ve ölümle mücadeleye devam etmektedirler. Bu durum ölüme maruz kaldıkça ölüm korkusunun artacağı varsayımından uzaklaştırmaktadır.

Ayrıca, hekimlere mesleklerinin yıpratıcılığına karşı kendilerini nasıl korumaya çalıştıkları sorularak başaçıkma mekanizmaları açısından da sorgulama yapılması amaçlanmıştır. Ölüme maruz kalan hekimlerin diğerlerine

göre kullandıkları başaıkma mekanizmalarının farklı olup olmadığı merak edilmiştir. Ölüme maruz kalanların ölüm kaygısı seviyesi, kalmayanlara göre düşük bulunursa veya fark bulunmazsa ve başaıkma mekanizmaları farklıysa, bu durumda ölüme maruz kalmaya karşı etkili başaıkma mekanizmaları saptanmış olabilir. Bu bilgilerin, ölümcül hastayla çalışan ama bu yolları kullanmayan hekimlere sunulmasıyla o kişilerin de mesleklerinin yıpratıcılığına karşı bilgilenmeleri sağlanarak koruyucu ruh sağlığı açısından katkıda bulunmak ümit edilmiştir.

Literatürden yararlanarak tespit edilen çeşitli sosyo demografik değişkenler ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiler de sorgulanmıştır.

İlaveten, ölüme karşı daha mücadeleci ve ölümlü daha fazla kontrol altında tutmaya yönelik uzmanlık alanlarını seçenlerin daha fazla iç kontrol odaklı kişiler olup olmadığını sınamak ta araştırmanın bir başka sorunsalıdır.

Hekimlerin ölüm üstüne mesleki rollerinin ötesinde birey olarak daha fazla düşünmelerine ve sorgulamalarına yol açarak hem bireysel farkındalık hem de ölümcül hastalarıyla etkileşim adına olumlu katkı sağlanabileceği de düşünülmüştür.

1.1 ARAŞTIRMANIN KATKISI ve FARKLI YÖNÜ

a. Hekimlerin Ölüm Kaygısı üzerine literatürde az sayıda araştırma bulunmaktadır.

Ek 1 de arama yapılan veritabanları ve kelime toplulukları belirtilmiştir.

Örnek :

Tarama kelime topluluğu : Physician's Death Anxiety

Veritabanı : PSYCINFO

Bulgu : 3 yayın

Mevcut araştırmaların bazısı doğrudan hekimlerin ölüm kaygısının düzeyini etkileyen değişkenleri anlamaya yönelik olmayıp, hekimin ölüm kaygısı düzeyinin hastasının yatış süresine, yazılan reçetelere etkisi gibi konular üzerinedir (Ornstein ve ark., 1998), (Schulz & Aderman, 1978). Bu anlamda, bu tez Ek 1 de belirtilen literatür kaynaklarında az rastlanan bir alana katkı niteliği taşımaktadır.

b. Türk Hekimlerinin Ölüm Kaygısı/Korkusu üzerine yapılmış ilk çalışmadır.

Daha önce onkologların depresyon ve kaygı düzeyleri üzerine araştırmalar bulunsa da (İyidoğan-Babayiğit, 1996) ölüm kaygısına odaklı ilk çalışmadır (bkz. Ek 1 taramalar).

c. Ek 1 de belirtilen literatür taraması kapsamında hıristiyan inanç sistemi dışında başka bir toplumun hekim grubunun ölüm kaygısı hakkında bir çalışmaya rastlanmamıştır.

d. Kültürlerarası karşılaştırmalara katkıdır.

Literatürde ölüm kaygısı üzerine araştırmalar ağırlıklı batı toplumları üzerinedir. Arap ve Uzakdoğu toplumlarında yapılan araştırmalar batıyla kıyaslanmayacak kadar azdır. Özellikle Arap ülkelerinde ölüm kaygısı odaklı araştırmalar birkaç bilim adamının çabasıyla 2000 yılından sonra artmaya başlamıştır. Kültürel yapısı itibariyle Türk örneklemiyle yapılan bu çalışma ile kültürler arası karşılaştırma yapmak isteyen araştırmacılara ek bilgi sunulmaktadır. Ölüm kaygısında kültür gerçekten çok mu etkili yoksa ölüm psikolojisinin insana özgü yanları daha mı ağır basmakta sorgulamasına katkı sağlanmaya çalışılmıştır.

e. Literatürde çelişkili sonuçları olan çok sayıda araştırma bulunmaktadır.

Çelişkili sonuçların bulunduğu bir alanda yeni çalışmaların eldeki verileri zenginleştireceği düşünülmektedir.

f. Ölçekler tekrar sınanmıştır.

Türkiye uyarlaması yapılmış Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) ve Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ) ölçekleri arasındaki ilişki tekrar sınanmıştır.

g. Klinik uygulama için arayıştır.

Diğer kaygı bozukluklarında sıklıkla kullanılan yüzleştirme yönteminin en temel kaygı olan ölüm kaygısına karşı işe yarayıp yaramayacağını sınanmasıyla bu alanda klinik uygulamaya dönük bir arayıştır.

h. Yeni araştırmaların odağına ışık tutmakta, sonraki araştırma ve araştırmacıların işini kolaylaştırmaktadır.

Ölüm tehlikesi atlatma, yakınına kaybetme gibi deneyim ve yaş değişkenleri yerine "sosyal olgunluk"; kontrol odağı yerine "öz kontrol"; statü, bölüm, eğitim, ölüm görme sayısı gibi kategorik yaklaşımlar yerine "kişilik yapısı" vb. etkenlerin daha önemli olduğu yönünde yorumlar ağırlık kazanmaktadır (Rasmussen ve Brems, 1996), (Sadowski, 1979). Ortak yaşam şartları gibi kategorilerde yer alma ve genel değişkenlerin mi yoksa daha çok bireye odaklı, kişiye özgü konular üzerinde odaklaşma görüşünün mü destekleneceği araştırılmıştır.

ı. Araştırma araçlarını sorgulamak

ÖKAYÖ ve ÖKÖ gibi ölüm kaygısının derecesini ölçen ölçeklerin etkinliği de denenmiştir.

Genel Bilgiler bölümünde verilen bilgi, bulgu, görüş ve yorumlar da dikkate alınarak şu hipotezler kurulmuştur:

1.2 TEMEL HİPOTEZLER

1.2.1 Ölümcül Hastayla Çalışan Hekimlerin (ÖHÇH) Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) ve Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ) değerleri kontrol gurubuna göre anlamlı düşük çıkacaktır.

1.2.2 ÖHÇH gurubunun, kontrol gurubuna göre iç kontrol odaklılık özelliği anlamlı kuvvetli bulunacaktır.

1.2.3 Ölüm kaygısı düşük hekimler daha iç kontrol odaklı kişilerdir.

1.3 DİĞER HİPOTEZLER

1.3.1 ÖHÇH topluluğunun meslekte geçirdikleri süre arttıkça ÖKAYÖ ve ÖKÖ değerleri düşecektir.

1.3.2 ÖKAYÖ ve ÖKÖ kadınlarda daha yüksek çıkacaktır.

1.3.3 ÖKAYÖ ve ÖKÖ dini açıdan biraz inananlarda, çok inanan ve hiç inanmayanlara göre yüksek olacaktır.

1.3.4 ÖKAYÖ ve ÖKÖ inançlarını yaşayan kişilerde daha düşük çıkacaktır.

1.3.5 ÖKAYÖ ve ÖKÖ Allah'ı affedici olarak algılayan inançlılarda daha düşük değerlerde olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 ÖLÜM, İNKAR, HEKİMLİK

İnsanların ölümü karşılama konusunda önceki dönemlerle son yüz yıllık uygulamaları arasındaki en önemli farklardan birinin, geride kalan yüzyıllarda ölümlerin pek çoğunun evde olması, 20 ve 21. yüzyıllarda ise ölüm anının teknolojik donanımlı hastanelere devredilmesi olduğunun altı çizilmektedir (DeSpelder ve Strickland, 2002).

Bu durumda hekimler, özellikle de yoğun bakım sağlık ekibi bir çeşit "ölüm anı taşeronluğu" işini üstlenmişlerdir. Bu durum genel nüfusun ölümü dışlaması (inkar) ile sonuçlanırken hekimlerin ölüm anına maruz kalma durumlarını iyice artırmıştır. Conwell (1998), bu durumu yüksek teknolojik cihazlarla başka birinin ölüm süreci üzerinde otonomi ve kontrolü elinde tutma narsistik kültürünün bir parçası olarak yorumlayıp, eleştirmektedir.

Yoğun Bakım Ünitesi hastanın tanımadığı kişiler arasında yalnız kalmasıdır. Hastanın son ana kadar terk edilmeyeceği ümidinin tükenmesidir. Aslında hasta iyi niyetli profesyonellere terkedilmiştir bile. Nuland, Fransız sosyal tarihçisi Philippe Aries'in bu modern fenomeni "Görünmez Ölüm" olarak adlandırdığını yazmıştır. Ölüm kirli ve çirkindir. Hekimler, özellikle de yoğun bakımçıları insanların kendi yakınlarının kirli ve çirkin anlarından kaçtıkları bir devirde hiç tanımadıklarının varoluş sorumluluklarını üstlenen bir gruptur. Ölümün profesyonellere devredilmesi 1930'larda başlayıp gün geçtikçe etkisini artırmıştır. Bugün Amerika'daki ölümlerin %80-%85'i hastanelerde gerçekleşmektedir (Nuland, 1994), (Kvale ve ark., 1999).

Ölümü inkar mekanizmasının, tıpta son yıllardaki yaşlanma karşıtı ve estetik cerrahi uygulamaları ile yaşama yansıdığı öne sürülmektedir. Kozmetik ürün uygulamalarıyla cenaze törenlerinde cesede uyuyor izlenimi verme ya da mumyalama ölümü dışlama davranışdır. Bugün Amerika'da çok az kişi herhangi bir kimyasal uygulamaya maruz kalmadan yaşlanmakta, ölmekte ve/veya gömülmektedir (Johnson ve McGee, 2004). Bu açıdan, tıbbi estetik alanında çalışan hekimler, ölüm riskli hastayla uğraşmıyor olsalar bile, ölümü inkar çabasına hizmet ederek yine de bir şekilde ölüme karşı mücadele etmektedirler.

Kanserli hastalarla çalışmış ünlü psikiyatrist Elizabeth Kübler Ross, Amerikan toplumunu modernleşme, laikleşme ve şehirleşme sonucunda "ölümü inkar eden toplum" olarak tanımlamıştır. Kübler-Ross, bilimde ilerledikçe ölümün gerçekliğinin daha fazla yadsındığına dikkat çekmektedir. Çocukların ölmekte olan ebeveynlerinden kaçırıldığını, ambulanslar, makineler, kanlar, serumlar, hastanın itirazlarına rağmen son anda bile yapılan trakeostomiler (soluk borusuna ön duvarından delik açma), hasta tüm bunlara itiraz hakkını kullanmak isterse yatıştırıcı verilmesi vb. ile gittikçe kişiliksizleşen, mekanik bir ölüm sürecine dikkat çekmekte ve sormaktadır : "Tüm bunlar ölüme yaklaşan hastanın bizde uyandırdığı kaygıları bastırma yöntemlerimiz, ölümü ümitsizce yadsıma çabamız olmasın?" demektedir. Amerika'da bazı kişilerin, öldükten sonra bedenlerinin düşük ısı odalarda dondurulup bilimin onları çözüp yeniden yaşama döndürebileceği seviyeye ulaşacağı günü beklemek üzere çok yüksek meblağlar ödedikleri şirketler vardır. Bunlar bazı kişilerin ölümle bir gerçek olarak yüzleşmekten kaçınmak için başvurdukları inkarın inanılmaz derecelerini göstermektedir (Kübler-Ross, 1969, 1997).

Kronik bir hastalık süreci, ölüme en yakın olunan an, ölümü inkar çabası vb. hekimler ölüm sürecinin içinde bir şekilde en fazla bulunan meslek grubudur. Bu

özellikleri onları ölüm kaygısını anlamaya yönelik çalışmamızın merkezine koymaktadır.

2.2 ÖLÜM KAYGISINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Literatürde ölüm kaygısıyla ilişkili olduğu düşünüldüğü için çeşitli araştırmalarda sorgulanan sosyo demografik değişkenler şunlardır: Yaş, eğitim, zeka, sosyoekonomik durum, dindarlık, bir yakınının ölümü deneyimini yaşamış olmak özellikle de yakın zamanda, kişinin süregelen, ağır bir hastalık vb. sebeplerle kişisel olarak ölüme yakınlığı, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma/olmama, çocuk varsa sayısı (Feifel ve Branscomb, 1979).

Bu tezde de ölüm kaygısıyla ilişkisi olabileceği düşünülerek aşağıdaki değişkenler sorgulanmak üzere Genel Bilgi Formu'na alınmışlardır:

Yaş: İnsanın hayatı boyunca, yaşla birlikte geçtiği psikolojik gelişim evrelerinin farklı ruhsal krizler içermesi, ayrıca yaşlı ve genç doktorların aldıkları tıp eğitiminin zaman içinde değişikliklere uğraması sebebiyle yaşın fark oluşturabileceği düşünülmüştür.

Cinsiyet: Literatürde en çok çalışılan ve ölüm kaygısıyla en ilişkisi bulunan değişken cinsiyettir.

Medeni Durum: Daha düzenli bir hayat, stresli olaylar karşısında aile gibi bir psiko-sosyal destek mekanizmasının varlığı açısından evliliğin olumlu etkisi olabileceği düşünülmüştür. Önemli olan etkenin evlilik kurumundan öte sevgi dolu bir destek ortamı olduğu düşünülerek seçenekler evlilik harici hayat arkadaşlıkları da dikkate alınarak düzenlenmiştir.

Çocuğun Varlığı/Sayısı: Feifel ve Branscomb'un (1979) işaret ettikleri bir diğer etken olarak çocuğun varlığı ve sayısı da değerlendirmeye alınmıştır. Çocuk kişinin genlerinin devamı olduğu için bir anlamda biyolojik ölümsüzlük olarak düşünülebilir ve bilinçaltında ölüm kaygısına karşı çocuk sahibi olmak rahatlatıcı bir etken olabilir diye düşünülmüştür. Ayrıca, ölüm öncesi yaşanan süreçte, yani ihtiyarlık ve hastalık sürecinde, ölüm anında evladın varlığı bir güvence, son ana kadar kişiyi terk etmeyecek birinin kuvvetli ihtimali olarak görülebilir ve bunun kaygı azaltıcı etkisi olabilir. Çocuk ne kadar çoksa bu güvenceyi sağlayabilecek kişi olasılığı da o oranda arttığından çocuk sayısı da dikkate alınmıştır.

Çocuğun Cinsiyeti: Özellikle doğu toplumlarında erkek çocuk cinsiyetinin kültürel olarak önemsendiği bilinmektedir. Biyolojik anlamda neslin devamının ana kaynağı erkek olarak görüldüğünden soyun sürmesi yoluyla varolmaya devam etme duygusunu verme açısından erkek çocuğa sahip olmanın etkisi sorgulanmıştır.

Çalışılan Kurum Olanakları: Tıbbın ilerlemesi ile gittikçe daha fazla cihaz işin içine girdi. MR, Bilgisayarlı Tomografi, diğer radyolojik araştırma ve tanı olanaklarının gelişmesi, robotik cerrahi ile parmakların uzanamadığı yerlere ulaşabilme, anjio ve diğer girişimsel (invaziv) yöntemleri sağlayan cihazlar geliştirildi. Tüm bu donanımlar, yeterli ilaç stoğu, acil ve yoğun bakım ünitesinin kalitesi, mümkün olan en fazla alt dal açılımları, bu alanların uzmanları, birden fazla ameliyathane sayısı vb. olanaklar çalışılan kuruma göre değişmektedir. Sağlık ocağı hekimine göre, zor durumlarda gerekli ilaç, cihaz, malzeme ve sorumluluğu paylaşabileceği diğer uzman meslektaşlara sahip geniş olanaklı hastanelerdeki hekimlerin kendilerini ölüme karşı mücadelelerinde daha yeterli ve destek içinde hissetmeleri olasıdır. Bu durumun hekimin kontrolü elinde

tuttuğu/tutabileceği inancını artırabileceği ve kontrolü elinde hissetmenin de kaygıyı azaltıcı etkisi olabileceği düşünülmüştür.

Ekonomik Düzey: Maddi sorunların genel kaygı düzeyini artırabilecek bir etken olduğu düşünülmüştür. Genel kaygı düzeyi ölüm kaygısını artırmaktadır. Ayrıca, para en temel anlamda insanın beslenme ve barınma ihtiyacını karşıladığından ihtiyaçlar hiyerarşisinin ilk iki basamağı olarak önemlidir.

Akademik Unvan: Unvan sahibi olmak toplum tarafından onaylanan ve takdir gören bir başarıdır. Varoluşçu açıdan kişinin kendini gerçekleştirme ve başarının kişinin benlik algısını olumlu etkilemesi sebebiyle akademik unvan ölüm kaygısı açısından bir etken olarak ele alınmıştır.

Ölümcül Hastası Olması: Ölümcül hastanın birincil sorumluluğunu üstlenmek hekimin ölüm gerçeği ile her gün yüzleşmesine ve başkasının varoluş sorumluluğunu hissetmesine sebep olmaktadır. Tezin ana amacı ölümlerle yüzleşmenin ölüm kaygısı üzerindeki etkisini araştırmak olduğu için bu etkenin de ele alınması gerektiği düşünülmüştür.

Ölümcül hastanın doktor olması ilgilenen hekim için ilave bir yük getirmekte ve hekimler buna aşırı veya az üstlenme tepkileriyle karşılık vermektedirler (Fromme,2003). Hekim hasta için çevrenin ve süreçlerin tanıdık olması, bilgi sahibi olması, hasta ve meslek rollerinin birbirine karışmasına, hasta olarak doktor rolüyle hekimine karışmasına yol açabilmektedir. Ayrıca sıradan bir hastanın hekimin uygulamalarının doğruluğunu sorgulama şansı yokken hekim hastayla karşı karşıya olan doktorun başarı baskısı hissetmesi de mümkündür. Bu durumlar hekim hastaya bakan hekim için stres artırıcı, kaygı uyandırıcı etkenler olabilir. Hekimlerin belki de kendi ölüm endişelerine karşı kontrolü ellerinde hissetme bilinçdışı motivasyonu ile hekimliği meslek olarak seçmiş

olabilecekleri düşünülürse, kendisinden deneyimli ve/veya bilgili bir hekimi, belki de hocasını hastalık ve ölüm karşısında güçsüz görmek ve gidişatı değiştirememek hekimin bireysel psikolojisini normal bir hastayla karşı karşıya olmasından daha fazla etkileyebilir.

Ölüm Anı Tanıklığı Sayısı: Bir yıl içinde tanık olunan ölüm anı sayısı kişinin en önemli ölüme maruz kalma yaşantısıdır. Dolayısıyla bu soru, Genel Bilgi Formu'nun en temel ve araştırma gruplamalarını etkileyen sorusudur.

Ciddi Ölüm Tehlikesi Atlatmak: Kişinin rolünün ötesinde birey olarak ölümle yüzleşme deneyiminin var olup olmasının sorgulanması gereken bir diğer önemli değişken olduğu düşünülmüştür.

Birinci Derece Yakın Kaybı: Yine birey yönüyle kişinin en yakınları üzerinden ölümle yüzleşmesi deneyiminin kıymetli bilgi sağlayabileceği düşünülerek araştırmaya katılmıştır.

Bireyin Ciddi Sağlık Sorunu: Gerçek, kişisel bir ölüm tehdidinin ölüm kaygısı düzeyine etkisinin dikkate alınması gerektiği düşünülmüştür.

Birinci Derece Yakın Ölüm Riski: Yine en yakını üzerinden ölümle kişisel yüzleşme etkeni olarak önemli olduğu düşünülmüştür.

Aile bireylerinden her birinin ölümcül hastalığı zor bir deneyimdir, ancak Cimete (2002) özellikle ailenin kadınlarının ciddi hastalığı durumunda, erkeklerin kadınların üstlendikleri sorumlulukların çoğunluğuna aşına olmadıkları için daha fazla kaygı gösterdiklerini öne sürmüştür.

Ameliyat: Tıp fakültesi öğrencileri üzerindeki araştırmada anlamlı bir değişken olarak bulunmamış olsa da eldeki veriyi güçlendirmek adına bir kez

daha araştırmaya dahil edilmiştir. Ameliyat, kişinin kendi istemi dışında uyutulup tekrar uyandırılması işlemi olduğu ve k¼¼k olsa da uyanamama olasılığını barındırdığı için ¼l¼m benzeri deneyim olarak d¼ř¼n¼l¼p sorgulanmıştır.

¼l¼m Sonrası Hayat İnancı ve Uygulaması : ¼l¼m kaygısının ¼l¼mden sonraki hayat inancıyla etkileşimi en fazla araştırılan konular arasındadır. ¼l¼mle varoluşun sonlanmadığına inanmanın ¼l¼m kaygısını azaltıcı etkisi olabilir mi? ¼l¼m kaygısı ile dini inanışın etkileşimini yordamak için kişinin sadece inançlı olup olmaması değil, Allah'ı affedici veya cezalandırıcı (intrinsic / exclusivist) ¼zelliđi açısından nasıl algıladığının sorulmasının da ¼nemli açılım sağlayabileceği g¼z ¼n¼ne alınmalıdır. Zira ¼l¼mden sonra sonsuz acıyla cezalandırarak bir g¼ce inanmak ¼l¼m kaygısını azaltmak bir yana belki de artırabilir.

Johnson ve McGee (2004) dışlayıcı, cezalandırıcı (exclusivist) dini inancı ve dahil eden, affedici dini inancı şu şekilde tarif etmişlerdir:

Cezalandırıcı : Çok az sayıda insanın (¼stelik sadece kişinin kendi inandığı dinden olanlardan, M¼sl¼man ise az sayıda M¼sl¼man, Hıristiyan ise sadece az sayıda Hıristiyan gibi) cennete, çoğunluğun cehenneme gideceği inancı

Affedici : G¼nahları olsa da sonunda pek çok insanın korunup, bağışlanacağı ve cennete kabul edileceğine dair inanç

Literat¼rdeki dindarlık-¼l¼m kaygısı ilişkisi açısından tartışmalı ve çatışmalı sonuçlar ve g¼r¼řlerin karmaşasını belki de bu yaklaşım ozebilir. Kuralcılıktan ¼te, affedici y¼n¼yle içselleştirilmiş dini inancın ¼l¼m kaygısını azalttığı y¼nde araştırma sonucu ve yorum bildirenler vardır (Thorson ve Powell, 1990), (Clements, 1998), (Hamama-Raz ve ark., 2000). Bu sebepten, Ertufan'ın 2000 yılında uyguladığı aynı ankette yer almayan, katılımcının affedici/cezalandırıcı algısını ¼đrenmeyi amaçlayan soru bu araştırmada eklenmiştir.

Ayrıca kişilerin doğru olduğuna inandıkları, düşündükleri ile davranışlarının aynı olmaması da mümkün olabilir. Bu düşünce araştırmanın hipotezlerinden ikisini oluşturmuştur :

1.3.3 ÖKAYÖ ve ÖKÖ dini açıdan biraz inananlarda, çok inanan ve hiç inmayanlara göre yüksek olacaktır.

1.3.4 ÖKAYÖ ve ÖKÖ inançlarını yaşayan kişilerde daha düşük çıkacaktır.

Bu öne sürümün dayanağı sosyal psikolojideki tutum değişikliği ile ilgili kuramlara dayanmaktadır. 1960'lardan itibaren en çok araştırmaya yol açan tutum değişimi kuramsal çerçevesi tutarlılıktır. İnsan düşünüş ve davranışının tutarsızlıktan kaçıp tutarlı olmaya yöneldiği söylenmektedir. Birçok kuramcı insan davranışının temelinde tutarlı olma gereksiniminin bulunduğunu varsaymışlardır (Kağıtçbaşı, 1988). Dolayısıyla inancın varlığını ve türünü sormaya ilaveten inancın günlük uygulamaya yansımaları da önemli bir fark oluşturabilir diye düşünülmüştür. Kişinin inançları ve davranışları arasındaki tutarsızlığın kişi için bir iç huzursuzluk kaynağı olabileceği ve bunun da kişinin psikolojisine yansiyebileceği düşüncesiyle ilgili soru Dini İnanışın Boyutları Anketi'ne eklenmiştir.

Yine aynı anket içinde ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği düşünülen "yaşam doyumu düzeyi" seviyesi de sorulmuştur.

İç-Dış Kontrol Odağı : Hekimlerin kompulsif ve mükemmelliyetçi karakteri iyi bilinen, normal ve hekimler için arzulanan özelliklerdir (Fromme,2003). Hekimlerin kontrolü elinde tutma kişilik özelliklerinin ve mesleki uygulamada yaşamı etkileyebilme (doğum, hayata döndürme, yanlış uygulamayla ölüme sebebiyet verme) deneyimlerinin birey üzerinde, özellikle de ölüm kaygısı açısından etkisi olabileceği görüşüyle iç-dış kontrol odağı özellikleri ölçülmüştür.

Kişilik nitelikleri stresi azaltmada önemli etkindir. Kobasa (1979), stresli ortamlarda daha iyi başedebilen dayanıklı kişilerin tanımını yapmıştır. Bu kişilerde bulunan üç nitelik :

- kendini adama
- "hayatı üzerinde kontrol sahibi olma" ve
- mücadeledir

(İyidoğan-Babayiğit, 1996).

Kişinin kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olduğu inancı ve olma çabasının ölüm kaygısı üzerinde önemli olduğunu düşünen araştırmacılardan biri Sosyal Antropolog James Donovan'dır. Donovan(1993), Templer'in Ölüm Kaygısı ölçeğini Portekizce'ye çevirirken Levenson'un İç/Dış Kontrol Odağı ölçeğini kullanmış ve iç kontrol odaklı kişilerin ölümden daha az korktukları sonucuna varmıştır. Donovan (1993), Levenson'un ölçeğinin literatürde daha çok kullanılan, daha çok bilinen Rotter'in iç/dış kontrol odağı ölçeğiyle de ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Tükel ve Gök (1996), "Kontrol Odağının Yaş, Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi" çalışmasının sonucunda psikiyatrik bir patoloji bildirmeyen, çeşitli yaşlardan, rastgele seçilmiş 126 kişide, iç kontrol odağının ileri yaş ile bağıntılı olduğunu bildirmişlerdir. İkinci olarak, panik bozukluk (n: 33) ve major depresif bozukluk (n: 27) gruplarının her ikisi de, psikiyatrik bozukluk bulunmayan kontrol grubundan (n: 33) anlamlı düzeyde daha yüksek kontrol odağı değerleri almışlardır. Panik bozukluk ve major depresif bozukluk olguları birlikte ele alındığında (n: 60), kontrol odağının dışsallık boyutu ile anksiyete ve depresyonun şiddeti arasında pozitif bağıntı olduğu saptanmıştır.

Ertufan'ın (2000), tez çalışmasında Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) ve Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri arasında anlamlı pozitif ilişki tespit edilmiştir.

Bu veriler sonucunda hem ölüm kaygısı ile hem de depresyon ve genel kaygı bozukluğu ile ilişkisi belirlenen kontrol odağının ölüm kaygısı ile de doğrudan ilişkili olup olmadığı merak edilerek araştırmanın bilimsel açıdan daha zengin olması için Rotter'in Kontrol Odağı Ölçeği çalışmaya eklenmiştir.

Türk deneklerle yapılan bu çalışmadan da iç kontrol odaklı olmanın ölüm kaygısını azaltan bir etken olduğu sonucu çıkması durumunda, bu etkenin farklı bir kültürde de aynı sonucu üretmesine dayanarak eldeki veri daha da sağlamlaşmış olacak aksi durumda farklı kültür etkisi tartışmaya açılabilir.

İç kontrol odaklı olmanın, ölüm kaygısını azaltıcı etkisi olduğu varsayımına ilaveten bu özelliğin hekimlerin alan seçimini etkilemiş olabileceği de başka bir varsayım olarak öne sürülmektedir. İç kontrol odaklı hekimlerin ölüme karşı savaştan, müdahale eden, kontrolü elinde tutabileceğine ve ölüme doğru gidişi değiştirebilme olanağı olduğuna inanan kişiler olacağı varsayımıyla bu özelliğe sahip kişilerin daha fazla ölüm riskli hastayla karşılaşan uzmanlık alanlarını seçmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Başarıçıkma Mekanizmaları: Hekimlerde diğer kabiliyetli insanlar gibi becerilerinin onaylandığını görmek istemektedirler. Kanseri gibi çok ciddi hastalıklar veya yaralanma vb. sebeplerle ölüm tehdidi altındaki hastaları onları başarısızlıkla yüz yüze getirdiğinde benlik imajları zedelenmektedir. Bu mesleğin ben merkezci kişileri bu durumla pek de başa çıkamamaktadırlar. Böyle güç ve kontrol kaybı durumlarında ortamdaki uzaklaşma, hastayı vakalaştırma ve çok az

iletişim kurma davranışları gösterebilmekte, bir anlamda hastalarını terk etmektedirler (Nuland, 1994).

Engel, hekimin hastayı, kendi ölümlülüğünü hatırlatan bir tehdit olarak algılamasının sıklıkla hekimin ölmekte olan hastadan uzaklaşması, sakınmasıyla sonuçlandığını ileri sürmüştür (Kvale ve ark., 1999).

Ölümcül hastaya bakan sağlık elemanları hastaların yaşadığı pek çok duygu ve tepkiyi yaşamaktadırlar. İnkâr içinde olan bir sağlık çalışanı hastanın yakında öleceği kesinleşse bile ısrarla tedaviyi sürdürebilmektedir. Bu uygulamalar hastanın acı çekmesine sebep olmaktadır. Kendi ölümlülükleriyle yüzleşemeyen, bu gerçeği kabullenemeyen sağlık elemanları ölümcül hasta ve ailesinden uzaklaşmakta ya da kendi korkularını onlara yansıtmaktadırlar (Cimete, 2002).

54 son dönem bakım hemşiresi üzerindeki araştırmada ağırlı hastayla çalışmanın stres doğurucu olduğu ancak psikiyatrik belirtilerle uğraşmanın fiziksellerden daha yıpratıcı olduğu vurgulanmıştır. Diğer meslektaşlarla konuşmanın stresle mücadelede ana yol olarak kullanıldığı belirtilmiştir (Alexander ve Ritchie, 1990).

Hemşireler ve diğer tıbbi kadroların bu teze dahil edilmemesinin sebebi her ne kadar tıp ekibinin bir parçası da olsalar, hekimlerin hastaya bakım vermenin ötesinde hastanın varoluşunun ana sorumluluğunu üstlenmeleri sebebiyle diğer sağlık personelinde çok farklı olmalarıdır. Nitekim Huengsberg ve arkadaşları (1998), HIV virüslü hastalarla çalışan hemşirelerle hekimlerin mesleki stres kaynaklarının ve karakterlerinin farklı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Normalde hastanın hastalığa verdiği tepkilerden biri "hasta rolünü reddetmektir". Aşırı iyimserlik, tanı ve tedaviden korkma, kişinin kendi zayıflığını

reddetme bunun sebepleridir (Koptagel-İlal, 1991). Normal bir kişinin bile hastalık karşısında kendi zayıflığını kabule direnmesi söz konusuysen tüm ömrünü, eğitimini hastalığa karşı olmaya, ona üstün gelmeye adanmış hekimlerin kendileri hasta olduklarında, birey olarak ölümü düşündüklerinde ya da ölümle ilgili yaşam deneyimleri geçirdiklerinde kendi zayıflıklarını reddetmeleri şaşırtıcı değildir.

Bu görüşlerden yola çıkarak bastırma, hastayı vakalaştırma, hastayla çok az iletişim kurma, mantığa büründürme, ilaç kullanımı, kızgınlık, meslektaş ve/veya sosyal çevre ile konuşup paylaşma, mizah, dine yönelme, içki kullanımı ve diğer seçeneklerinden oluşan başa çıkma yollarından öncelikli olarak hangisiyle kendilerini korudukları hekimlere sorulmuştur. Bu değişkenin de ölüm kaygısı ile diğerleri kadar ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Kullanılan İlaçlar ve Ruhsal Hastalık: Bu başlıklar tıbbi tedavi gerektirecek kadar ağır ruhsal sıkıntıları belirlemek üzere araştırmanın dışlama ölçütü olarak alınmıştır.

2.3 ÖLÜM KAYGISI ve ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERLE YAPILAN LİTERATÜRDEKİ ARAŞTIRMALAR

2.3.1 TÜRKİYE'DEKİ ARAŞTIRMALAR

Türkiye'de hekimlerin ölüm kaygısına odaklı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu alandaki en benzer çalışma Ertufan'ın (2000) hekimler üzerine olmasa da tıp öğrencilerinin ölüm kaygısı üzerine yaptığı yüksek lisans tezidir.

1990'dan bu yana ülkemizde düzenlenen KLP ve Psiko-onkoloji alanındaki sempozyum ve kongre programlarının ve konuşmalarının derlendiği yayın

incelendiğinde, tıp ekibi psikolojisi hakkında bir tek panel göze çarpmaktadır: "Genel Hastane Uygulamasında Bakımın Psikososyal Boyutu ve Tedavi Ekibinde Tükenmişlik" bu çalışmada da sadece hemşire grubu ele alınmıştır (Özkan, 2005).

Az sayıda olsa da hekim psikolojisi üzerine araştırma bulunmaktadır: Sağlık personeli üzerinde Türkiye'de yapılan bazı araştırmalarda hemşireler ile özellikle yoğun çalışan genç ve bekar hekimlerin diğer sağlık personeline kıyasla daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirtilmiştir (Ergin, 1996).

Tıp alanındaki çalışmalar onkolojide çalışmanın özellikle stres kaynağı olmadığını ancak çalışma süresinin önem taşıdığını, genç doktorların yaşlılardan daha fazla güçlüklerle karşılaştığını göstermektedir (İyidoğan -Babayiğit,1996).

İyidoğan-Babayiğit (1996), onkologların depresyon ve kaygı düzeyleri üzerindeki çalışmasında kontrol grubuna ölümle çok az ya da hiç karşılaşmadıklarını düşündüğü FTR ve Cildiye hekimlerini seçmiştir. Bu araştırmada 27 onkolog deney grubu, 13 Fizik Tedavi Uzmanı ve 14 Dermatolog kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Hekimlere karşılaştıkları zorlukları ve psikolojik gerilimi diğer meslektaşlarıyla paylaşmanın yararı sorulduğunda %74 ü bunun yararlı olduğunu ifade ederken, %15 i bazen, % 11 i ise gereksiz değerlendirmesini yapmıştır. Yine deney grubunun %76 sı hastalarıyla iletişim kurabildiğini düşünürken sadece %3 ü kuramadığını belirtmiştir. Elde edilen bulgulara göre onkologlarda diğer hekimlere göre daha fazla anksiyete ve depresyon görülmemektedir. Çalışma süresi ile tükenmişlik arasında ters ilişki bulunmuştur. İyidoğan-Babayiğit (1996), stresin doğurduğu sonuçlarda kişisel niteliklerin önem taşıdığını belirtmiştir.

Bekar hemşirelerde duyarsızlaşmanın, bekar hekimlerde hem duyarsızlaşmanın hem de tükenmenin diğerlerine kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur. Evlilerin, kişiler arası ilişkiler ve krizlerle başa çıkma deneyimlerinin fazla olmasının problem çözme yeteneklerini geliştirmiş olabileceği yorumu yapılmıştır (İyidoğan-Babayiğit, 1996).

2.3.2 DİĞER KAYNAKLAR

2.3.2.1 Hekimlerle yapılan araştırmalar

New York'ta 40'ı kadın 155 hekim üzerinde yapılan araştırmada kadınlar erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısı bildirmişlerdir. Psikiyatristlerin ölüm kaygısı cerrahlardan yüksek bulunmuştur. İç hastalıkları uzmanları dış kontrol odağına daha eğilimli bulunmuşlardır. Yaşam amacı ile ölüm kaygısı ve dış kontrol odağı arasında da ters orantılı ilişki sonucu elde edilmiştir (Viswanathan, 1996).

New Jersey de 99 onkoloğun katıldığı araştırmada onkologlar genel hekim ortalamasından daha düşük ölüm kaygısı derecesi bildirmişlerdir. Düşük kaygılı onkologların yüksek kaygılı olanlara göre hastalarıyla daha etkili ilişki kurdukları belirtilmektedir. Ölmekte olan hastaya kısa süreli maruz kalmalarda sıkıntı yaşanmazken uzun süreli tekrarlayan yüzleşmeler rahatsızlık yaratmaktadır (Cochrane ve ark., 1990).

Onkoloji, dahiliye, cerrahi, psikiyatri, ve pediatri alanlarından, yaşları 32-50 arasında değişen 233 hekimle İsrail'de yapılan çalışmada, sonuçlara göre hekimlerin ölüm korkusu seviyesi uzmanlık alanına göre farklılık göstermemektedir. Ölüme kişisel olarak daha fazla maruz kalanların kendi ölümlerine dair korkuları daha düşük bulunmuştur. Hassas (sensitive) yapıdakilerin sert mizaçlılara göre (repressive) daha çok ölüm korkusu

duydukları bildirilmiştir. Mesleki deneyimi fazla olan (nispeten yaşça büyük), dini kuralları harfi harfine uygulamayan ama dindar olan kişilerin, ve sağlık durumu iyi olanların ölüm kaygısı düzeylerinin düşük olduğu ifade edilmiştir (Hamama ve ark., 2000).

İngiltere’de 178 klinik öncesi tıp öğrencisi ile 171 sosyal bilimler lisans öğrencisinin ölüm korkularının karşılaştırıldığı araştırmada anlamlı fark bulunmamıştır. Tıp öğrencileri de tıpkı öbür öğrenciler gibi en çok “önemli diğerlerinin” ölüm korkusunu taşıdıklarını bildirmişlerdir. “Kendi ölüm anı” korkusu onu takip etmektedir. En düşük seviyede ise kendi ölümlerinin korkusunu taşımaktadırlar. Literatür bulgusuna uygun şekilde burada da kadınların ölüm kaygısı erkeklerden yüksek bulunmuştur. Küçük ama yine de anlamlı bir ilişki de ölüm kaygısı ve kişilik arasındadır. Yüksek ölüm korkulu tıp öğrencilerinin daha nörotik ve daha az savunmacı oldukları, diğerlerinin ölümünden korkanların da daha dışa dönük ve daha az psikotik oldukları bildirilmiştir (Howells ve Field, 1982).

Amerika’daki bir başka araştırmada da tıptan mezun olan 212 kişinin genel nüfustan 599 kişi ile karşılaştırıldığı araştırmada, yeni tıp mezunlarının ölüm kaygısı anlamlı düşük bulunmuştur (Thorson ve Powell, 1991).

Doğrudan hekimlerin ölüm kaygısı üzerine olmasa da hekim psikolojisi ile ilişkili bazı araştırmalarda şöyledir :

53 hekimin kişilik özellikleriyle laboratuvar talepleri arasındaki ilişkinin araştırılması sonucunda içedönüklerin dışa dönüklere; sezgisel, hissi olanların (intuitive) akıl ve muhakemeye davrananlara (sensors) göre daha fazla ölçüm talebinde buldukları sonucu elde edilmiştir (Ornstein ve ark., 1988).

190 tıp öğrencisi üzerinde yapılan araştırma kişilik yapısının uzmanlık alanı seçiminde etkili olduğu hipotezine dayandırılmıştır. Kişilik yapısındaki sosyal olan-sosyal olmayan, yakınlığa karşı uzaklık ayrımının, insan merkezli – teknik merkezli alan ayrımına göre eşleşebileceği öne sürülmüştür. İnsan odaklı branşların kişiler arası yakınlık isteyen, yardımsever ve insanlarla rahat ilişki kuran kişilerce, teknik odaklı alanların ise kendini göstermek isteyen, kendine yardım eden (benmerkezci), ve insanlarla kolay anlaşamayan kişilerce seçildiği düşünülmüştür. Araştırmacılar, kişiliğin meslek (uzmanlık) seçiminde etkili olduğu yönünde sonuç bildirmişlerdir (Yufit ve ark., 1969).

Hekimlerin kişiliği üzerine bir başka araştırma, cerrahlar üzerine yapılmıştır. Los Angeles'ta 17 cerrah ve 44 diğer hekim üzerinde uygulanan kişilik sınaama sonuçlarına göre cerrahlar ve diğer uzman hekimler arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak 10 cerrah, 10 anesteziist ve 10 psikiyatristle yapılan görüşmeler, kişilik testi sonuçlarıyla hekimlerin genel görüşü arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Pek çok cerrah ve anesteziist kişilik testi sonuçlarının aksine, cerrahların farklı kişilik yapısı olduğu görüşünü bildirmişlerdir (Coombs ve ark. 1993).

Amerika'da iki akademik eğitim hastanesinde çalışan 188 doktor üzerinde yapılan araştırmada kadınların erkeklerden, bir hastaya daha uzun süre bakım verenlerin kısa süre bakanlardan, daha fazla duygusal tepki verdikleri; internlerin de çalışmakta olan doktorlardan daha fazla duygusal desteğe ihtiyaç duydukları raporlanmıştır. Tıp ekiplerinin bölüm içinde kısa da olsa bilgi ve duygu paylaşımları hastaların ölümlerinin olumsuz etkilerine karşı hekimlere fayda sağlayabilir yorumu yapılmıştır (Redinbaugh ve ark., 2003).

Hekimlerde stres yansıması olarak depresyon ve intihar, alkolizm, ilaç bağımlılığı, evlilik sorunları saptanmış ve güvendikleri bir meslektaştan yardım

almalarının faydalı olabileceği önerisinde bulunulmuştur (Belfer, 1989), (Vaillant ve ark., 1972).

260'dan fazla acil kalp masajı yapmış 20 hekimin tepkileri incelenmiştir. Genç doktorların acil müdahale sırasında daha fazla aktif davranarak, hastanın ölmekte olduğu gerçeğine karşı duygusal inkar içinde oldukları görülmüştür. Daha deneyimli hekimlerin daha az inkar içinde oldukları değerlendirilmiştir. Genç, az deneyimliler ve yakın zamanda hasta kaybetmişlerin destek ihtiyacında oldukları, ekip süpervizyonu ve özellikle hasta kaybı sonrası vaka üzerinde konuşmanın faydalı olabileceği önerilmiştir (Meyer ve Balck, 2002).

Ölümcül hastalarla çalışan hekimler ve başa çıkma mekanizmalarıyla ilgili bir araştırmada 20 hekimle görüşmeler yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış, her biri bir saat süren görüşmelere dayanarak daha deneyimsiz hekimlerin ölümcül hastayla çalışmaktan daha fazla rahatsızlık duydukları belirlenmiştir ki bu bulgu literatürle örtüşmektedir. Hekimlerin ilaç kullanımı, hastayı vakalaştırma (dehumanizing), hastaya yönelen öfke, mizah kullanımı, inkar, diğerleriyle konuşma, uyuşukluk hali, iletişimde açık olmayan ima etme denebilecek kalıplar, deyimler, ifadeler kullanma yöntemleri ana başa çıkma mekanizmaları olarak öne çıkmıştır. Bunların bazıları bu tezde genel bilgi anketinde kullanılmıştır. Diğer meslektaşlarla, arkadaşlarla, aileyle konuşup paylaşmak, deneyimli birinden koçluk almak, ölüm ve ölmek üzerine bireysel ve/veya grup çalışmalarına katılmak, gevşeme egzersizleri gibi olumlu başa çıkma mekanizmaları denenebileceği; ancak ölüm üzerine konuşmanın göz ardı edildiği, bireysel başarısızlığın, duygu paylaşımının pek de onaylanmadığı tıp kültürü içinde bunların işe yarayabilmesi için öncelikle ölümden bahsetme becerileri eğitimi alınması gerektiğinin altı çizilmiştir. Hekimlerin huzursuzluklarının altında yatan ana sebep ölmekte olan hasta ve hasta yakınıyla nasıl çalışacaklarını bilmemekten kaynaklanmaktadır. Hastaların duygularını bir kenara bırakıp

sadece fiziksel belirtilerine odaklanan tıp modeli içinde, hekimlerin de duygu durumlarının önemsenmesi zorlaşmaktadır (Schulman-Green, 2003).

İngiltere’de tıp öğrencileri üzerinde boylamsal bir araştırmada hastaların ölümüne karşı ana başaıkma mekanizmasının cinsiyete göre farklı olduğu görülmüştür. Erkeklerde mantığa büründürme yoluyla pasif kabullenme, kadınlarda ise hastayı duygusal ve klinik açıdan desteklemenin temel başaıkma mekanizmaları olduğu bildirilmiştir (Firth-Cozens ve Field, 1991).

Ölümlle kadavra yoluyla yüzleşmenin tıp öğrencileri üzerindeki etkisiyle ilgili bir araştırmada Yeni Zelanda’daki tıp 1. sınıf öğrencilerinin kadavra kesimine kadavra görmeden önce, 3 hafta sonrası ve 3 ay sonrası tepkileri değerlendirilmiştir. Erkeklerin tepkilerinin kadınlardan daha hızlı şekilde azaldığı ve her iki cins içinde genelde zaman geçtikçe tıp öğrencilerinin bu gerçeğe karşı başaıkma mekanizmalarını hızla geliştirdikleri bildirilmiştir (Charlton ve ark., 1994).

Hekimlerin bireysel ölüm kaygılarının mesleki uygulamalarına yansiyebileceğine dair hipotezi sınamak için 34-87 yaş arasında 24 hastane hekimiyle yapılan araştırmada yüksek ölüm kaygılı hekimlerin hastalarının, orta ve düşük kaygılı hekimlerinkine göre, ölümlerinden önce ortalama 5 gün daha fazla hastanede kaldıkları belirlenmiştir. Yüksek kaygılı hekimlerin, hastalarının ölümünün yaklaştığını kabullenmekte zorlandıkları ve bu yüzden onları daha fazla hayatta tutmaya çalıştıkları yorumu yapılmıştır (Schulz ve Aderman, 1978).

Kanada’da 92 hekimin ölümden sonra hayat inançları ile bu hekimlerin son dönemdeki hastalarını hayatta tutmaya yönelik tedaviye devam etme/vazgeçme kararları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu iki değişken arasında

anlamalı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, tedaviden vazgeçme taraftarı olan hekimlerin ölümü daha olumsuz gördükleri saptanmıştır (Degner, 1974).

Teksas, Missouri ve Maine bölgesinde 157 aile hekimiyle yapılan araştırmada, 30 yaş altı genç aile hekimlerinin belirsizlikle başa çıkma güçlerinin daha düşük olduğu ve bu grubun ölmekte olan hastaya karşı daha olumsuz tutum içinde oldukları sonucu elde edilmiştir. Kadınlar erkeklerden daha fazla ölüm kaygısı yansıtmışlardır. Kadın cinsiyeti, empati ve ölüm kaygısı arasında pozitif bağlantı bulunmuştur. Ayrıca, ölüm kaygısı yüksek olanların ölüm tutumlarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Ancak kadınların ölüm kaygısı yüksek diye ölümcül hastaya karşı daha olumsuz tutum içinde olacakları çıkarımının yapılamayacağı, çünkü kadınların aynı zamanda empati özelliğinin kuvvetli olduğu öne sürülmüştür. İçeriği ölüm ve ölmek üzerine olan bir dersin, hekimlerin bireysel ölüm kaygılarını azaltmada, böylece ölmekte olan hastalarına karşı olumsuz tutumlarını iyileştirmelerinde faydası olabileceği öne sürülmüştür (Kvale ve ark., 1999). Bu çalışmanın sadece aile hekimleri ve nispeten genç nüfus üzerinde olmasından ötürü tüm hekimlere genellenmesinin kısıtlılıkları bulunmaktadır.

Modelden öğrenmenin bir başka yöntem olabileceği önerisinde de bulunulmuştur. Bir tarama çalışmasında 3. yıl tıp öğrencilerinin %44'ünün deneyimli bir hekimin ölmekte olan bir hastayla görüşmesine hiç tanık olmadığı, %35'inin ise bu konu hakkında uzman bir hekimle konuşma dahi yapmadığı saptanmıştır (Kvale ve ark., 1999).

Finlandiyalı hekimler üzerinde posta yoluyla uygulanan araştırmaya 300 cerrah, 300 dahiliyeci, 500 pratisyen ve 82 onkolog katılmıştır. Bu araştırmaya göre, hekim genç, kadın, bekar, dahiliyeci, ve kendi ailesinde ciddi hastalık yaşamamış birisiyse; 50 yaş üstü, erkek, evli, onkolog ve kendi ailesinde

ölümcül hasta deneyimi yaşayanlara nazaran son dönem hasta için daha fazla aktif tedavi eğiliminde bulunmuştur (Hinkka ve ark., 2002).

Meyer ve Balck (2002), hekimin ölmekte olduğu kesin olan hasta üzerindeki fazla aktif tutumunu, hekimin ölümü yadsıma çabası olarak yorumlamışlardır.

2.3.2.2 Hekim olmayan örneklem gruplarıyla araştırmalar:

Korkuya karşı temel savunmalardan biri kaçınmadır. Ölüm kaygısı ile ilişkisine bakıldığında Amerika'da 103 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada ölüm kaygısı ölçeği değerleri daha yüksek olanların rutin doktor muayenelerine daha seyrek gittikleri böylece olası tanılarla yüzleşmekten kaçındıkları saptanmıştır (Knight ve Efenbein, 1996).

Hekimler gibi ölümlle sık yüzleşen meslek mensuplarının ölüm kaygısı üzerine bir araştırmada, 43 itfaiyeci, 56 polis örneklem grubu olarak, 50 işletme öğrencisi ve 50 fakülte çalışanı da kontrol grubu olarak seçilmişlerdir. Her iki gruba da ölüm korkusu ölçeği uygulanmıştır. İtfaiyeci ve polislerin diğer gruplardan anlamlı yüksek ölüm korkusu tespit edilmiştir (Hunt, Lester, Ashton, 1983).

Ölüm gerçeğine maruz kalmanın etkisini araştırmak maksadıyla 60 cenaze görevlisi ile 136 diğer meslek grubundan erkeklerin ölüm kaygısı karşılaştırılmıştır. Cenaze ve defin hizmetlerinden sorumlu kişilerin ölüm kaygıları kontrol grubundan çok daha yüksek çıkmıştır. Bu durum araştırmacılar tarafından, bu kişilerin meslekleri gereği ölüm gerçeğine sürekli maruz kalmalarının bir sonucu olarak yorumlanmıştır (Thorson ve Powell, 1996).

Literatürde daha önceki bir çalışmada, tam tersi yönde sonuç bildirilmiştir. Kaliforniya'da 130 psikiyatrist, 57 psikolog, 31 intihar uzmanı, 28 cenaze işleri

görevlisinin ölüm kaygısının karşılaştırıldığı araştırmada en düşük ölüm kaygısı cenaze görevlilerinininki çıkmıştır. Bu kişilerin zaten ölüm kaygısı düşük olduğu için bu mesleği seçebildikleri yorumu yapılmıştır. Psikiyatristler arasında intihar oranının yüksek olması sebebiyle en yüksek ölüm kaygısının onlarda olacağı hipotezi cenaze görevlilerinden sonraki en düşük kaygı seviyesinin psikiyatristlerde bulunmasıyla geçersiz çıkmış, en yüksek kaygılı grup psikologlar olmuştur (Pepitone, 1981).

Gibbs ve Lawlis (1978), son dönem kanser hastaları ve ölümcül hastalığı olmayanları karşılaştırdıkları araştırmalarının sonucunda, kanserli gruptakilerin ölüm kaygılarının artmadığını hatta ölçek değerlerinin düştüğünü bildirmişlerdir. Benzer şekilde Dougherty, Templer ve Brown (1986), son dönem kanser hastalarında normal hastalardan daha düşük ölüm kaygısı düzeyi saptamışlardır.

Blakey 1975'te, Lucas 1974'te böbrek diyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda normal gruba kıyasla ölüm kaygısı düzeyine ilişkin bir fark bulamamışlardır. Diyaliz hastalarının ölüm kaygısı düzeyi sağlıklı kişilerle aynı bulunmuştur (Hintze ve ark. 1993). Ancak HIV virüsü bulaşmış erkeklerin sağlık durumu kötüleşmiş olanlarının normallere göre ölüm kaygısı düzeyleri anlamlı yüksek bulunmuştur (Hintze ve ark., 1993).

Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin (Templer's Death Anxiety Scale-DAS) 147 kadın 40 erkek İspanyol üniversite öğrencisine uygulanarak İspanyolca'ya uyarlanması çalışmasında da kadınların ortalaması erkeklere nazaran istatistiki anlamlı yüksek bulunmuştur (Thomas-Sabado ve Gomez-Benito, 2002).

Ölüm kaygısının yaş ve cinsiyetle ilişkisinin araştırıldığı Amerika'daki bir araştırmada 18-87 yaş arasındaki 304 kişiye Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği (Collett-Lester Fear of Death Scale-FODS) uygulanmıştır. Hem erkeklerde hem

de kadınlarda ölüm kaygısı 20'li yaşlar boyunca zirve yapmış ve sonra aniden azalmıştır. Ancak, sadece kadınlarda, ellili yaşlarda ikinci bir zirve daha görülmüştür. İkinci bir araştırma ile ilk bulgular sınanmak istenmiş ve 18-85 yaş arasındaki 113 kadına Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Aynı ilk çalışmadaki gibi ikili zirve dağılımının tekrarlandığı görülmüştür. Her iki cins için neden yirmili yaşlarda ölüm kaygısının zirve yaptığı ve ellili yaşlarda ikinci bir zirvenin neden erkeklerde değil de sadece kadınlarda görüldüğünün anlaşılması için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır (Russac ve ark. 2007).

Galt ve Hayslip (1998), literatürdeki yaşla ilgili bulgulara ters olarak ihtiyarların ölüm kaygısını gençlerden yüksek bildirmişlerdir. 17-25 yaş arası 46 gencin 60 yaş üstü 40 ihtiyarla karşılaştırıldığı ve Templer'in Ölüm Kaygısı ve Collett-Lester'in Ölüm Korkusu ölçeklerinin kullanıldığı çalışmada gençlerin ölüm kaygısı daha düşük bulunmuştur.

Amerika'da gençlikte ya da ihtiyarlıkta dul kalma ile ani ölüm etkeninin dullar üzerindeki etkisi araştırılmıştır. 50 yaşından küçük 225 genç dul ve 51 üstü yaşta 198 yaşlı dul olarak iki gruba ayrılmıştır. Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği uygulanmıştır. "Ölüm anı" korkusunda iki grup arasında fark bulunmamıştır. Kişinin kendi ölümü ve diğerlerinin ölümü etkenlerinde ise genç dullar daha fazla kaygı bildirmişlerdir. Ölümün aniden gelmesi yaşa göre bir etki yapmamıştır (Straub ve Roberts, 2001).

İlk doğanlar ve tek çocukların sonradan doğanlara göre daha yüksek ölüm kaygısı taşıdıkları bildirilmiştir (McDonald ve Carroll, 1981).

Amerika Los Angeles'ta yapılan çalışma, ölüm kaygısı ile farklı tarzlardaki ölüm sonrası beklentiler arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği, Hayat Sonrası İnanç Ölçeği (Osarchuk and Tatz Belief in Afterlife Scale)

ve Hayat Sonrası Beklenti Ölçeği (Afterlife Expectation Scale) uygulanmıştır. Beş farklı beklenti tarzı: ödöl, mahkeme/cezalandırma, ölümden sonra dünyada varoluşa devam etme, gerçeküstü bir ölüm sonrası yaşam, ve yok oluş. Ölüm kaygısı ile bu beş farklı beklenti arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ölümden sonra hayat inancı ile hem ödöl hem de cezalandırma temelli beklentilerin ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ölümden sonra hayatın rahatlık ve mutluluk vaat ettiği için kabullenildiği öne sürümünü desteklememektedir (Rose ve O'Sullivan, 2002).

Templer 267 kişi üzerindeki araştırmasında dini vecibeleri daha sık yerine getiren, ölümden sonraki hayat inancı kesin olan, ve İncil'e harfi harfine riayet eden grubun ölüm kaygısını anlamlı düşük bulmuştur (Templer, 1972).

Yaşları 18-88 arasında değişen 346 denekli bir başka araştırmada Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Affedici Dini Motivasyon Ölçeği uygulanmıştır. Daha yaşlı ve daha affedici dini inanca sahip olanların ölüm kaygısı önemli derecede daha düşük bulunmuştur (Thorson ve Powell, 1990).

65 yaş üstü 45 denek üzerinde yapılan araştırmada da katılanlara Affedici Dini Motivasyon Ölçeği ve iki ölüm korkusu ölçeği uygulanmıştır. Affedici dini motivasyonlu grup anlamlı düşük ölüm kaygısı bildirmiştir. İnancın derecesi ile ölüme yönelik tutumlar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (Clements, 1998).

Amerika'da 134 kadın ve 74 erkek lisans ve yüksek lisans öğrencisi üzerindeki araştırmada din ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunamazken dindarlığın değil ama maneviyatın (spirütüellik) ölüm kaygısını azaltıcı etkisine dikkat çekilmiştir. Özellikle ölümden sonra hayata kesin inanç, üst düzey hayat tatmini, ve hayat amacıyla ölüm kaygısının ters ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Literatürle uyuşan bir veri olarak kadınların ölüm kaygısı erkeklerden anlamlı yüksek bulunmuştur. Bulgulara dayanarak ileriki araştırmalarda din değişkeninin ruhsallık (maneviyat, spiritüellik) olarak değiştirilmesinin daha ışık tutucu olabileceği yorumu yapılmıştır (Rasmussen ve Johnson, 1994).

Kişilik özellikleri ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi sorgulamak amacıyla 75 üniversite öğrencisine 16 PF ve Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Daha yüksek ölüm korkusu olanların duygulardan daha kolay etkilenen, zor güvenen, daha az kendine güvenen, topluma daha az uyumlu, ve daha gergin kişiler oldukları bildirilmiştir (Neufeldt ve Holmes, 1979).

Kaliforniya'da 18-80 yaş arası 196 yetişkinle yapılan araştırmada psikososyal olgunluğun yaşa nazaran ölüm kaygısını daha iyi tahmin eden bir değişken olduğu bulunmuştur. Hem sosyal olgunluk hem de yaş, ölüm kaygısıyla ters ilişkili bulunmuştur; yaş ve sosyal olgunluk artarken ölüm kaygısı azalmıştır (Rasmussen ve Brems, 1996).

Kişilik ile ölüm kaygısı ilişkisinin araştırıldığı çalışmada 161 üniversite öğrencisine uygulanan farklı iki ölüm kaygısı ölçeğinin her ikisinin de "nörotiklik" ve "duygusallık", "saldırganlık" gibi Tip A davranışlarıyla anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda, Tip A davranışları, dışa dönüklük, nörotiklik ve beklenen yaşam stresi değişkenlerinin ölüm kaygısıyla anlamlı bağı bildirilmiştir (Frazier ve Fos-Goodman, 1988).

Kontrol odağı ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışma 164 erkek ve 211 kadın üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Hem erkeler hem de kadınlar için öz-kontrol (self-control) boyutunun, kontrol odağından daha fazla ölüm kaygısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Sadowski ve ark., 1979).

Ciddi fiziksel rahatsızlığı olan 20 erkek hasta ve karısı üzerinde yapılan araştırmada kadınların ölüm kaygısı kocalarınınkinden fazla bulunmuştur. Bulgular, ciddi rahatsızlığın ölüm kaygısını arttıracığı hipotezini desteklememiştir (Lucas, 1974).

Ölüm kaygısına varoluşçu çerçeveden bakan bir araştırmada, Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Hayat Amacı Testi (Life Purpose Test) 60-85 yaş arası 145 kadın katılımcıya uygulanmıştır. Yüksek ölüm kaygılı gruptakiler, zayıf hayat amacı, zamanın hızlıca akışı, zaman kullanımında beceriksizlik ve kaytarmaya/tembelliğe meyilli olma, tutarsızlık hali, ve hayatlarında bir yön eksikliği hissi bildirmişlerdir (Quinn ve Reznikoff, 1985).

Bir diğer araştırmada da, denekler ideal benlik ve benlik dağılması (self-split) şeklinde ikiye ayrılmıştır. Beklendiği gibi benlik dağılması olan grup hem Templer'in hem de Collett & Lester'in ölçeklerinden anlamlı yüksek sonuç almıştır. Ölüm anından çok "ölüm" durumuyla ilgili kaygıları yüksek çıkmıştır (Neimeyer ve Chapman, 1980).

Johnson ve McGee (2004), benlik bütünlüğünü sağlayamamış, çok fazla fiziksel ve/veya ruhsal sorunu olan, dini inancı olmayan (dindar olup uygulamasını yapmayanlar değil, inancı olmayanlar) ihtiyarların ölüm kaygısının daha yüksek olduğu görüşündedirler.

Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada zihinsel sağlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Yüksek ölüm kaygısı olan grubun düşük kaygılı gruba göre daha sıkıntılı ve hayat tatmininin daha az olduğu saptanmıştır (White ve Handal, 1990).

Ölüm kaygısının diğer patolojilerle ilişkisi sadece genel kaygı ve depresyonla sınırlı değildir. Anoreksiya hastası 31 kadın katılımcı aynı sayıda 31 kadın kontrol topluluğuyla eşleştirilip her iki guruba da Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Collett Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği uygulanmıştır. Anoreksiklerin hem kendi hem de diğerlerine dair ölüm kaygısı değerleri anlamlı yüksek bulunmuştur (Giles, 1995).

Ölüm kaygısıyla ilgili yapılan bazı kültürlerarası çalışmalar uzakdoğu kültürlerindeki örneklem topluluklarının ölüm kaygısı değerlerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (Kübler-Ross, 1997), (Schumaker ve ark., 1987). Malezya ve Avustralyalı üniversite öğrencileri arasında yapılan karşılaştırmada sonuçlar bu yönde olmuştur. Malezya'daki iki büyük din olan Hinduizm ile Budizm için ölüm hayatın temel gerçeğidir, aradaki farkın bu kültürel kabule bağlı olabileceği düşünülmüştür (Schumaker ve ark., 1987). Kübler Ross, bu dini sistemlerin korkuyu azalttığını belirtmiştir. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin kullanıldığı karşılaştırmada Avustralyalı öğrencilerin değerleri az da olsa anlamlı bir farkla yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada her iki grupta kadınların değerleri erkeklerden anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Becker (1973), kültürel örüntü içinde kahramanlık başarılarının kaygıyı yendiğini, pek çok toplumun da erkekleri kadınlara oranla daha fazla kahramanlık formlarına yerleştirdiğini, bunun da ölümsüzlük yanılsamasını besleyerek erkeklerin ölüm kaygısı değerlerinin kadınlardan düşük çıkmasına yol açtığını ileri sürmüştür (Schumaker ve ark., 1987).

Bir başka açıklama olarak ölüm, kadın ve erkekler için ayrı anlam taşıyor olabilir. Ölüm kaygısı, amaçların yarım kalması, varolamama korkusu, diğerlerinin ölümünün korkusu, cezalandırılma korkusu vb. alt dinamikler içermektedir. Kadınlar ile erkeklerin önem verdikleri kaygı çeşitlerinin farklı olması halinde, kadınların ağırlık verdiklerini sorgulayan testlerle yapılan

ölçümlerden kadın değerlerinin yüksek çıkması doğaldır. Danger (1974) bu görüşü desteklemiştir. Danger'e göre kadınlar ölümü duygularıyla, erkekler bilişleriyle değerlendirmektedirler. Danger, Templer'in ölçeğinin daha çok duygusal cevapları ölçtüğünü, kadınların ölüm kaygısı değerlerinin bu sebepten daha yüksek çıktığını ifade etmiştir. Bu görüşü şu veriler de desteklemektedir: Az da olsa bazı çalışmalarda erkeklerin ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalarda, Ölüm Korkusu Endeksi (Death Threat Index) (Krieger, Epsting, Leitner, 1974) ya da Boyar'ın Ölüm Korkusu Ölçeği (Boyar's Fear of Death Scale) (Boyar, 1964) kullanılmıştır. Bu ölçekler daha çok bilişsel yapıları sorgulamaktadır. Diggory ve Rotman (1961) erkeklerin, kendilerinin ölümlerinin sonucunda bakmakla yükümlü olduklarının etkilenmesiyle, kadınların ise bedenin çürümesi ve acı içinde ölümle daha ilgili olduklarını bildirmişlerdir. Lowry (1965) erkeklerin kadınlara nazaran şiddet sonucu ölümden daha fazla kaygı duyduklarını açıklamıştır (Schumaker ve ark., 1987).

Çok nadir olarak literatürde doğu kültürü örneğinin daha yüksek ölüm kaygısı puanı aldığı da görülmüştür. Schumaker ve arkadaşlarının (1991), Japon-Avustralya örneklem grupları üzerinde yaptıkları çalışmada, Japonların ölüm kaygısı ölçek değerlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Üstelik yine literatürdeki genel bilgilerden farklı olarak, Japon grubunda kadın erkek değerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Avustralyalı grupta ise literatüre paralel olarak kadınlar az da olsa anlamlı yüksek sonuç vermişlerdir (Schumaker ve ark., 1991). Ancak Japonların genel doğu kültüründen ayrıldıkları noktalar vardır: Birincisi, uluslararası bir araştırma göstermiştir ki, Japonlar istisnai bir şekilde yüksek nörotiklik ve spesifik olmayan kaygı sahibidirler. Nörotikliğin ve genel kaygının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu hatırlanırsa bu faktörlerin Japon örneğinin yüksek kaygı bildirmesinde etkin olduğu söylenebilir. Ayrıca Gallup tarafından yapılan geniş bir uluslararası araştırmada, Japonlar tüm ülkeler arasında en düşük dini inanç ve dini uygulama yüzdesini almışlardır. Yalnızca

%14 Japon dinin hayatında önemli olduğunu ve sadece %19'u genel olarak dine inandığını ifade etmiştir. Halbuki bu oranlar batı toplumu olan Amerikalılar için bile %56 ve %64.3 tür. Çalışmada Japonlarla karşılaştırılan Avustralyalılarsa %43'ü ölümden sonra hayata inandıklarını belirtmişlerdir (Schumaker ve ark., 1991).

Doğu kültüründe Arap toplumlarında ölüm kaygısı üzerine çalışmalarıyla tanınan Abdel – Khalek, Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Arapça uyarlamasını gönüllü 673 Lübnanlı'ya uygulamıştır. Grup ortaokuldaki 164 erkek, 165 kız ile üniversitedeki 170 erkek 174 kadından oluşmuştur. Arap nüfusunda da batı kültürlerine benzer şekilde kadınların ölüm kaygısı seviyesi erkeklerinkinden daha yüksek çıkmıştır. Lübnanlılar, diğer Arap gruplarıyla (Mısır ve Kuveyt gibi) ve Amerikalı örneklem topluluklarıyla aynı ya da daha düşük değerler almışlardır (Abdel-Khalek, 1991).

Templer (1991), Abdel-Khalek'in Lübnanlı topluluk üzerinde yaptığı araştırmada batı kültürüne benzer şekilde kadınların ölüm kaygısını erkeklerden daha yüksek bildirdiğini ancak farklı bir bulgu olarak Arap gruplar içinde erkekler ve kadınlar arasındaki ortalama değer farkının Amerika gibi İngilizce konuşan batı kültürü toplumlarındaki erkek-kadın ortalama farklılığından daha yüksek olduğuna dikkat çekmiştir. Bu farklılığın nedeni bilinmese de doğu kültüründeki cinsler arası büyük rol farklılığının önemli bir etken olabileceği görüşünü dile getirmiştir. Özellikle, erkeklerin cesur olmaları beklentisinin kadınlara göre daha düşük kaygı bildirmeye yol açabileceğini belirtmiştir.

Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Arapça uyarlaması ile 214 erkek ve 214 kadın Mısırlı öğrenci üzerinde yapılan araştırmada edinilen sonuçlara göre Mısırlı topluluğun hem erkek hem de kadınlarının ölüm kaygısı diğer Arap ülkeleri ve batı toplumları üzerinde yapılan araştırma sonuçlarından anlamlı yüksek

bulunmuştur. Mısırlı topluluk içinde karşılaştırma yapıldığında, literatüre uygun olarak Mısırlı kadınların erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısı olduğu raporlanmıştır. Araştırmacı, Arap toplumları üzerindeki çalışmalarda da özellikle cinsiyet etkeniyle ilgili sonuçların aynı çıkmasını bu konuda kültürler arası fark olmadığı şeklinde yorumlamıştır (Abdel-Khalek ve ark., 1993).

Doğu kültüründe ölüm kaygısının, yaş ve cinsiyet ilişkisini yordamak için yapılan bir araştırmada orta yaşta (yaş ortalaması erkeklerde 41,5 kadınlarda 40,9) 236 gönüllü Kuveytli örneklem olarak seçilmiştir. Arapça Ölüm Kaygısı Ölçeği (Arabic Scale of Death Anxiety) uygulanmıştır. Literatürü destekleyen bulgular elde edilmiştir. Orta yaş grubunun ölüm kaygısı daha genç olan üniversite öğrencilerinden (yaş ortalaması 22) elde edilmiş sonuçlardan anlamlı düşük bulunmuştur. Kadınların ölüm kaygısı erkeklerden yüksektir. Üniversite öğrencilerinde olduğu gibi orta yaşlı Kuveytlilerin de en çok korktukları üç etken ceset ve mezar korkusu, ölüm sonrası olacakların korkusu, ve ölümcül hastalık korkusu olarak belirlenmiştir. Bu veriler ölüm kaygısının şiddeti yaşla değişse de, o kültürün nüfusu için ölümlle ilgili ana korku etkenlerinin ortak olduğunu göstermektedir (Abdel-Khalek ve Al-Kandari, 2007).

Arapça Ölüm Kaygısı Ölçeğinin üç Arap ülkesinden toplanan örneklem grubu üzerinde geliştirilmesi ve geçerliliği için yapılan araştırmaya Mısır'dan 418, Kuveytli 509, Suriye'den 709 üniversite öğrencisi (17-33 yaş arası) katılmıştır. Her üç grupta da "kabir azabıyla" ilgili korku çok yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada da ölüm kaygısı ile genel kaygı düzeyi, depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, nörotiklik ve kadın cinsiyeti arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir. Kuveytlilerin puanları Mısır ve Suriyelilerden yüksek bulunmuştur (Abdel-Khalek, 2004).

Abdel-Khalek ve Al-Sabwah (2005), hayat tatmini ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi Mısır'lı 568 bayan hemşirelik öğrencisi üzerinde araştırmışlardır. İlişki

anlamli ancak cok zayıf bulunmuştur. Bu veri araştırmacılar tarafından anlamlı olsa da uygulamaya dönük tahmin edici özelliği göz ardı edilebilir şekilde yorumlanmıştır.

Kültürlerarası karşılaştırma için 5 Arap ülkesi (Mısır, Kuveyt, Katar, Lübnan, Suriye) ile İspanya'dan gönüllülerin katıldığı bir araştırmada Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Arapça ve İspanyolca'ları kullanılmıştır. İspanyol'ların ortalaması 5 Arap ülkesindeki topluluklardan da hem erkek hem de kadınlar için anlamlı düşük bulunmuştur (Abdel Khalek, 2003).

Doğu kültüründe cinsiyet, yaş ve dini inanın ölüm kaygısı üzerindeki etkisini sorgulayan bir başka çalışmada, 16-30 ve 55-70 arası iki yaş gurubunda toplanmış 132 katılımcı Templer'in Ölüm Kaygısı ve Collett-Lester'in Ölüm Korkusu ölçeklerini cevaplamışlardır. Literatüre uygun olarak kadınların ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur. Genel bulgulardan farklı olarak yaşlıların ölüm kaygısı daha yüksek çıkmıştır. Araştırmadan elde edilen bir diğer anlamlı sonuç ise daha az dindarların ölüm kaygısının daha yüksek çıkmasıdır. Bulgular toparlandığında ihtiyar, kadın ve az dindarların daha çok ölüm kaygısı taşıdıkları vurgulanmıştır. Özellikle Collett-Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği'nde cinsiyet farklılığı daha derinleşmiştir. Kadın ve daha az dindar olanlar özellikle hayatın kısalığı, ölüm yalnızlığı, varolmama korkusu ve bedenin çürümesi maddelerinde çok daha yüksek korku bildirmişlerdir. Bulgular Hıristiyan ağırlıklı batı kültürlerinde ölüm kaygısıyla ilişkili sonuçlar ile Müslüman örneklem grubu arasındaki bulguların büyük oranda tutarlı olduğunu göstermektedir (Suhail ve Akram, 2002).

3. YÖNTEM

Bu bölümde örneklem topluluğu, verilerin toplanması, araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan gereçler, verilerin analizinde kullanılan yöntemler, verilerin çözümü ve yorumlanması başlıkları incelenmiştir.

3.1 ÖRNEKLEM TOPLULUĞU

Büyük çoğunluğu İstanbul ve İzmir illerindeki farklı ölçeklerdeki hastanelerde görev yapan 144 tıp doktoru araştırmanın örneklemini olarak belirlenmiştir. Örneklem topluluğu ile ilgili detaylı bilgi Bulgular'da Sosyodemografik Bilgiler (bkz. 4.1) kısmında sunulmuştur.

3.2 GEREÇLER

3.2.1 Genel Bilgi Formu

Hekimlerin demografik, eğitim, çalıştıkları kurumla ilgili bilgileri, hastaları, ölümle karşılaşma sıklıkları, kişisel ölüm deneyimleri, sağlık durumları ve başa çıkma mekanizmaları hakkında veri toplamayı amaçlayan bir formdur. Soruların cevapları kategorik hazırlanmış olsa da bir sorunun yanıtı açık uçlu bırakılmıştır. Ölüm tehlikesi atlatmanın kişisel algıya göre değişebileceği düşünülerek açık uçlu yanıtı daha uygun olduğuna karar verilmiştir.

Hekimlere ciddi hastalıkları olup olmadığı, ilaç kullanımlarının sorulma sebebi, beden ile ruh sağlığı arasındaki etkileşimden ötürüdür. İnsan biyo-psiko-sosyo-kültürel bir bütündür. Önemli fiziksel rahatsızlıklar ölüm kaygısı ve korkusu puanlarını da etkileyebilmektedir. Çeşitli ilaçların psikolojik duruma etki edebileceği de bilinmektedir.

Psikiyatrik bozukluklar ile ölüm kaygısı arasında pozitif ilişki bulunduğundan verinin sağlıklılığının etkilenmemesi için bu kapsamdaki kişileri tespit edip, eleyebilmek amacıyla ruhsal sağlık durumu da sorulmuştur.

3.2.2 Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) (Templer's Death Anxiety Scale-DAS)

Templer'in 1970 yılında geliştirdiği, ölüm kaygısı seviyesini belirlemeye yönelik toplam 15 soruluk bir ölçektir. Esası doğru/yanlış cevaplama şeklindedir. Ertufan (2000), literatürdeki bazı çalışmaları örnek alarak, daha sağlıklı ölçüm yapılacağı inancıyla tez çalışmasında yedili Likert tipi ölçeğe çevirerek uyarlamıştır. Yine aynı çalışmanın içinde, kişilerin hep aynı yönde cevap verebilme olasılığı ve olumlu cevap verme eğilimini engellemek için doğru/yanlış cevap yapısına uygun olarak, yanlış cevaplı sorularda Likert tipi ölçekte cevapların yerleri ters yönlere değiştirilmiştir. Kağıtçıbaşı'nın (1988), belirttiği gibi Likert tipi ölçeklerde cümleleri hep aynı yönde yazmamak gerekmektedir, çünkü hep aynı yönde yazılan cümleler insanların evet deme eğilimlerini kontrol etmemize olanak vermemektedir.

Templer(1970), ölçeğinin güvenilirlik katsayısını (Kuder Richardson Formula20)=.76, product-moment korelasyon katsayısı =.83 olarak bildirmiştir.

Türkiye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa = .72, test-tekrar test $r = .80$, $p < .01$ ($n=127$) çıkmıştır. Daha iyi elenmiş, daha iyi standardize edilmiş bir örneklem grubu olarak 326 kişi üzerinden alfa analizinde ise Cronbach alfa = .74 çıkmıştır. Bu katsayılar ölçeğin güvenilirliği için yeterli derece de kuvvetli güvenilirlik oranlarıdır. Bu veriler hem orjinal Templer DAS test - tekrar test, hem de McMordie Likert test - tekrar testine yakın sonuçlardır (Ertufan, 2000), (Templer, 1970). Donovan (1993), Portekizce'ye uyarlamasında yarı bölümlene korelasyonunu $r = .77$ bildirmiş ve bu sonucu "güvenilirliği kuvvetli bir oran"

olarak tanımlamıştır. Arzulanan güvenilirlik katsayısı Anastasi'ye göre .80 - .90, Nunnally'e göre .75 - .80 arasındadır (Anastasi, 1982).

3.2.3 Collett ve Lester'ın Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ)

(Collett – Lester's Fear of Death Scale-C&L FODS)

Collett ve Lester (1969) ölüm korkusunun (death), ölüm anı (dying) korkusundan farklı olduğunu, bunların da kişinin kendisi (self) ve diğerleri (other) için ayrı ölçülmesinin daha faydalı olacağını ileri sürmüşlerdir. Böylece ölçeklerini ölümle ilgili her biri farklı bir korkuyu sorgulayan 4 alt gruptan oluşturmuşlardır. Kişinin kendi ölümü (one's own death), kişinin kendi ölüm anı (one's own dying), diğerlerinin ölümü (other's death), diğerlerinin ölüm anı (other's dying). İlk formunda sırasıyla 10-10-8-10, toplam 38 maddeden oluşan ölçek Lester'in 1990 yenilemesinde her biri 8'er soru içeren haline dönüştürülmüştür (Lester ve Abdel-Khalek, 2003). Ertufan (2000) tarafından bu alt ölçeklerden sadece "kişinin kendi ölümü" kısmının geçerlik güvenilirlik çalışması yapıldığından bu araştırmada da sadece o ölçek kullanılmıştır. Test cevapları üçlü Likert ölçeğinde olup korkunun şiddetine göre kaygısız, biraz kaygılı, çok kaygılı cevapları bulunmaktadır.

Collett ve Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği'nin Kişinin Kendi Ölümü alt ölçeğinin güvenilirlik katsayısı Cronbach alfa = .89'dur. Türkiye uyarlamasında, ÖKÖ için (n = 458) Cronbach alfa = 0.74, test – tekrar test korelasyonu (n=125), r = 0.81, p< .01 bulunmuş olup testin güvenilirliği açısından yeterli derecede güvenilir katsayılarıdır.

3.2.4 Glock ve Stark'ın Dini İnanışın Boyutları Anketi (GSDİBA)

(Glock & Stark's Dimensions of Religious Commitment)

Dini inanın boyutlarını sorgulayan ve puanlaması olmayan bir ankettir. Edinilen bilgiler betimleyici anlam ifade etmektedirler. Literatürde Collett ve

Lester'ın Ölüm Korkusu Ölçeği ile birlikte kullanılmasından esinlenerek aynı ÖKAYÖ ve ÖKÖ gibi dönüşümlü çeviri (back translation) ile Türkçesi oluşturulmuştur. Çevirilerdeki tutarlılık yeterli görülmüştür (Ertufan, 2000).

2000 yılındaki anket uygulamasında "ne kadar dindarsınız?" sorusunda ankete katılanlar inanç boyutu ve uygulama boyutu arasında kalarak cevaplama zorluk yaşamışlardır. Bunun önemli bir ayrım olduğu düşünülerek

"Dini inanışlarınızı hayata geçirir misiniz?"

Her zaman b) Bazen c) Çok nadir ya da hiç" maddesi eklenmiştir.

Ayrıca, literatürde inançlı olmanın tek etken olmadığı bunun nasıl bir inanç olduğunun da önemli fark yaratabildiği, özellikle affedici inanca sahip olanların daha düşük ölüm kaygısı taşıdıklarına dair görüş ve araştırmalar bulunmaktadır. Bu sebeple,

"İnançlıysanız, sizce Allah a) Cezalandırıcı b) Affedici"

sorusu da ankete ilave edilmiştir.

3.2.5 Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)

(Rotter's Internal-External Locus of Control Scale)

Bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumu; pekiştiricilerin bireyin kendi içindeki ya da dışındaki güçlerin (şans ya da kader) kontrolünde olduğuna dair sahip olduğu genel beklenti ya da inanç niteliğini ölçmeyi amaçlamaktadır (Savaşır ve Hisli-Şahin, 1997).

J.B. Rotter tarafından geliştirilen ölçek 1966 yılında yayınlanarak bilim dünyasına duyurulmuştur. Türkiye uyarlaması ise İhsan Dağ tarafından 1991 yılında gerçekleştirilmiştir (Savaşır ve Hisli-Şahin, 1997).

Her madde, a ve b harfleriyle gösterilen iki seçenekten kişinin kendisine uygun geleni seçmesi ile yanıtlanır. 6 madde (1,8,14,19,24,27) dolgu maddesi olduğu için değerlendirmeye alınmamaktadır. 2,6,7,9,16,17,18,20,21,23,25,29. maddelerin "a" seçenekleri, 3,4,5,10,11,12, 13,15,22,26 ve 28. maddelerin "b" seçenekleri 1'er değer almaktadırlar. Böylece 0-23 arasında toplam değer elde edilmektedir. Maddelerin sırası ve değerlendirme sistemi aslı ile aynıdır. Yükselen değerler dış kontrol odağı inancında artışı göstermektedir (Savaşır ve Hisli-Şahin, 1997).

3.3 İŞLEM

3.3.1 Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Genel Bilgi Formu - Ölüm Kaygısı Ölçeği - Ölüm Korkusu Ölçeği - Glock ve Stark'ın Dini İnanışın Boyutları Anketi – Rotter'in İç/Dış Kontrol Odağı Ölçeği'nden oluşan kendini değerlendirme ölçekleri yardımıyla toplanmıştır. Değerlendirme ölçek ve anketleri örneklem topluluğundaki hekimlere elden dağıtılmış, cevaplama esnasında hazır bulunulmuştur.

3.3.2 Verilerin Gruplanması

İlk başta farklı alanlarda 6 hekimle bire bir görüşmeler sonrasında deney ve kontrol gruplarının aşağıdaki şekilde ayrılması uygun bulunmuştur :

Ölümcül Hastayla Çalışanlar : Acil, Anestezi, Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi, KVC, Geriatri, Hematoloji, Onkoloji, Organ Nakli, Yoğun Bakım ve Reanimasyon

Ölüm Risksiz Hastayla Çalışanlar : Biyokimya, Estetik, FTR, Göz, Mikrobiyoloji, Patoloji, Spor Hekimliği

Diğer Uzmanlıklar : Cildiye, Çocuk, İç Hastalıkları, Kadın Doğum, KBB, Ortopedi, Radyoloji

Vücutun bütünsel bir sistem olarak işleme, hastalıkların pek çoğunda tıbbın disiplinler arası işbirliğinin gerekmesi, tıbbın alanlarını sadece uzmanlıklara göre ölümcül hastayla yüzleşenler ve yüzleşmeyenler diye bölmeyi zorlaştırmaktadır. Diğer uzmanlıklar topluluğundaki hekimlerin alanlarındaki uzmanlaşma ve uygulama biçimlerine göre her iki guruba da dahil olmaları olasıdır. Örneğin hastanenin sadece sağlıklı çocuk polikliniğinde veya küçük bir poliklinikte ayaktan çocuk hasta görüp riskli hastaları daha büyük sağlık birimlerine sevk eden çocuk uzmanı hekim ile üniversitenin ilgili bölümünde ölüm riskli çocukların sevk edildiği bölümde çalışan (Çocuk hematoloğu, çocuk cerrahı vb.) çocuk uzmanı hekim iki ayrı grupta yer almalıdır. Bir diğer örnek, sadece ayaktan hastaya bakan muayenehane cildiye uzmanı ile üniversite hastanesinin Cildiye Yanık Bölümü'nde ileri derecede yanıklı hastalarla çalışan cildiye uzmanı. İlave örnek olarak, poliklinikte sinüzit, farenjit vb. ağırlıklı hasta bakan KBB ile baş-boyun tümörleri üzerine uzmanlaşmış KBB uzmanı gibi. Hatta ölümcül hastayla yüzleşen gruptaki bir alanda dahi aynı uzmanlığa sahip iki kişinin çalıştıkları kurum, bölge vb. sebeplerle ölümle karşılaşma sıklıkları değişebilmektedir.

Bu bağlamda hekimlerin hangi grupta analiz edileceğinin mezun oldukları uzmanlı alanından ziyade günlük uygulamalarının ölümcül hastayla olup olmadığı üzerine yapılandırılması gerektiği düşünülmüştür. Sonuç olarak, deney ve kontrol gurubunun ayrıştırılmasındaki temel ayrımın "bir yıl içinde tanık olduğunuz ölüm anı?" sorusu olması gerektiğine karar verilmiştir.

3.3.3 Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgilerin çözümlenmesi SPSS programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemleri belirleyebilmek için Ölüm Kaygısı Ölçeği, Collett-Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği ve Rotter'in İç/Dış Kontrol Odağı Ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir.

Tablo 1'deki analiz sonuçlarından her üç değişkene ait verilerin de normal dağılıma uygun olduğu ve bu çerçevede yapılacak analizlerde parametrik analiz yöntemlerinin kullanılabilceği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.1 : Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Test

		ÖKAYÖ	ÖKÖ	Rotter
	N	144	144	144
Normal Parameters (a,b)	Ortalama	4,034	1,79	11,18
	Standart Sapma	,90	,47	3,96
	Mutlak	,09	,10	,11
En Aşırı Farklılıklar	Pozitif	,04	,10	,06
	Negatif	-,09	-,07	-,11
Kolmogorov-Smirnov Z		1,12	1,14	1,28
Anlamlılık		,17	,15	,08

a. Test dağılımı Normal.

b. Verilerden hesaplandı.

Bu çerçevede ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağının örneklem topluluğunun tanımlayıcı özelliklerine bağlı olarak değişiminin incelenmesinde t-testi ve varyans analizinden, örneklem gurubu tarafından kullanılan temel başaıkma mekanizmalarının örneklemin tanımlayıcı özelliklerine bağlı olarak değişiminin belirlenmesinde Pearson Ki-Kare yönteminden yararlanılmıştır. Ölüm kaygısı, ölüm korkusu, kontrol odağı, ölümden sonraki hayata olan inanç arasındaki ilişkilerse korelasyon analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

4.1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

Aynı meslek gurubundan, yarı yarıya dengesine yakın oranda cinsiyet dağılımlı, 144 kişilik örneklem gurubu çalışmanın geçerliliği açısından güvenilir bir yapı oluşturmuştur. Örneklem grubunun 99 kişisi (%68.8) İstanbul ve 34 kişisi (%23.6) İzmir’de yaşayan hekimlerden oluşmaktadır.

Örneklem topluluğunun sosyodemografik bilgileri şöyledir :

Tablo 4.1 Örneklem Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (N)	Yüzde (%)
Erkek	77	53.5
Kadın	66	45.8
Kayıp Veri	1	.7
Toplam	144	%100

Araştırmaya katılan toplam 144 hekimden cinsiyetini belirten 143 kişinin 77’si erkek (%53.5) ve 66’sı (%45.8) kadındır. Bu durum bir örneklem topluluğu için ideal sayılacak eşit bölünmeye çok yakındır.

Tablo 4.2 Örneklemin Yaş Dağılımı

Tarih	Sayı (N)	Yüzde (%)
20-29	19	13.2
30-39	67	46.5
40-49	32	22.2
50-59	20	13.9
60 ve üzeri	6	4.2
Toplam	144	%100

Katılımcıların en büyüğü 1940, en küçüğü 1982 doğumludur. 144 kişinin yarıya yakını, 67 kişi (%46.5), 30-39 yaş grubundandır.

Tablo 4.3 Örneklemin Medeni Durum Dağılımı

Medeni Durum	Sayı (N)	Yüzde (%)
Bekar	33	22.9
Evli	104	72.2
Boşanmış	6	4.2
Kayıp Veri	1	.7
Toplam	144	%100

Orta yaş grubunun ağırlıklı olmasının doğal bir yansıması olarak örneklem grubunun büyük kısmı, 104 kişi (%72.2) evlidir.

Genel Bilgiler Formu'nda toplanan çocuk sahibi olup olmama, çocuk sayısı, erkek çocuk varlığı değişkenleriyle ilgili veriler, çalışmanın ilerleyen safhalarında araştırmının amaçlarıyla ilişkili olmaktan uzak oldukları düşünülerek tablolatırılmamıştır. Bulgularda da bu değişkenlerle anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Daha kapsamlı ölçekteki sağlık kuruluşlarında çalışmanın hekime daha fazla destek ve olanak sağlamasından ötürü kaygıyı azaltma yönünde etki edebileceği düşünülerek çalışılan kurum ölçeği sorulmuştı. Ancak örnekleme tam teşekküllü hastane baskın grup olmuştur. Bu yüzden bu değişkenin de bilgisi tablolatırılmamıştır.

Tablo 4.4 Örneklemin Ekonomik Durum Dağılımı

Ekonomik Durum	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çok İyi	9	6.3
İyi	86	59.7
Orta	41	28.5
Düşük	4	2.8
Kayıp Veri	4	2.8
Toplam	144	%100

Katılımcılar ekonomik durumlarını 86 kişi (%59.7) ile iyi ve 41 kişi (%28.5) ile orta kategorisinde değerlendirmişlerdir.

Tablo 4.5 Örneklemin Uzmanlık Dağılımı I

Uzmanlık	Sayı (N)	Yüzde (%)
Acil	10	6.94
Anestezi ve Reanimasyon	33	22.92
Biyokimya	2	1.39
Cildiye	3	2.08
Çocuk	9	6.25
Çocuk Cerrahisi / Organ Nakli	1	.69
Dahiliye	11	7.64
Dahiliye Hematoloji 1	1	.69
Dahiliye Tıbbi Onkoloji	1	.69
Dahiliye + Anestezi ve Reanimasyon	1	.69
Dahiliye + Kalp	1	.69
Dahiliye + Romatoloji	1	.69
Enfeksiyon	1	.69
FTR	3	2.08
Gastroenteroloji	1	.69
Genel Cerrahi	6	4.17
Genetik	1	.69
Göğüs Hastalıkları	3	2.08
Göz	12	8.33
Kadın Doğum	3	2.08
Kardiyoloji	4	2.78
KBB	6	4.17
KVC	6	4.17
Mikrobiyoloji	1	.69
Nöroloji	1	.69
Nükleer Tıp	2	1.39
Organ Nakli	1	.69
Ortopedi ve Travmatoloji	1	.69
Patoloji	1	.69
Plastik Cerrahi	1	.69
Pratisyen	4	2.78
Radyoloji	6	4.17
Radyoloji ve Radyasyon Onkolojisi	2	1.39
Spor Hekimliği	1	.69
Üroloji	3	2.08
Toplam	144	%100

Araştırmaya katılan 35 farklı uzmanlık alanından hekimler arasında Anestezi ve Reanimasyon Uzmanları 33 kişiyle (%22.9) en kalabalık grubu oluşturmuşlardır. Ölümle sık karşılaşan bir diğer uzmanlık alanı olan Acil hekimleri de 10 kişiyle (%6.94) örnekleme önemli bir yer tutmuşlardır. Ölüm riskli hastayla çalışmayan gruptan olan Göz hekimleri 12 kişiyle (%8.33) yer almışlardır. Dahiliye 11 kişiyle (%7.64), Çocuk hekimleri 9 kişiyle (%6.25) katılmışlardır. Diğer uzmanlık alanları %5'in altında oranlarla örnekleme içinde bulunmuşlardır.

Tablo 4.6 Örneklemin Uzmanlık Dağılımı II

Kurum	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yoğun Ölüm	59	41.0
Nadir Ölüm / Ölüm Yok	81	56.3
Kayıp Veri	4	2.8
Toplam	144	%100

Örneklemin yarısından biraz daha fazlası ölümle nadiren veya hiç karşılaşmayan grupta yer almıştır.

Tablo 4.7 Örneklemin Unvan Dağılımı

Unvan	Sayı (N)	Yüzde (%)
Prof. Dr	14	9.7
Doç. Dr.	10	6.9
Yrd. Doç.	5	3.5
Uzman Dr.	81	56.3
Asistan Dr.	30	20.8
Pratisyen	3	2.1
Kayıp Veri	1	.7
Toplam	144	%100

Orta yaş ağırlıklı örneklem grubunun yansıması olarak katılımcıların akademik unvan dağılımı 81 kişi (%56.3) ile Uzman Dr. , 30 kişi (%20.8) ile Asistan Dr. olarak şekillenmiştir.

Tablo 4.8 Örneklemin Ölüm Riskli Hasta Dağılımı

Ölüm Riskli Hasta	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çok Yüksek	39	27.1
Yüksek	28	19.4
Orta	16	11.1
Az	5	3.5
Yok	56	38.9
Toplam	144	%100

Hastalarının ölüm riski durumuna göre gruplar daha dengeli dağılmışlardır. Çok yüksek ve yüksek olanlar ile az ve yok olanlar iki ayrı grup olarak düşünülürse, ölüm riskli hastası olanlar 67 kişi (%46.5), ölüm risksiz hastalara bakanlar 61 kişi (%42.4) olarak dengeli bir dağılım göstermektedirler.

Tablo 4.9 Örneklemin Ölüm Riskli Hekim Hasta Dağılımı

Ölüm Riskli Hasta	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çok Yüksek	0	0
Yüksek	3	2.1
Orta	8	5.6
Az	16	11.1
Yok	116	80.6
Cevapsız	1	.7
Toplam	144	%100

Ölüm riskli hekim hastası olmayanlar 116 kişi (%80.6) ile çoğunlukta olup, az riskli grup 16 kişi (%11.1) ile 2. sırada yer almıştır. Bu durumda örneklem grubunun çok büyük çoğunluğunun (132 kişi ; %91.7) ölüm riskli hekim hastası olmadığı gözükmemektedir. Çok yüksek riskli hekim hastası olan kimse bulunmazken, yüksek riskli grupta sadece 3 kişi (%2.1) yer almıştır.

Örneklemin ölümle karşılaşma sıklığı tezin ana odağı olduğu için 3 ayrı gruplama ile detaylıca analiz edilmiştir. Gruplamada ana ölçüt bir yıl içinde tanık olunan ölüm anı sayıdır.

Tablo 4.10 Örneklemin Ölümle Karşılaşma Sıklığı Dağılımı I

Ölümle Karşılaşma	Sayı (N)	Yüzde (%)
Nadiren (1-4)	68	47.2
Orta (5-20)	32	22.2
Sıklıkla (20 +)	44	30.6
Toplam	144	%100

İlk grupta ölümle nadiren karşılaşanlar (1-4 ölüm anı) 68 kişi (%47.2) ile örneklemin yarıya yakınına ulaştılar. Ölümle sık karşılaşanlar (20 ve üstü ölüm anı) 44 kişi (%30.6) ile ikinci, orta sıklıkta karşılaşanlar (5-20 ölüm anı) 32 kişi (%22.2) ile üçüncü grup olmuşlardır.

Tablo 4.11 Örneklemin Ölümle Karşılaşma Sıklığı Dağılımı II

Ölümle Karşılaşma	Sayı (N)	Yüzde (%)
Nadiren (1-9)	75	52.1
Orta (10-29)	27	18.8
Sıklıkla (30 +)	42	29.2
Toplam	144	%100

İkinci grupta ölümle nadiren karşılaşanlar (1-9 ölüm anı) 75 kişi (%52.1) ile örneklemin yarısından biraz fazlasını oluşturdu. Ölümle sık karşılaşanlar (30 ve üstü ölüm anı) 42 kişi (%29.2) ile ikinci, orta sıklıkta karşılaşanlar (10-29 ölüm anı) 27 kişi (%18.8) ile üçüncü grup olmuşlardır.

İlk ve ikinci gruplamalarda orta ve sıklıkla ölümlerle karşılaşan gruplar tek bir grup olarak düşünülürse, ölümlerle çok nadir karşılaşanlarla neredeyse yarı yarıya dengeli bir bölünme göstermektedirler. İlkinde nadir karşılaşanlar 68 kişi (%47.2), orta ve sık karşılaşanlar 76 kişi (%52.9). İkincisindeyse nadiren ölüme tanık olanlar 75 kişi (%52.1) orta ve sıklıkla ölüm anı görenler 69 kişi (%47.9) (bkz. Tablo 4.14 ve Tablo 4.15).

Ölüm anıyla nadiren yüzleşme ile sık maruz kalma karşılaştırmasını daha net sorgulayabilmek için bu iki grubu daha keskin sayılarla bölerek üçüncü bir gruplama daha yapılmıştır: Ölüme nadiren tanık olanlar (1-2 ölüm anı), sıklıkla maruz kalanlar (50 ve üzeri).

Tablo 4.12 Örneklemin Ölümlerle Karşılaşma Sıklığı Dağılımı III

Ölümlerle Karşılaşma	Sayı (N)	Yüzde (%)
Nadiren (1-2)	64	44.4
Orta (3-49)	54	37.5
Sıklıkla (50 +)	26	18.1
Toplam	144	%100

Bu analize göre, ölüme nadiren tanık olanlar (1-2 ölüm anı) 64 kişi (%44.4) ile ağırlıklı olmuştur.

Tablo 4.13 Örneklemin Ölüm Tehlikesi Atlama Dağılımı

Ölüm Tehlikesi	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaşayan	42	29.2
Yaşamayan	101	70.1
Kayıp Veri	1	.7
Toplam	144	%100

Katılımcıların çoğunluğu 101 kişi (%70.1) ölüm tehlikesi yaşamamıştır.

Tablo 4.14 Örneklemin Ölüm Tehlikesi Yaşı

Tarih	Sayı (N)	Yüzde (%)
0-10	6	4.2
11-20	5	3.5
21-30	8	5.6
31-40	7	4.9
40 ve üzeri	1	.7
<i>Toplam</i>	<i>27</i>	<i>%18.8</i>
<i>Ölüm Tehlikesi Yaşamayan</i>	<i>101</i>	<i>%70.1</i>
<i>Kayıp Veri</i>	<i>16</i>	<i>%11.1</i>
TOPLAM	144	%100

Yaşanan ölüm tehlikesi yaşlara göre belli bir yaş dönemine gruplanmamış, dengeli dağılmıştır.

Tablo 4.15 Örneklemin Ölüm Tehlikesi Nedeni

Ölüm Tehlikesi	Sayı (N)	Yüzde (%)
Akut	32	22.2
Kronik	6	4.2
<i>Toplam</i>	<i>38</i>	<i>%26.4</i>
<i>Ölüm Tehlikesi Yaşamayan</i>	<i>101</i>	<i>%70.1</i>
<i>Kayıp Veri</i>	<i>5</i>	<i>%3.5</i>
<i>Toplam</i>	<i>144</i>	<i>%100</i>

Akut ölüm tehlikesi atlatan 32 kişi (%22.2), ölüm tehlikesi atlatmış 42 kişilik gruptan (bkz. Tablo 4.17) bu soruya cevap veren 38 kişinin %84.2 sini oluşturmaktadırlar. Diğer 6 kişinin ölüm tehlikesi kronik özelliğindedir.

Tablo 4.16 Örneklemin Yakın Kaybı Dağılımı

Yakın Kaybı	Sayı (N)	Yüzde (%)
Baba	31	21.5
Anne	10	6.9
Kardeş	8	5.6
Çocuk	4	2.8
Çok yakın arkadaş	1	.7
Yok	90	62.5
<i>Toplam</i>	<i>144</i>	<i>%100</i>

Katılımcıların çoğunluğu (%62.5) birinci derece akraba ölümü yaşamamıştır. Diğerleri (%37.5) en az bir yakınını kaybetmiştir. Birinci derece yakın ölümleri içinde en çok yaşanan kayıp babanın ölümüdür : 31 kişi (%21.5). Bir kişi (%0.7) "akrabalık bağı olarak birinci derece yakınım olmasa da kalben benim için öyle" diyerek çok yakın arkadaşının ölümünü yazmıştır. Bu kadar net bir ifadeyle kişi tarafından 1.derece kayıp olarak algılanması üzerine değerlendirmeye alınmıştır (bkz. Tablo 4.20).

Tablo 4.17 Örneklemin 1. Derece Yakınını Kaybetme Tarihi Dağılımı

Ölüm Tehlikesi	Sayı (N)	Yüzde (%)
1-5 yıl önce	10	6.9
6-10 yıl önce	9	6.3
10 yıl ve üzeri	24	16.7
<i>Toplam</i>	<i>43</i>	<i>%29.9</i>
<i>Yakın Kaybı Yok</i>	<i>90</i>	<i>%62.5</i>
<i>Kayıp Veri</i>	<i>11</i>	<i>%7.6</i>
<i>Toplam</i>	<i>144</i>	<i>%100</i>

Birinci derece yakınını kaybettiği tarihi bildiren 43 kişinin yarısından fazlası (24 kişi , %55.8) kaybını 10 ve üzeri yıl önce yaşamıştır.

Tablo 4.18 Örneklemin Ciddi Sağlık Sorunu Dağılımı

Sağlık Sorunu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yüksek	1	.7
Orta	7	4.9
Az	6	4.2
Yok	130	90.3
Toplam	144	%100

Ciddi sağlık sorunu varlığına göre örneklemin dağılımı, yine orta yaş grubu ağırlıklı olmanın da etkisiyle, sorunu olmayanlar lehine ağırlık kazandı: 130 kişi (%90.3). Sadece 43 yaşında biri (%0.7) yüksek riskli sağlık sorunu bildirmiştir.

Tablo 4.19 Örneklemin 1. Derece Yakın Ölüm Riski Dağılımı

Yakın Kaybı	Sayı (N)	Yüzde (%)
Baba	13	9.0
Anne	10	6.9
Kardeş	2	1.4
Eş	1	.7
Yok	115	79.9
Kayıp Veri	3	2.1
Toplam	144	%100

Katılımcıların büyük kısmının (115 kişi; %79.9) ölüm riskli birinci derece yakını yoktur. ölüm riski olan birinci derece akrabası bulunanlar 26 kişi (%18) olarak gruplanmışlardır. Aynı birinci derece yakın kaybında olduğu gibi ölüm riskli yakınların başında da 13 kişi (%9) ile baba gelmektedir.

4.2 ÖLÇEK BULGULARI

Bu bölümde araştırma grubunun,

i)Ölüm kaygısı, ölüm korkusu ile kontrol odağı derecelerinin topluluğun tanımlayıcı özelliklerine bağlı farklılaşmaları,

ii)Kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının örneklemin tanımlayıcı özelliklerine göre değişimi,

iii)Ölüm kaygısı, ölüm korkusu, kontrol odağı, dini inanış boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

4.2.1 Cinsiyet ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Örneklemin ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.20’de sunulan veriler incelendiğinde kadınların her üç boyuttan aldıkları ortalama puanların erkeklerden daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.20 Ölüm Kaygısı,Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Cinsiyete Bağlı Değişimi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Kadın	66	4,24	,90	,11
	Erkek	77	3,87	,88	,10
ÖKÖ	Kadın	66	1,93	,45	,06
	Erkek	77	1,67	,46	,05
Rotter	Kadın	66	12,26	3,47	,43
	Erkek	77	10,29	4,16	,48

Örneklemin ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin cinsiyete göre farklılaşma durumu t-testi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.21 Cinsiyet ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair t-Testi Sonuçları

		Levene Varyansların Eşitliği Testi	Ortalamaların eşitliği için t-testi	
		F	t	Anlamlık
ÖKAYÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,32	2,51	,013
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		2,50	,014
ÖKÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,17	3,39	,001
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		3,39	,001
Rotter	Varyansların eşitliği varsayımı	5,27	3,05	,003
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		3,09	,002

Tablo 4.21’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ile cinsiyet arasındaki ilişkinin $p < 0,05$, ölüm korkusu ve kontrol odağı ile cinsiyet arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade ile ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında kadınların ölüm kaygısı ve ölüm korkusunun erkeklerden daha fazla olduğu ve erkeklere göre daha çok dış kontrol odaklı oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.2 Yaş Değişkeni ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin yaş değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.22’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısına ilişkin değerlendirmelerin yaşa göre belirgin bir farklılık göstermediği, ölüm korkusunun yaş ile birlikte doğrusal olarak azaldığı ve 60 ve üzeri yaş grubunda ani bir düşüş gösterdiği, Rotter testinden alınan puanların da yaş ile birlikte düşüş eğiliminde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.22 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Yaşa Bağlı Değişimi

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	20-29	19	4,22	1,05	,24
	30-39	67	4,11	,81	,10
	40-49	32	3,88	,93	,17
	50-59	20	3,84	1,10	,25
	60 ve üzeri	6	4,19	,41	,17
	Toplam	144	4,04	,90	,08
	ÖKÖ	20-29	19	1,83	,52
30-39		67	1,92	,44	,05
40-49		32	1,70	,41	,07
50-59		20	1,62	,40	,09
60 ve üzeri		6	1,38	,77	,31
Toplam		144	1,79	,47	,04

Tablo 4.22 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Yaşa Bağlı Değişimi (Devam)

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
Rotter	20-29	19	13,58	3,15	,72
	30-39	67	11,99	3,42	,42
	40-49	32	10,09	4,00	,71
	50-59	20	8,40	4,51	1,01
	60 ve üzeri	6	9,67	3,14	1,28
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin yaş değişkenine göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.23 Yaş ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
Gruplar Arası	2,74	4	,69	,84	,502
ÖKAYÖ Grup İçi	113,32	139	,82		
Toplam	116,06	143			

Tablo 4.23 Yaş ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları (Devam)

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	2,97	4	,74	3,56	,009
ÖKÖ	Grup İçi	28,99	139	,21		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	358,84	4	89,71	6,62	,000
Rotter	Grup İçi	1882,47	139	13,54		
	Toplam	2241,31	143			

Tablo 4.23’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı, ölüm korkusu ve kontrol odağı ile yaş arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade ile ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin yaşa göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı düzeyinde yaşa bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında ölüm korkusunun yaş ile birlikte azalırken, insanların ilerleyen yaşlarda daha iç kontrol odaklı olmaya başladıkları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.3 Medeni Durum ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin medeni durum değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.24’de sunulan veriler

incelendiğinde ölüm kaygısına ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği, boşanmış katılımcıların ölüm korkusunun diğerlerine göre daha yüksek olduğu, bekarların ise daha fazla iç kontrol odaklı oldukları gözlenmektedir.

Tablo 4.24 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Medeni Duruma Bağlı Değişimi

	Medeni Durum	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Evli	33	3,96	,93	,16
	Bekâr	104	4,05	,90	,09
	Boşanmış	6	4,37	,87	,36
	Toplam	143	4,04	,90	,08
ÖKÖ	Evli	33	1,74	,46	,08
	Bekâr	104	1,78	,47	,05
	Boşanmış	6	2,23	,37	,15
	Toplam	143	1,79	,47	,04
Rotter	Evli	33	13,03	3,64	,63
	Bekâr	104	10,45	3,91	,38
	Boşanmış	6	14,00	2,00	,82
	Toplam	143	11,20	3,97	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin medeni durum değişkenine göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.25’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, ölüm korkusu ile medeni durum arasında $p < 0,05$, kontrol odağı ile medeni durum arasında ise $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu, diğer bir ifade ile ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.25 Medeni Durum ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,88	2	,44	,54	,587
ÖKAYÖ	Grup İçi	115,15	140	,82		
	Toplam	116,03	142			
	Gruplar Arası	1,26	2	,63	2,88	,049
ÖKÖ	Grup İçi	30,50	140	,22		
	Toplam	31,76	142			
	Gruplar Arası	215,79	2	107,89	7,48	,001
Rotter	Grup İçi	2020,73	140	14,43		
	Toplam	2236,52	142			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı düzeyinde medeni duruma bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında boşanmış olan kişilerin, evli ve bekarlara göre ölümden daha fazla korktukları, bekarların ise evli ve boşanmışlara göre daha iç kontrol odaklı oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.4 Ekonomik Düzey ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ekonomik düzeye göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.26'da sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusuna ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği, ekonomik durumu düşük kişilerin diğerlerine göre daha iç kontrol odaklı oldukları gözlenmektedir.

Tablo 4.26 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ekonomik Düzeye Bağlı Değişimi

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Düşük	4	3,60	,78	,39
	Orta	41	4,07	,96	,15
	İyi	86	3,99	,87	,09
	Çok iyi	9	4,23	1,12	,37
	Toplam	140	4,02	,91	,08
ÖKÖ	Düşük	4	1,63	,34	,17
	Orta	41	1,85	,43	,07
	İyi	86	1,78	,49	,05
	Çok iyi	9	1,74	,62	,21
	Toplam	140	1,79	,47	,04

Tablo 4.26 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ekonomik Düzeye Bağlı Değişimi (Devam)

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
	Düşük	4	7,50	6,61	3,30
	Orta	41	12,22	3,57	,56
Rotter	İyi	86	10,71	3,90	,42
	Çok iyi	9	10,56	3,36	1,12
	Toplam	140	11,05	3,93	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ekonomik düzey değişkenine göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.27 Ekonomik Düzey ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
Gruplar Arası	1,24	3	,41	,50	,685
ÖKAYÖ					
Grup İçi	113,17	136	,83		
Toplam	114,41	139			
Gruplar Arası	,30	3	,10	,44	,726
ÖKÖ					
Grup İçi	30,87	136	,23		
Toplam	31,17	139			

Tablo 4.27 Ekonomik Düzey ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları (Devam)

	Gruplar Arası	118,67	3	39,56	2,66	,050
Rotter	Grup İçi	2025,98	136	14,90		
	Toplam	2144,65	139			

Tablo 4.27’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile ekonomik düzey arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bunun yanında kontrol odağı ile ekonomik düzey arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade kontrol odağı özelliğinin ekonomik düzeye göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyinde ekonomik düzeye bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında düşük gelir seviyesine sahip kişilerin, diğerlerine oranla daha iç kontrol odaklı oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.5 Uzmanlık Alanı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Tıptaki farklı uygulama alanları sebebiyle ölümle yüzleşmenin uzmanlık alanı değişkeniyle sorgulanmasının doğru olmayacağı düşünülmüştü. Yine de bilimsel merak uzmanlık alanı değişkeniyle de sorgulama yapmaya sebep olmuştur.

Bu maksatla, uzmanlık alanına göre iki ana grup oluşturuldu:

- a. Nadir ölüm/ölüm yok
- b. Yoğun ölüm

Acil, Anestezi ve Reanimasyon, Genel Cerrahi, Kardiyoloji Vasküler Cerrahi ve Onkoloji uzmanları yoğun ölüm diğerleri de nadir ölüm grubuna dahil edildiler.

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin uzmanlık alanı değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.28’de sunulan veriler incelendiğinde, ölüme müdahil branşlar ile ölüme uzak branşlarda çalışanların ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmeleri arasında belirgin bir fark olmadığı gözlenmektedir.

Tablo 4.28 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Uzmanlık Alanının Özelliğine Bağlı Değişimi

	Uzmanlık Alanı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Yoğun Ölüm	59	4,03	,83	,106
	Nadir Ölüm / Ölüm Yok	81	4,02	,95	,106
ÖKÖ	Yoğun Ölüm	59	1,77	,35	,045
	Nadir Ölüm / Ölüm Yok	81	1,80	,55	,061
Rotter	Yoğun Ölüm	59	11,39	3,73	,478
	Nadir Ölüm / Ölüm Yok	81	11,05	4,16	,462

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin uzmanlık alanı değişkenine göre farklılaşma durumu t-testi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.29’da verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliği ile uzmanlık alanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.29 Uzmanlık Alanı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair t-Testi Sonuçları

		Levene Varyansların Eşitliği Testi	Ortalamaların eşitliği için t-testi	
		F	t	Anlamlılık
ÖKAYÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	1,40	,08	,936
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		,08	,935
ÖKÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	11,29	-,36	,720
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		-,38	,704
Rotter	Varyansların eşitliği varsayımı	,34	,51	,611
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		,52	,605

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde uzmanlık alanına bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.6 Görev Değişkeni ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin görev değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.30'da sunulan veriler incelendiğinde, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliklerine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği, öğrenci ve uzmanların öğretim üyelerine göre daha fazla ölüm kaygısı duydukları gözlenmektedir.

Tablo 4.30 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Göreve Bağlı Değişimi

	Görev	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Asistan, Uzman	114	4,13	,89	,08
	Öğretim Üyesi	29	3,68	,89	,17
ÖKÖ	Asistan, Uzman	114	1,83	,47	,04
	Öğretim Üyesi	29	1,66	,46	,09
Rotter	Asistan, Uzman	114	11,47	4,08	,38
	Öğretim Üyesi	29	10,24	3,29	,61

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin görev değişkenine göre farklılaşma durumu t-testi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.31’de verilen analiz sonuçlarından ölüm korkusu ve kontrol odağı ile görev arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bunun yanında ölüm kaygısı ile görev arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade ölüm kaygısı özelliğinin göreve göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.31 Görev Değişkeni ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair t-Testi Sonuçları

		Levene Varyansların Eşitliği Testi	Ortalamaların eşitliği için t-testi	
		F	t	Anlamlılık
ÖKAYÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,18	2,45	,015
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		2,44	,019
ÖKÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,08	1,71	,089
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		1,74	,089
Rotter	Varyansların eşitliği varsayımı	,72	1,50	,137
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		1,70	,095

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliğinde göreve bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında öğretim üyelerinin, öğrenci ve uzmanlara oranla daha az ölüm kaygısı duydukları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.7 Ölüm Riskli Hastası Olma ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm riskli hastaya sahip olma durumuna göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.32’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.32 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölüm Riskli Hastası Olmaya Bağlı Değişimi

	Ölüm Riskli Hasta	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Yok	56	3,99	,97	,13
	Az	5	4,25	,56	,25
	Orta	16	4,12	,84	,21
	Yüksek	28	4,18	,87	,16
	Çok Yüksek	39	3,95	,91	,15
	Toplam	144	4,04	,90	,08
ÖKÖ	Yok	56	1,79	,56	,08
	Az	5	2,03	,46	,20
	Orta	16	1,79	,46	,12
	Yüksek	28	1,80	,39	,07
	Çok Yüksek	39	1,77	,41	,07
	Toplam	144	1,79	,47	,04
Rotter	Yok	56	10,93	4,41	,59
	Az	5	10,60	1,52	,68
	Orta	16	11,63	3,03	,76
	Yüksek	28	10,57	4,15	,78
	Çok Yüksek	39	11,87	3,70	,59
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm riskli hastası olmaya göre farklılaşma durumu varyans yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.33’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölüm riskli hastası olma arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.33 Ölüm Riskli Hastası Olma ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	1,36	4	,34	,41	,800
ÖKAYÖ	Grup İçi	114,70	139	,83		
	Toplam	116,06	143			
	Gruplar Arası	,302	4	,08	,33	,857
ÖKÖ	Grup İçi	31,67	139	,23		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	37,43	4	9,36	,59	,670
Rotter	Grup İçi	2203,88	139	15,86		
	Toplam	2241,306	143			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde ölüm riskli hastaya sahip olma durumuna bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.8 Ölüm Riskli Hekim Hastası Olma Durumu ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı düzeyinin ölüm riskli hekim hastası olmaya göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.34’de sunulan veriler ışığında ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmiştir.

Tablo 4.34 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölüm Riskli Hekim Hastası Olmaya Bağlı Değişimi

	Ölüm Riskli Hekim Hasta	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Yok	116	4,06	,89	,08
	Az	16	4,28	,68	,17
	Orta	8	3,56	,99	,35
	Yüksek	3	4,18	1,30	,75
	Toplam	143	4,06	,88	,07
ÖKÖ	Yok	116	1,82	,48	,04
	Az	16	1,73	,44	,11
	Orta	8	1,69	,48	,17
	Yüksek	3	1,59	,26	,15
	Toplam	143	1,80	,47	,04
Rotter	Yok	116	11,16	3,84	,36
	Az	16	11,81	5,14	1,29
	Orta	8	10,25	2,66	,94
	Yüksek	3	12,33	6,03	3,48
	Toplam	143	11,20	3,96	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm riskli hekim hastası olma durumuna göre farklılaşma durumu varyans yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.35’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölüm riskli hastası olma arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.35 Ölüm Riskli Hekim Hastası Olma ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	2,86	3	,96	1,23	,302
ÖKAYÖ	Grup İçi	108,14	139	,78		
	Toplam	111,01	142			
	Gruplar Arası	,37	3	,12	,56	,643
ÖKÖ	Grup İçi	30,96	139	,22		
	Toplam	31,33	142			
	Gruplar Arası	17,31	3	5,77	,36	,780
Rotter	Grup İçi	2213,81	139	15,93		
	Toplam	2231,12	142			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde ölüm riskli hekim hastası olma durumuna bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.9 Ölümle Karşılaşma Sıklığı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.36'da sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.36 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölümle Karşılaşma Sıklığına Bağlı Olarak Değişimi

	Ölümle Karşılaşma Sıklığı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Nadir (1-4)	68	4,03	,96	,12
	Orta (5-20)	32	4,03	,92	,16
	Sık (20 +)	44	4,07	,81	,12
	Toplam	144	4,04	,90	,08

Tablo 4.36 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölümle Karşılaşma Sıklığına Bağlı Olarak Değişimi (Devam)

	Ölümle Karşılaşma Sıklığı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKÖ	Nadir (1-4)	68	1,82	,57	,07
	Orta (5-20)	32	1,71	,39	,07
	Sık (20 +)	44	1,82	,36	,05
	Toplam	144	1,79	,47	,04
Rotter	Nadir (1-4)	68	10,68	4,22	,51
	Orta (5-20)	32	11,84	4,38	,77
	Sık (20 +)	44	11,48	3,13	,47
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.37’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölümle karşılaşma sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.37 Ölümle Karşılaşma Sıklığı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,06	2	,03	,04	,964
ÖKAYÖ	Grup İçi	115,99	141	,82		
	Toplam	116,06	143			
	Gruplar Arası	,28	2	,14	,61	,543
ÖKÖ	Grup İçi	31,69	141	,23		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	35,23	2	17,61	1,13	,327
Rotter	Grup İçi	2206,08	141	15,65		
	Toplam	2241,31	143			

Ölümle karşılaşmanın araştırma için anahtar değişken durumunda olması ve gruplamadan kaynaklanabilecek hataların en aza indirilebilmesi amacıyla ölümle karşılaşma sıklığına ilişkin aralıklarda değişiklik yapılarak analiz tekrarlanmıştır. Bu amaçla, nadiren (1-9), orta (10-29), sık (30 ve üzeri) ve nadiren (1-2), orta (3-49), sık (50 ve üzeri) gruplamaları kullanılmıştır.

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.38’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin

değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.38 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölümle Karşılaşma Sıklığına Bağlı Değişimi

	Ölümle Karşılaşma Sıklığı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Nadir (1-9)	75	4,02	,96	,11
	Orta (10-29)	27	4,07	,89	,17
	Sık (30 +)	42	4,06	,83	,13
	Toplam	144	4,04	,90	,08
ÖKÖ	Nadir (1-9)	75	1,80	,55	,06
	Orta (10-29)	27	1,72	,39	,08
	Sık (30 +)	42	1,83	,36	,06
	Toplam	144	1,79	,47	,04
Rotter	Nadir (1-9)	75	10,67	4,07	,47
	Orta (10-29)	27	12,11	4,66	,90
	Sık (30 +)	42	11,50	3,13	,48
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Nadiren (1-9), orta (10-29), sık (30 ve üzeri) şeklinde gruplanmış örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.39’da verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölümle karşılaşma sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.39 Ölümle Karşılaşma Sıklığı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,08	2	,04	,05	,955
ÖKAYÖ	Grup İçi	115,98	141	,82		
	Toplam	116,06	143			
	Gruplar Arası	,22	2	,11	,49	,615
ÖKÖ	Grup İçi	31,75	141	,23		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	47,47	2	23,74	1,53	,221
Rotter	Grup İçi	2193,83	141	15,56		
	Toplam	2241,31	143			

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.40'da sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.40 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölümle Karşılaşma Sıklığına Bağlı Değişimi

	Ölümle Karşılaşma Sıklığı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Nadir (1-2)	64	4,03	,93	,12
	Orta (3-49)	54	4,04	,89	,12
	Sık (50 +)	26	4,07	,88	,17
	Toplam	144	4,04	,90	,076
ÖKÖ	Nadir (1-2)	64	1,82	,57	,07
	Orta (3-49)	54	1,75	,39	,05
	Sık (50 +)	26	1,82	,38	,08
	Toplam	144	1,79	,47	,04
Rotter	Nadir (1-2)	64	10,56	4,23	,53
	Orta (3-49)	54	11,56	3,80	,52
	Sık (50 +)	26	11,92	3,49	,68
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Nadiren (1-2), orta (3-49), sık (50 ve üzeri) şeklinde gruplanmış örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.41’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölümle karşılaşma sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.41 Ölümle Karşılaşma Sıklığı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,04	2	,02	,02	,976
ÖKAYÖ	Grup İçi	116,02	141	,82		
	Toplam	116,06	143			
	Gruplar Arası	,15	2	,08	,33	,719
ÖKÖ	Grup İçi	31,82	141	,23		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	46,38	2	23,19	1,49	,229
Rotter	Grup İçi	2194,93	141	15,57		
	Toplam	2241,31	143			

Üç farklı grupta ölüm korkusu ve ölüm kaygısı düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm tehlikesi geçirme durumuna göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.42’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

4.2.10 Ölüm Tehlikesi Geçirmiş Olma Durumu ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm tehlikesi geçirme durumuna göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.42’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.42 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölüm Tehlikesi Geçirme Durumuna Bağlı Değişimi

	Ölüm Tehlikesi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Yaşamamış	101	4,07	,88	,09
	Yaşamış	42	3,96	,95	,15
ÖKÖ	Yaşamamış	101	1,79	,47	,05
	Yaşamış	42	1,79	,47	,07
Rotter	Yaşamamış	101	11,26	3,99	,40
	Yaşamış	42	10,95	3,96	,61

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm tehlikesi geçirme durumuna göre farklılaşması t-testi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.43’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölüm tehlikesi geçirme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.43 Ölüm Tehlikesi Geçirme Durumu ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair t-Testi Sonuçları

		Levene Varyansların Eşitliği Testi	Ortalamaların eşitliği için t-testi	
		F	t	Anlamlılık
ÖKAYÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,50	,66	,508
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		,64	,523
ÖKÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,00	-,03	,975
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		-,03	,975
Rotter	Varyansların eşitliği varsayımı	,00	,42	,677
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		,42	,677

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde ölüm tehlikesi geçirme durumuna bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.11 Ölüm Tehlikesi Geçirilen Yaş ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm tehlikesi geçirilen yaşa göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.44’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.44 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölüm Tehlikesi Geçirilen Yaşa Bağlı Değişimi

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	1-10	6	3,53	,96	,39
	11-20	5	3,96	,71	,32
	21-30	8	3,63	,86	,30
	31-40	7	3,90	,99	,38
	40 ve üzeri	1	3,73	.	.
	Toplam		27	3,74	,84
ÖKÖ	1-10	6	1,79	,48	,20
	11-20	5	1,80	,42	,19
	21-30	8	1,78	,46	,16
	31-40	7	2,04	,67	,25
	40 ve üzeri	1	1,75	.	.
	Toplam		27	1,85	,50

Tablo 4.44 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Ölüm Tehlikesi Geçirilen Yaşa Bağlı Değişimi (Devam)

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
Rotter	1-10	6	13,17	3,66	1,49
	11-20	5	10,60	3,44	1,54
	21-30	8	10,13	4,29	1,52
	31-40	7	10,43	2,57	,97
	40 ve üzeri	1	9,00	.	.
	Toplam		27	10,93	3,53

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölüm tehlikesi geçirilen yaşa bağlı olarak farklılaşması varyans analizi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.45’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile ölüm tehlikesi geçirilen yaş arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.45 Ölüm Tehlikesi Geçirilen Yaş ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
Gruplar Arası	,79	4	,20	,24	,910
ÖKAYÖ Grup İçi	17,74	22	,81		
Toplam	18,52	26			

Tablo 4.45 Ölüm Tehlikesi Geçirilen Yaş ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları (Devam)

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,32	4	,08	,30	,878
ÖKÖ	Grup İçi	6,03	22	,27		
	Toplam	6,36	26			
	Gruplar Arası	41,23	4	10,31	,80	,537
Rotter	Grup İçi	282,62	22	12,85		
	Toplam	323,85	26			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde ölüm tehlikesi geçirilen yaşa bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.12 Ölüm Tehlikesi Türü ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin geçirilen ölüm tehlikesi türüne göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.46'da sunulan veriler incelendiğinde ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği, süregelen (kronik) ölümcül hastalığa sahip kişilerin diğerlerine göre daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları gözlenmektedir.

Tablo 4.46 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Geçirilen Ölüm Tehlikesinin Türüne Bağlı Olarak Değişimi

	Ölüm Tehlikesi Türü	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Akut	32	3,85	,90	,16
	Süregelen	6	4,81	,59	,24
ÖKÖ	Akut	32	1,82	,48	,09
	Süregelen	6	1,92	,37	,15
Rotter	Akut	32	10,81	3,83	,68
	Süregelen	6	12,00	2,45	1,00

Örnekleme grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin geçirilen ölüm tehlikesi türüne göre farklılaşma durumu t-testi analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.47’de verilen analiz sonuçlarından ölüm korkusu ve kontrol odağı ile geçirilen ölüm tehlikesi türü arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bunun yanında ölüm kaygısı ile geçirilen ölüm tehlikesi türü arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade ölüm kaygısının geçirilen ölüm tehlikesi türüne göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.47 Geçirilen Ölüm Tehlikesinin Türü ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair t-Testi Sonuçları

		Levene Varyansların Eşitliği Testi	Ortalamaların eşitliği için t-testi	
		F	t	Anlamlılık
ÖKAYÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	1,84	-2,50	,017
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		-3,31	,008
ÖKÖ	Varyansların eşitliği varsayımı	,61	-,46	,646
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		-,56	,591
Rotter	Varyansların eşitliği varsayımı	2,03	-,73	,472
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı		-,98	,348

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliğinde geçirilen ölüm tehlikesi türüne bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında süregelen ölüm tehlikesi olanların daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.13 Kaybedilen Kişinin Yakınlık Derecesi ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin kaybedilen kişinin yakınlık derecesi değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.48'de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.48 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Kaybedilen Yakına Bağlı Değişimi

	Kaybedilen Yakın	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
	Yok	90	4,06	,87	,09
	Anne	10	3,99	,86	,27
	Baba	31	3,94	1,05	,19
ÖKAYÖ	Kardeş	8	4,17	,98	,35
	Evlat	4	4,15	,87	,44
	Eş	1	4,33	.	.
	Toplam	144	4,04	,90	,08
	Yok	90	1,82	,46	,05
	Anne	10	1,57	,67	,21
	Baba	31	1,75	,39	,07
ÖKÖ	Kardeş	8	1,89	,60	,21
	Evlat	4	1,85	,51	,26
	Eş	1	2,38	.	.
	Toplam	144	1,79	,47	,04
	Yok	90	11,49	3,89	,41
	Anne	10	9,60	5,44	1,72
	Baba	31	10,97	3,81	,68
Rotter	Kardeş	8	11,00	3,74	1,32
	Evlat	4	9,75	3,95	1,97
	Eş	1	13,00	.	.
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin kaybedilen kişinin yakınlık derecesine göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.49'da verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile kaybedilen kişinin yakınlık derecesi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.49 Kaybedilen Yakın ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,63	5	,13	,15	,979
ÖKAYÖ	Grup İçi	115,42	138	,84		
	Toplam	116,06	143			
	Gruplar Arası	1,08	5	,22	,96	,444
ÖKÖ	Grup İçi	30,89	138	,22		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	46,70	5	9,34	,59	,710
Rotter	Grup İçi	2194,61	138	15,90		
	Toplam	2241,31	143			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde kaybedilen kişinin yakınlık derecesi bağlı görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.14 Yakınını Kaybetme Tarihi ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin yakınını kaybetme tarihine göre farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.50’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusuna ilişkin değerlendirmeler bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermezken, yakınlarını farklı tarihlerde kaybeden kişilerin kontrol odağı açısından farklılık gösterdikleri gözlenmektedir.

Tablo 4.50 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Yakını Kaybetme Tarihine Bağlı Değişimi

	Yakını Kaybetme Tarihi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	1-5 yıl önce	10	3,97	1,13	,36
	6-10 yıl önce	9	4,14	,65	,22
	10 yıl ve üzeri	24	4,04	1,07	,22
	Toplam	43	4,05	,99	,15
ÖKÖ	1-5 yıl önce	10	1,98	,50	,16
	6-10 yıl önce	9	1,79	,36	,12
	10 yıl ve üzeri	24	1,73	,44	,09
	Toplam	43	1,80	,44	,07

Tablo 4.50 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Yakını Kaybetme Tarihine Bağlı Değişimi (Devam)

	Yakını Kaybetme Tarihi	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
Rotter	1-5 yıl önce	10	12,60	2,07	,65
	6-10 yıl önce	9	7,44	3,64	1,22
	10 yıl ve üzeri	24	10,83	4,31	,88
	Toplam	43	10,54	4,09	,62

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin yakını kaybetme tarihine göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.51’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile yakını kaybetme tarihi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bunun yanında kontrol odağı ile yakını kaybetme tarihi arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade kontrol odağı özelliğinin yakını kaybetme tarihine göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.51 Yakını Kaybetme Tarihi ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
Gruplar Arası	,13	2	,07	,06	,938
ÖKAYÖ Grup İçi	41,46	40	1,04		
Toplam	41,60	42			

Tablo 4.51 Yakınını Kaybetme Tarihi ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları (Devam)

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	,43	2	,22	1,13	,334
ÖKÖ	Grup İçi	7,64	40	,19		
	Toplam	8,07	42			
	Gruplar Arası	130,74	2	65,37	4,57	,016
Rotter	Grup İçi	571,96	40	14,30		
	Toplam	702,70	42			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu özelliğinde yakınını kaybetme tarihine bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında yakınını 6-10 yıl öce kaybedenlerin diğerlerine göre daha iç kontrol odaklı olduğu, bu gurubu yakınını 10 yıldan daha önce kaybedenlerin izlediği, yakınını 1-5 yıl önce kaybedenlerin ise diğerlerine göre daha dış kontrol odaklı oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.15 Sağlık Sorunu ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin sağlık sorunlarına bağlı olarak farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.52’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermedikleri, ancak orta ve yüksek sağlık sorunları yaşayanların daha az ölüm korkusu duydukları gözlenmektedir.

Tablo 4.52 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Sağlık Sorununa Bağlı Değişimi

	Sağlık Sorunu	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Yok	130	4,02	,92	,08
	Az	6	4,00	,97	,40
	Orta	7	4,42	,53	,20
	Yüksek	1	3,87	.	.
	Toplam	144	4,04	,90	,08
ÖKÖ	Yok	130	1,82	,45	,04
	Az	6	1,94	,48	,20
	Orta	7	1,30	,62	,24
	Yüksek	1	1,50	.	.
	Toplam	144	1,79	,47	,04
Rotter	Yok	130	11,42	3,86	,34
	Az	6	8,33	4,03	1,65
	Orta	7	8,86	4,71	1,78
	Yüksek	1	14,00	.	.
	Toplam	144	11,18	3,96	,33

Örneklem grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin sağlık sorunlarına göre farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.53’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ile kontrol odağı özelliği ile sağlık sorunları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bunun yanında ölüm korkusu ile sağlık sorunları arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade ölüm korkusunun sağlık sorunlarına bağlı olarak farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.53 Sağlık Sorunu ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
	Gruplar Arası	1,08	3	,36	,44	,725
ÖKAYÖ	Grup İçi	114,97	140	,82		
	Toplam	116,06	143			
	Gruplar Arası	1,96	3	,65	3,05	,031
ÖKÖ	Grup İçi	30,01	140	,21		
	Toplam	31,97	143			
	Gruplar Arası	101,55	3	33,85	2,22	,089
Rotter	Grup İçi	2139,76	140	15,28		
	Toplam	2241,31	143			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve kontrol odağı özelliğinde sağlık sorunlarına bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında sağlık sorunlarının ciddiyetinin artması ile birlikte ölüm korkusunun azaldığı sonucuna varılmıştır.

4.2.16 Birinci Derece Yakının Ölüm Riski ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin birinci derece yakının ölüm riskine bağlı olarak farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.54’de sunulan veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Tablo 4.54 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Birinci Derece Yakının Ölüm Riskine Bağlı Değişimi

	Ölüm Riski Olan Yakın	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
ÖKAYÖ	Yok	115	4,01	,94	,09
	Anne	10	3,99	,81	,26
	Baba	13	4,13	,73	,20
	Kardeş	2	4,14	,38	,27
	Eş	1	3,60	.	.
	Toplam	141	4,02	,90	,08
ÖKÖ	Yok	115	1,81	,49	,05
	Anne	10	1,58	,31	,10
	Baba	13	1,83	,40	,11
	Kardeş	2	1,50	,00	,00
	Eş	1	1,50	.	.
	Toplam	141	1,79	,47	,04

Tablo 4.54 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağının Birinci Derece Yakının Ölüm Riskine Bağlı Değişimi (Devam)

	Ölüm Riski Olan Yakın	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
Rotter	Yok	115	11,18	3,91	,36
	Anne	10	9,50	2,76	,87
	Baba	13	11,31	5,30	1,47
	Kardeş	2	15,50	2,12	1,50
	Eş	1	11,00	.	.
	Toplam	141	11,14	3,98	,34

Örnekleme grubunun ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin birinci derece yakının ölüm riskine bağlı olarak farklılaşma durumu varyans analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.55’de verilen analiz sonuçlarından ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özellikleri ile birinci derece yakının ölüm riski arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.55 Birinci Derece Yakının Ölüm Riski ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
ÖKAYÖ	Gruplar Arası	,37	4	,09	,11	,978
	Grup İçi	112,77	136	,83		
	Toplam	113,14	140			
ÖKÖ	Gruplar Arası	,78	4	,20	,87	,484
	Grup İçi	30,46	136	,22		
	Toplam	31,24	140			

Tablo 4.55 Birinci Derece Yakının Ölüm Riski ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiye Dair Varyans Analizi Sonuçları (Devam)

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık
Gruplar Arası	65,51	4	16,38	1,04	,39
Rotter Grup İçi	2150,93	136	15,82		
Toplam	2216,44	140			

Her iki tablodaki sonuçlar birlikte ele alındığında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinde birinci derece yakının ölüm riskine bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.17 Cinsiyet ile Başaçıkma Mekanizması Arasındaki İlişki Bulguları

Örnekleme grubu tarafından kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının cinsiyete bağlı olarak değişimi Ki-Kare testi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.56'daki analiz sonuçlarından kullanılan başaçıkma mekanizması ile cinsiyet arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer bir ifade ile kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının cinsiyete göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4.56 Kullanılan Temel Başaçıkma Mekanizmasının Cinsiyete Bağlı Değişimine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Değer	df	Anlamlılık
Pearson Ki-Kare	18,17	9	,033
Oran	21,52	9	,011
Doğrusal İlişki	,18	1	,674
Geçerli Olay Sayısı	142		

Kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının cinsiyete bağlı olarak farklılaşmasına ilişkin Tablo 4.57’de sunulan veriler incelendiğinde erkeklerin mantığa büründürme yöntemini daha çok kullandığı görülürken, kadınların diğerleri ile konuşmayı daha fazla tercih ettikleri gözlenmektedir. Erkeklerde hastayı vaka olarak algılama, kadınlarda ise ie bastırma daha sık kullanılmaktadır. Mizahın sadece erkekler tarafından kullanıldığı görülmüştür.

Tablo 4.57 Kullanılan Temel Başaçıkma Mekanizmasının Cinsiyete Bağlı Olarak Değişimi

Savunma	Cinsiyet		Toplam	Yüzde (%)
	Kadın	Erkek		
İlaç kullanımı	1	0	1	.7
Hastayı vaka olarak algılama	18	24	42	29.2
Hastayla en az iletişim kurma	6	3	9	6.3
Mantığa büründürme	20	31	51	35.4
Diğerleri ile konuşma	13	6	19	13.2
Kızgınlık	0	1	1	.7
İe bastırma	4	1	5	3.5
Mizah	0	6	6	4.2
Dine yönelme	3	2	5	3.5
Diğer	1	3	4	2.8
Kayıp Veri	1	0	1	.7
Toplam	67	77	144	%100

- Erkeklerin en sık kullandığı başaşikma yolları : Mantiğa büründürme (31) hastayı vaka olarak algılama (24), Mizah (6), diğerleriyle konuşma (6)
- Kadınların en sık kullandığı başaşikma yolları : Mantiğa büründürme (20), hastayı vaka olarak algılama (18), diğerleriyle konuşma (13)
- Toplamda : Mantiğa büründürme (51; %35.4), hastayı vaka olarak algılama (42; %29.2), diğerleriyle konuşma (19; %13.2)

4.2.18 Yaş ile Başaşikma Mekanizması Arasındaki İlişki Bulguları

Örnekleme grubu tarafından kullanılan temel başaşikma mekanizmasının yaşa bağlı olarak değişimi Ki-Kare testi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.58'deki analiz sonuçlarından kullanılan başaşikma mekanizması ile yaş arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir ifade ile kullanılan temel başaşikma mekanizmasının yaşa göre farklılık göstermediği, gözlenen değişimlerin ise rastlantısal olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.58 Kullanılan Temel Başaşikma Mekanizmasının Yaşa Bağlı Değişimine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Değer	df	Anlamlılık
Pearson Ki-Kare	39,41	36	,320
Oran	41,96	36	,228
Doğrusal İlişki	,23	1	,633
Geçerli Olay Sayısı	143		

4.2.19 Medeni Durum ile Başaçıkma Mekanizması Arasındaki İlişki Bulguları

Örneklem grubu tarafından kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının medeni duruma bağlı olarak değişimi Ki-Kare testi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.59'daki analiz sonuçlarından kullanılan başaçıkma mekanizması ile medeni durum arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir ifade ile kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının medeni duruma göre farklılık göstermediği, gözlenen değişimlerin ise rastlantısal olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.59 Kullanılan Temel Başaçıkma Mekanizmasının Medeni Duruma Bağlı Olarak Değişimine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Değer	df	Anlamlılık
Pearson Ki-Kare	18,87	18	,400
Oran	21,70	18	,246
Doğrusal İlişki	,50	1	,480
Geçerli Olay Sayısı	142		

4.2.20 Uzmanlık Alanı ile Başaçıkma Mekanizması Arasındaki İlişki Bulguları

Örneklem grubu tarafından kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının uzmanlık alanına bağlı olarak değişimi Ki-Kare testi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.60'daki analiz sonuçlarından kullanılan başaçıkma mekanizması ile uzmanlık alanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir ifade ile kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının uzmanlık alanına göre farklılık göstermediği, gözlenen değişimlerin ise rastlantısal olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.60 Kullanılan Temel Başaçıkma Mekanizmasının Uzmanlık Alanına Bağlı Değişimine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Değer	df	Anlamlılık
Pearson Ki-Kare	6,09	9	,731
Oran	6,93	9	,645
Doğrusal İlişki	,31	1	,580
Geçerli Olay Sayısı	141		

4.2.21 Akademik Unvan ile Başaçıkma Mekanizması Arasındaki İlişki Bulguları

Örneklem grubu tarafından kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının akademik unvana bağlı olarak değişimi Ki-Kare testi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.61'deki analiz sonuçlarından kullanılan başaçıkma mekanizması ile akademik unvan arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir ifade ile kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının akademik unvana göre farklılık göstermediği, gözlenen değişimlerin ise rastlantısal olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.61 Kullanılan Temel Başaçıkma Mekanizmasının Akademik Unvana Bağlı Değişimine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Değer	df	Anlamlılık
Pearson Ki-Kare	15,28	9	,084
Oran	15,49	9	,078
Doğrusal İlişki	2,10	1	,147
Geçerli Olay Sayısı	142		

4.2.22 Ölümle Karşılaşma Sıklığı ile Başaçıkma Mekanizması Arasındaki İlişki Bulguları

Örneklem grubu tarafından kullanılan temel başaçıkma mekanizmasının ölümle karşılaşma sıklığına bağlı olarak değişimi Ki-Kare testi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.62'deki analiz sonuçlarından kullanılan başaçıkma mekanizması ile ölümle karşılaşma sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir ifade ile ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılık göstermediği, gözlenen değişimlerin ise rastlantısal olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.62 Kullanılan Temel Başaçıkma Mekanizmasının Ölümle Karşılaşma Sıklığına Bağlı Değişimine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Değer	df	Anlamlılık
Pearson Ki-Kare	15,08	18	,657
Oran	15,53	18	,626
Doğrusal İlişki	,03	1	,859
Geçerli Olay Sayısı	143		

4.2.23 Ölümünden Sonraki Hayat İnancı ile Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu, ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişki Bulguları

Ölüm kaygısı, ölüm korkusu, kontrol odağı, ölümünden sonraki hayata olan inanç ve ölüm endişesi arasındaki ilişki korelasyon analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 4.63'deki analiz sonuçlarından ölüm kaygısı ile ölüm korkusu arasında $p < 0,01$ düzeyinde pozitif doğrusal bir ilişki bulunduğu, bu iki değişken dışındaki değişkenler arasındaki ilişkilerin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmektedir.

Bu bulgulardan hareketle bir kişinin ölüm korkusu ya da kaygısındaki artışla birlikte ölüm korkusu veya kaygısının da artıp azaldığı fakat diğer değişkenler arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı, her bir değişkenin birbirinden bağımsız olarak artış ve azalış gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.63 Ölüm Kaygısı, Ölüm Korkusu, Kontrol Odağı, Ölümünden Sonraki Hayata Olan İnanç ve Ölüm Endişesi Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		ÖKAYÖ	ÖKÖ	Rotter	Ölümünden sonraki hayata inanıyor musunuz?	Ölüm hakkında en korkutan şey
ÖKAYÖ	Pearson Korelasyonu	1	,56(**)	,14	,11	-,08
	Anlamlılık		,000	,087	,196	,356
	N	144	144	144	144	144
ÖKÖ	Pearson Korelasyonu	,56(**)	1	,04	-,05	-,12
	Anlamlılık	,000		,602	,520	,151
	N	144	144	144	144	144
Rotter	Pearson Korelasyonu	,14	,04	1	-,06	,01
	Anlamlılık	,087	,602		,491	,929
	N	144	144	144	144	144
Ölümünden sonraki hayata inanıyor musunuz?	Pearson Korelasyonu	,11	-,05	-,06	1	-,12
	Anlamlılık	,196	,520	,491		,163
	N	144	144	144	144	144
Ölüm hakkında en korkutan şey	Pearson Korelasyonu	-,08	-,12	,01	-,12	1
	Anlamlılık	,356	,151	,929	,163	
	N	144	144	144	144	144

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı

5. TARTIŞMA

Ölümün kişinin günlük yaşamının bir parçası olması, kişinin bu kaçınılmaz gerçeğe sıklıkla yüzleşerek bastırma ve inkara sığınmaması durumunda ölüm kaygısı düzeyi artar mı, yoksa fobi tedavilerinde olduğu gibi maruz kalma bu en temel kaygının derecesini azaltmada etkili olabilir mi?

Ölümlle en fazla yüzleşen, bireysel olarak yüzleşmenin ötesinde meslek erbabı olarak başka bir insanın varoluşunun sorumluluğunu alan özel bir grup olması sebebiyle araştırmanın örneklem grubunu hekimler oluşturmuştur. Ağırlıklı İstanbul ve İzmir illerindeki farklı ölçeklerdeki hastanelerde görev yapan 144 tıp doktoru (İstanbul99, İzmir 34) araştırmanın örneklemini olarak belirlenmiştir. Yeterli olmakla birlikte, daha fazla katılımcı sayısı arzu edilirdi. Ancak hekimlerin, özellikle de ölümcül hastayla çalışan hekimlerin çalışma alanlarına ulaşmada ve onların çalışma saatleri içinde hastalarına verdikleri hizmetten vakit ayırıp araştırmaya katılmalarında zorluklar vardı. Yine de ulaşılan katılımcı topluluğu hem sayı hem de normal dağılım özellikleriyle bilimsel çalışmaya uygun bulunmuştur (Tablo 3.1).

Maruz kalmanın etkisi ve örneklem topluluğunun özelliğinin kesişimiyle ilişkili araştırma ilgisi bu çalışmanın temel sorusunu şekillendirmiştir : Daha sık ölüm anıyla yüzleşen hekimler ile ölüm riski olmayan hastalarla çalışan hekimlerin ölüm kaygısı farklı mıdır? Bu tezde "Hekimlik uygulamalarında ölümlle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi"ni araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmadaki ikinci amaç, hekimlerin ölüm üstüne profesyonel rollerinin ötesinde birey olarak daha fazla düşünmelerine ve sorgulamalarına yol açarak hem bireysel farkındalık hem de ölümcül hastalarıyla etkileşim adına olumlu katkı sağlayabilmektir.

Her ne kadar literatürde ölümle sık yüzleşen bazı meslek gruplarının ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar bulunsa da (Hunt, Lester, Ashton, 1983), (Thorson ve Powell, 1996) tam tersi bulgular sunanlar da mevcuttur (Cochrane ve ark., 1990), (Hamama ve ark., 2000), (Pepitone, 1981). Aynı meslek grubu için dahi birbirine zıt sonuçlar verilmektedir. Örneğin, Thorson ve Powell, cenaze hizmetlilerinin ölüm kaygısını yüksek bulmuşlardır. Bu durumu, cenazecilerin mesleklerinin gereği sürekli ölümle yüzleşmek zorunda kalmalarının sonucu olarak yorumlamışlardır. Pepitone (1981), aynı meslek topluluğunun ölüm kaygısı düzeyini anlamlı düşük bildirmiştir.

Çok ciddi hastalık sebebiyle birey yönüyle ölümle yüzleşen hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda ölüm kaygısının hastalık öncesine göre artmadığını hatta azaldığını bildiren bilimsel çalışmalar vardır (Yalom, 1980), (Dougherty, Templar ve Brown, 1986), (Gibbs ve Achterberg-Lawlis, 1978), (Hintze ve ark., 1993). Bu araştırmada da ölüm kaygısı ve kontrol odağı özelliğinde sağlık sorunlarına bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında sağlık sorunlarının ciddiyetinin artması ile birlikte ölüm korkusunun azaldığı sonucuna varılmıştır. Ancak orta ve yüksek sağlık sorunlu gruptaki kişi sayısı çok az olduğu için (Orta 7, Yüksek 1) bu bulguyu anlamlı veri olarak yorumlamak uygun olmayabilir (Tablo 4.52, Tablo 4.53).

Farklı bulguların varlığında temel hipotezi oluştururken şu hususlar dikkate alınmıştır:

- a. Literatür, ölümlle yüzleşmenin ölüm kaygısı düzeyine etkisi ile ilgili net bulgular sunmamaktadır.
- b. Varoluşçu ekol penceresinden bakış: Hekimler, toplum tarafından onaylanan, saygı gören, başarılı, dolayısıyla kendini gerçekleştirme, varoluşunu anlamlandırma ve benlik bütünlüğüne ulaşma yoluyla ölüm kaygısıyla baş etme açısından olumlu bir gruptur.
- c. Davranışçı yaklaşıma göre, fobi tedavisinde maruz bırakma yöntemi kaygıyı azaltmada etkili olmaktadır. Literatürde, ölüm riski taşıyan hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda, ciddi hastalığı olanların hastalık öncesine göre ve/veya sağlıklı kontrol gruplarına göre düşük ölüm kaygısı bildirdikleri sonuçlar bulunmaktadır.
- d. Pek çok hekim yıllarca ölümlle iç içe olmalarına rağmen mesleklerine, her gün ölümlle yüzleşmeye ve ölümlle mücadeleye devam etmektedirler.

Bu değerlendirmelerle, temel hipotez olarak, Ölümcül Hastayla Çalışan Hekimlerin (ÖHÇH) Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) ve Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ) puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı düşük çıkacağı düşünülmüştür.

Tıbbın farklı alt uzmanlık açımları bulunması, aynı dalda dahi farklı uygulama alanları olması sebebiyle ölümcül hastayla çalışan hekim ve kontrol grubu sınıflamasının uzmanlık alanına göre yapılması uygun bulunmamıştır. Ölümcül hastayla çalıştığı düşünülen topluluktaki bir alanda dahi aynı uzmanlığa sahip iki kişinin çalıştıkları kurum, bölge vb. sebeplerle ölümlle karşılaşma sıklıkları değişebilmektedir. Bu sebepten ötürü, hekimleri uzmanlık alanlarına göre değil, günlük uygulamalarının ölümcül hastayla olup olmadığı esasına göre gruplamanın daha doğru olacağı düşünülmüştür. Sonuç olarak, deney ve kontrol gruplarının ayrıştırılmasındaki temel ölçütün "bir yıl içinde tanık olduğunuz ölüm anı?" sorusu olması gerektiğine karar verilmiştir. Nitekim,

uzmanlık alanına göre sınıflamanın anlamlı sonuç vermeyeceği düşünülse de bilimsel merak ile uzmanlık alanına göre de sorgulama yapılmış ve ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı özelliği ile uzmanlık alanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır (Tablo 4.28, Tablo 4.29).

Bir başka hipotez ise ölüm kaygısı ve korkusu ile kontrol odağı arasındaki ilişki üzerine kurulmuştur. Hekim kişiliğinin iş pratiklerine ve uzmanlık alanı seçimi üzerine etkisini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Ornstein ve ark., 1988), (Yufit ve ark., 1969). Hekimlerin genel olarak kontrolü elinde tutma, kendini beğenme özelliklerine dayanarak, ölüm gerçeğinin zorlayıcı yüzleşmelerine kaçma yerine savaşma tepkisi veren, ölümü daha fazla kontrol altında tutmaya yönelik ölüme müdahil dalları seçenlerin daha iç kontrol odaklı kişiler olabilecekleri düşünülmüştür. Buna bağlı olarak "ÖHÇH grubunun, kontrol grubuna göre iç kontrol odaklılık özelliği anlamlı düzeyde yüksek bulunacaktır" hipotezi öne sürülmüştür.

Ancak araştırma sonuçları ana hipotezleri desteklememiştir:

Ölümlerle karşılaşma sıklığına göre gruplar nadir (1-4), orta (5-20) ve sık (20 üzeri) olarak ayrılmıştır. Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu düzeyi ile kontrol odağı özelliğinin ölümlerle karşılaşma sıklığına göre farklılaşmasına ilişkin veriler incelendiğinde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin bu değişkene göre belirgin bir farklılık göstermediği gözlenmektedir (Tablo 4.36, Tablo 4.37).

Ölümlerle karşılaşmanın araştırma için anahtar değişken durumunda olması ve gruplamadan kaynaklanabilecek hataların en aza indirilebilmesi amacıyla ölümlerle karşılaşma sıklığına ilişkin aralıklarda değişiklik yapılarak analiz tekrarlanmıştır. Bu amaçla, nadiren (1-9), orta (10-29), sık (30 ve üzeri) ve nadiren (1-2), orta (3-49), sık (50 ve üzeri) gruplamaları kullanılmıştır. Ancak gruplamalar değişse

de sonuçlar değişmemiş ve ölümle karşılaşma sıklığına bağlı olarak ölüm kaygısı, ölüm korkusu ve kontrol odağı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.38, Tablo 4.39, Tablo 4.40 ve Tablo 4.41).

Bu durumda, araştırmanın hekimlerden oluşan örneklem topluluğu için, ölüm anına maruz kalma sayısı arttıkça ölüm kaygısı azalır hipotezi desteklenmemiştir. Öte yandan karşıt görüş lehine de bulgu edinilmemiştir, ölüme maruz kaldıkça ölüm kaygısı artmamıştır.

Ölümlerle sık karşılaşan dalları seçen hekimlerin daha iç kontrol odaklı olacaklarına dair hipotezin desteklenmeyeceği aslında uygulamalar sırasında hekimlerle yapılan görüşmelerden tahmin edilmeye başlanmıştır. Ülkemizde hekimlik üst uzmanlık alanı için girilen TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) sebebiyle kişilerin kendi istek ve kişiliklerine uygun olduğunu düşündükleri alanlara giremediklerine dair beyanları olmuştur. Ancak yine de kişilerin kendilerini ana özelliklerine göre konumlayabilecekleri düşünülmüştür. Göz gibi ölümcül hastayla karşılaşmadan emekli olunabilecek bir uzmanlık alanında kişi katarakt yerine göz kanserleri üzerine uzmanlaşmayı tercih edebilir. Bu düşünceyle TUS gibi diğer dış etkenlere rağmen iç kontrol odaklı kişilerin bir şekilde ölümle yüzleşecekleri konumu tercih edebilecekleri düşünülmüştür. Ancak tıpkı ölüme maruz kalmanın ölüm kaygısını azaltacağı yönündeki hipotez gibi, kontrol odağı ve ölümle karşılaşma sıklığına dair hipotez de desteklenmemiştir. Ölüm kaygısı düşük hekimlerin daha iç kontrol odaklı kişiler olduğu savı da desteklenmemiştir. Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ölçüklerinin kontrol odağı ile korelasyon analizinde bu yönde ilişki gösteren bir bulgu elde edilmemiştir.

Aslında en üst düzeyde bireysel farklılıkları eleyerek maruz kalmanın etkisini ölçebilmek için aynı kişinin tıptan mezun olmadan önce, hatta tıp fakültesi öncesi ölüm kaygısı düzeyini ölçmüş olmak ve yılda 50 üzeri ölüm gören bir

uzman olarak tekrar ölçmek çok daha net bulgular verebilir. Bu alanda ileriki dönemlerde araştırma yapacak kişilerin boylamsal çalışmaları düşünmesi çok değerli katkı sağlayacaktır.

Tezin alt amaçlarından biri Ertufan'ın 2000 yılında tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmanın aynı meslek dalında bir çeşit devamını gerçekleştirmektir. 2000 yılında tıp öğrencilerinin ölüm kaygısı üzerine ilk çalışma yapılmıştı, 2007'de araştırma kapsamına uzmanlar alınmıştır.

Tıp 1-Tıp 6 öğrencilerinin ölüm kaygısı düzeyleri arasında da anlamlı fark bulunmamıştı (Ertufan, 2000). Maruz kalma ile ölüm kaygısı arasında tıp mesleğini icra edenler açısından da anlamlı bir ilişki bulunamamış olması önceki veriyi desteklemektedir.

Kadınların ölüm kaygısı ve ölüm korkusu derecelerinin anlamlı yüksek çıkacağına dair hipotez ise desteklenmiştir. Araştırma sonucunda kadınların ölüm kaygısı ve ölüm korkusunun erkeklerden daha fazla olduğu ve erkeklere göre daha çok dış kontrol odaklı oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.20 ve Tablo 4.21). Zaten kadın cinsiyeti ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki literatürde genelde ortak bulguların başında gelmektedir.

Hekimlerle yapılan önceki araştırmaların ortak bir bulgusu meslekte daha uzun yıl geçirmenin, deneyimli olmanın kaygı seviyesini azalttığı, yaşça büyük ve deneyimli hekimlerin daha uyumlu başa çıkma mekanizmaları geliştirdiği yönündedir (Hamama ve ark., 2000). (Meyer ve Balck, 2002). (Hinkka ve ark., 2002). Ayrıca yaş değişkeniyle yapılan araştırmalar da cinsiyet gibi genellikle ortak bulgu vermektedir, yaş arttıkça ölüm kaygısı azalmaktadır (Rasmussen & Brems, 1996), (Thorson ve Powell, 1990), (Russac ve ark. 2007).

İyidoğan-Babayiğit'in araştırmasında (1996), onkologlar için çalışma sũresi ile durumluk kaygı değerleri arasında anlamlı ters bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.39, p < .005$). Yani daha uzun sũre onkolojide çalışmış olan hekimlerin daha yeni olanlara gũre kaygıları dũřũk çıkmıştır. Ancak bu farkın sadece maruz kalmanın kaygıyı azaltıcı etkisinden kaynaklanmayabileceği, başka etkenler olabileceği belirtilmiştir. Bu farkın hayata ve mesleğe bağlanmanın yenilerde henũz gelişmemiş olmasıyla açıklanabileceği ũne sũrũlmũřtũr. Bir başka gũrũř, işe yeni başlayanların eskilere oranla daha çok hasta gũrdũkleri, daha rutin işler yaptıkları ve ũzerlerinde denetimin fazla olmasının ve doyum sağlayacak bazı statũ ozelliklerine sahip olmamalarının etkisi olabileceğidir. Ayrıca bu farkın yenilerle eskiler arasında işe ilişkin değerlerin ve genel yaşam beklentilerinin farklılığından da kaynaklanabileceği dũřũnũlmũřtũr.

İlaveten, bu durum, az deneyimin sadece ũlũm kaygısını değil, genel kaygıyı da artırmasının ve genel kaygı yũksekliliđinin ũlũm kaygısı ile pozitif ilişkili olmasının bir sonucu da olabilir.

Bu tezde de ũđrenci ve uzmanların ũđretim ũyelerine gũre daha fazla ũlũm kaygısı duydukları, başka bir deyişle meslekte daha deneyimli olmanın ũlũm kaygısını azalttığı gũzlenmiřtir (Tablo 4.30 ve Tablo 4.31).

Bu bulgulara, mesleki deneyimin yaşla ilişkili olduğu gũrũřũ eklendiğinde "ŐHH grubunun meslekte geçirdikleri sũre arttıa ÖKAYÖ ve ÖKÖ değerleri dũřecektir" hipotezi kurulmuştu. Nitekim bulgularda bu yũnde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Őlũm kaygısı dũzeyinde yaşa bağlı olarak gũrũlen değişimlerin rastlantısal olduğu, bunun yanında ũlũm korkusunun yaş ile birlikte azaldığı, ayrıca insanların ilerleyen yaşlarda daha iç kontrol odaklı olmaya başladıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Ertufan (2000), tez çalışmasında, inandığı gibi yaşamının (dini inanç olsun veya olmasın), başka bir deyişle duygu, düşünce ve davranışın tutarlı olmasının kişilerde bilişsel tutarsızlığa yol açmayacağını, kişinin daha huzurlu ve az kaygılı olacağını, paralelinde ölüm kaygısı seviyesinin azalacağını öne sürmüştü. Bu düşüncesi ÖKAYÖ'de olmasa da, ÖKÖ'de desteklenmişti. Biraz inananların, çok inanan ve hiç inananlara göre ölüm korkusu düzeyleri yüksek çıkmıştı. Aynı düşünceye ve 2000 yılındaki veriye dayanarak bu araştırmada da çan eğrisi modelinin gerçekleşeceği, biraz inananların, inanıp inancını günlük yaşantısında eyleme dökmeyenlerin kaygısının en yüksek olacağı savı öne sürülmüştür. Zira dindarlar inançlarını yaşamakta ve ölüm sonrası mükafatı hakettikleri düşüncesiyle rahatlamaktadırlar. Hiç inananlar, ellerindeki tek hayatı dogmalarla tüketmedikleri inancıyla huzurludurlar. Ancak inanıp yapmayanlar için muhtemel cezalandırılmanın, inancında şüphesi olanlar için ölüm sonrasıyla ilgili belirsizliklerin onların kaygılarını artıracığı tahmin edilmiştir.

Ancak bu sefer hiçbir ölçekte dini inanış arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İlginç bir şekilde Ertufan'la aynı yıl (2000) Hamama ve arkadaşlarının İsrail'de yaptıkları araştırmada da, mesleki deneyimi fazla olan (nispeten yaşça büyük), dini kuralları harfi harfine uygulamayan ama dindar olan kişiler ve sağlık durumu iyi olanların ölüm kaygısı düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Birbirine zıt gözükken bu sonuçların bir sebebi dine inanıp uygulamasını yerine getirmeme değişkeninden çok Hamama ve arkadaşlarının örnekleminin diğer ortak özelliği olan ve literatürde kuvvetle desteklenen yaşça büyük ve mesleki açıdan deneyimli olma etkeninden kaynaklanıyor olabilir. Belki de bu zıt bulgular İslam ve Yahudi dinlerinin farklı özelliklerinden doğmaktadır. Nitekim, Templer de Hıristiyan toplumunda, 267 kişi üzerindeki araştırmasında dini vecibeleri daha sık yerine getiren, ölümden sonraki hayat inancı kesin olan, ve İncil'e harfi harfine riayet eden grubun ölüm kaygısını anlamlı düşük bulmuştur (Templer, 1972).

Literatürde dini inançla ilgili çelişkili veriler bulunmasının sebebi belki de dini inancı sadece dine inanmak gibi çok geniş kapsamda tek bir boyut olarak ele almaktan kaynaklanmaktadır. Johnson ve McGee (2004), ölüm kaygısı ve din ilişkisi araştırmalarının dinler arası olduğu kadar aynı dinin içindeki çeşitlilikleri de dikkate alınarak yapılmasını önermişlerdir. Hıristiyanlığın farklı mezheplerini affediciler (Birleşik Metodistler, Bahai, Quaker) ve cezalandırıcılar (köktendinci Hıristiyan-Güneyli Baptistler, İsa'nın Kilisesi, Tanrının Meclisi) şeklinde ikiye ayırmanın daha anlamlı bulgular vereceğini ifade etmişlerdir.

65 yaş üstü 45 bay-bayan denek üzerinde yapılan araştırmada Clements (1998) katılanlara Affedici Dini Motivasyon Ölçeği ve iki ölüm korkusu ölçeği uygulamıştır. Affedici dini motivasyonlu topluluk anlamlı düşük ölüm kaygısı bildirmiştir. İnanç derecesi ile ölüme yönelik tutumlar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

Dini inancı cezalandırıcı ve affedici diye ayırarak değerlendirme görüşü ve Clements'in bulgusu, bize ölüm inancını ateş ölçeği gibi tek bir rakamla değil inancı içeriğiyle, tarzıyla değerlendirmemiz gerektiğini, bir başka deyişle inanca "ne kadar?" mantığıyla değil "nasıl bir inanç" penceresinden bakmamız gerektiğine işaret etmektedir.

Sonuçta literatürde ölüm kaygısı-din ilişkisi için ters, çan eğrisi ve ilişki olmadığı sonuçlarını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bunlara dayanarak söylenebilecek şey, dini inanç ile ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğuna dair bulguya rastlanamamıştır.

Bu tez çalışmasında anlamlı bulunan ilişkilerden bir tanesi, süregelen (kronik) ölümcül hastalığa sahip kişilerin diğerlerine göre daha fazla ölüm kaygısı taşıdıklarıdır (Tablo 4.46 ve Tablo 4.47). Kronik hastalıkların depresyon ve kaygı

doğurması sebebiyle kişinin genel psikolojisini olumsuz etkilemesi ve literatürün en ortak bulgularından birinin genel psikolojik sağlık ile ölüm kaygısının pozitif ilişkisi olmasından hareketle, kronik hastalık ve ölüm kaygısı arasındaki korelasyonun aslında yine genel kaygı ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin yansıması olduğu söylenebilir (Ertufan, 2000).

Templer (1990) ölüm kaygısı ve depresyon arasında yüksek ilişki bulmuştur ve yüksek ölüm kaygısını yaşlı insanlarda depresif sendromun bir parçası ilan etmiştir. Conte ve arkadaşları (1982), ölüm kaygısının sadece yaşlılarda değil tüm yaşlarda "depresif sendromun" önemli bir parçası olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Ertufan'ın çalışmasında da (2000) ölüm kaygısı ölçeği (ÖKAYÖ) durumluktan çok süreklilik kaygısıyla ilişkili bulunmuştur.

Templer'e göre, ölüm kaygısının derecesi her şeyden önce genel psikolojik sağlık ile ölümlle ilgili yaşam deneyimlerince belirlenmektedir. Templer, yüksek ölüm kaygısının, daha kapsamlı bir psikopatolojinin en başlıca fonksiyonu olarak ortaya çıktığında, psikopatolojinin semptomatik olarak tedavi edilmesini önermiştir. Yani ölüm kaygısı göze çarpan bir şekilde hastanın genel kaygı açısından tedavi edilmesi gerektiğinin altını çizmiştir (Templer, 1990).

Başaçıkma mekanizmaları ile cinsiyet arasında da anlamlı farklar bulunmuştur. Tablo 4.57'de sunulan veriler incelendiğinde erkeklerin mantığa büründürme yöntemini daha çok kullandıkları görülürken, kadınların diğerleri ile konuşmayı daha fazla tercih ettikleri gözlenmektedir. Erkeklerde hastayı vaka olarak algılama, kadınlarda ise içe bastırma (erkeklerde 1, kadınlarda 4) daha sık kullanılmaktadır. Mizahın sadece erkekler tarafından kullanıldığı görülmüştür.

- Erkeklerin en sık kullandığı başaıkma yolları : Mantiğa büründürme (31) hastayı vaka olarak algılama (24), Mizah (6), diğerleriyle konuşma (6)
- Kadınların en sık kullandığı başaıkma yolları: Mantiğa büründürme (20), hastayı vaka olarak algılama (18), diğerleriyle konuşma (13)
- Toplamda : Mantiğa büründürme (51; %35.4), hastayı vaka olarak algılama (42; %29.2), diğerleriyle konuşma (19; %13.2)

Araştırmanın örneklem grubunun dünyadaki meslektaşlarına temel başaıkma mekanizmaları ve cinsiyet farklılıkları göstermeleri açısından benzedikleri yorumu yapılabilir. Türkiye’de ileride hekim örneklemini haricindeki bir topluluk üzerinde yapılacak çalışmalarda da kadınların en çok kullandıkları başaıkma yönteminin mantığa büründürme olup olmayacağı araştırılabilir. En fazla başvurulan bu mekanizmanın kadın cinsiyetinin genelinde mi kullanıldığı, yoksa hekimlik mesleğine özgü bir durum mu olduğu analizi yapılabilir.

İngiltere’de tıp öğrencileri üzerindeki boylamsal bir araştırmada, hekimlerin hastalarının ölümüne karşı ana başaıkma mekanizmasının cinsiyete göre farklı olduğu bulunmuştur. Erkeklerde mantığa büründürme, kadınlarda ise hastayı duygusal açıdan desteklemenin temel başaıkma mekanizmaları olduğu bildirilmiştir (Firth-Cozens ve Field, 1991). Bu tez çalışmasında da İngiltere’deki bulgulara paralel olarak cinsiyet farklılığı ve erkek hekimlerin mantığa büründürme mekanizmasını daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Araştırmamızda başaıkma mekanizmaları arasında “hastayı duygusal olarak desteklemek” seçeneği bulunmadığından bu açıdan karşılaştırma yapılamamaktadır. Ancak kadınların kendileri için diğerleriyle konuşmaya daha fazla meyilli olması erkek meslektaşlarına göre duygu ifadesine daha yatkın oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Kadınların duygu ifadesine erkeklerden daha yatkın oldukları yorumu, kadınların hem ölüm kaygısı hem de empati puanlarının yüksek olduğunu bildiren araştırma ile literatürde desteklenmiştir (Kvale ve ark., 1999). Belki de kadınların ölüm kaygısı seviyesinin yüksek çıkması onların ölümden erkeklere göre daha fazla korkmalarından değil cinsiyete has davranışlarının bir yansıması olarak sadece erkeklerden daha fazla duygu ifade etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bir başka yorum olarak hem erkek hem de kadın hekimlerin en çok kullandıkları başaıkma yolunun aynı olması ve ikisinin toplamda yüzdesel ağırlığının %64.6 olması, bu durumun tıp eğitimi içinde verilmiş olabileceğini, en azından öğretim görevlileri ve deneyimli hekimlerden model alma yoluyla edinilmiş olabileceği düşünölmüştür.

Literatürde hekimler için en uygun başaıkma yollarından biri olarak önerilen diğerleriyle konuşmanın sadece %13.2 ağırlıkta olması Schulman ve Green'in duygu paylaşımının hekimin zayıflığı olarak algılanıp, tıp kültürü içinde onaylanmadığına dair görüşleriyle örtüşmektedir (Schulman-Green, 2003). Hekimlerin birbirleriyle konuşarak başaıkma yolunu kullanmalarını öneren başka araştırmacılar da olmuştur (Meyer ve Balck, 2002), (Belfer, 1989), (Vaillant ve ark., 1972), (Redinbaugh ve ark., 2003). Bu anlamda araştırma örnekleminin benzer çalışmalardaki hekim topluluklarından farklı olmadığı anlaşılmıştır. Türk hekimlerinden oluşan örneklem topluluğunun başaıkma mekanizmalarının diğer meslektaşlarına benzediği söylenebilir. Böylece kültürlerarası karşılaştırmalara katkı yapılmıştır.

Tablo 4.63'deki analiz sonuçlarında ölüm kaygısı ile ölüm korkusu arasında $p < 0,01$ düzeyinde pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($r=,56$). Bu orta düzeydeki korelasyon her iki ölçeğin birbirleriyle ilişkili ama aynı zamanda

ayrıştırıcı özellikte ölçümler yapan iki ayrı ölçek olduklarını göstermektedir. Bu tezin alt amaçlarından biri olan ÖKAYÖ ve ÖKÖ ölçeklerinin birbiriyle ilişkili olduğu bulgusunu (Ertufan, 2000) sınama ve kontrol etme amacı gerçekleştirilmiştir.

Bir başka yorum olarak, "ölüm görme sayısı değişkeninin" de aynı dini inanışın affedici ve cezalandırıcı ayrıştırmasında olduğu gibi alt başlıklara ayrılabilceği düşünülmektedir. Bu fikir ölçeklerden, SPSS analizlerinden değil, uygulamalar sırasında tanışılıp sohbet edilen, ömrünü ölüm anıyla yüzleşmeye vermiş çok deneyimli hocaların, hekimlerin cümlelerinden edinilmiştir :

"6 yaşında bir çocuğun elinizde son nefesini vermesi ve bunun haberini dışardaki ailesine vermek, 60-70 yaşında 100 hastanın ölümünden ve haberini vermekten çok daha ağır."

"Kanserin her tarafını sardığı hastaların ölümü sonrasında sevindiğim bile oluyor, kurtuldu diye; ama akut sebeple gelen özellikle çocuk ve genç hastaları kurtaramadığımda üzülüyorum."

"Kucağında yavrusunu sana teslim eden ebeveynlere ölüm haberi vermek anlatılmaz bir yük."

"Bir defasında asistanken çocuğun biri masada kaldı. Asıl hekimi olmadığım halde uzmanlığımı aldıktan sonra ameliyat için çocuk hasta kabul etmedim."

"Elimde çocuklar ölüyor. Bu beni galiba depresyona sokuyor. Bu yüzden mesleği (Çocuk Kalp Cerrahliği) bırakmayı bile düşündüğüm oluyor."

"Her şeyi doğru yaptığınız halde ölenlerde sorun olmuyor ama hata sebebiyle ölen hastalar olduğunda bir süre etkisinden kurtulamıyorum. Acaba şöyle şöyle yapsaydık yaşar mıydı? Şu anda sevdikleriyle güzel anlar paylaşmaya devam ediyor olur muydu? diye soruyorum kendime, sanırım suçluluk veya hata başka hekiminse suçlama duygusu yaşıyorum."

Karşılaşılan ölüm anı sayısına ilave bir değişken olarak "yüzleşilen ölümün ifade ettiği anlam farklılıkları" göz önüne alınmalıdır. Karşılaşılan her bir ölüm anı matematiksel olarak bir (n=1) olsa da kişi tarafından aynı ağırlıkta ve şiddette algılanmamaktadır. "Zamansız ölüm", "pisi pisine ölüm", "sırasız ölüm" şeklinde değerlendirilen ölüm anlarına maruz kalma ile "ölmesi yaşamasından iyidir", "Allah daha fazla çektirmesin", "keşke herkes onun kadar / onun gibi yaşasa", "kanser her yerine metastaz yapmıştı", "hak etmiş, dünya bir pislikten kurtuldu" vb. cümlelerle tanımlanan ölümlere maruz kalmanın farklı psikolojik etkileri olduğu ifade edilmiştir. Neredeyse tüm hekimler, genç özellikle de çocuk ölümlerinden diğer ölümlere göre çok daha olumsuz etkilendiklerini bazılarının sırf bu yüzden uzmanlık eğitimi sonrasında çocuk ameliyatlarını kabul etmedikleri görülmüştür. Bu yorumun bilimsel açıdan sınanması için ileriki araştırmalarda sadece çocuk ölümleriyle karşılaşan çocuk cerrahisi dalı uzmanları, pediatrik onkologlar ile geriatri uzmanları karşılaştırılabilir.

Görüşmelerde en sık duyulan cümlelerden biri de hekimlerin geçen zaman ile hasta kaybetmeye karşı hassasiyetlerinin azalmadığı hatta bazıları için arttığı olmuştur. Bu durumun altında yatan temel etkenin ise "sorumluluk" olduğunun altı çizilmiştir. Sıklıkla *"ilk yıllarda da hasta kaybedince üzülüyoruz tabii ama o zamanlar başımızda bir hoca vardı ve her ne kadar paylaşırsak ana sorumluluk hocadaydı."* cümlesi dile getirildi. Hekimler, hastalarının ölümünü daha rahat atlatmalarını sağlayan, başa çikmalarını kolaylaştıran şeylerden birisinin "yapılabilecek her şeyi yaptıklarına inanmaları" olduğunu söylemişlerdir. Bir nevi kendi sorumluluklarını yerine getirdiklerine dair inanç onların psikolojisini koruyan önemli bir etken olarak yansımıştır.

Bu durumda sadece "ölüme maruz kalma" penceresinden bakmak hekimlerin psikolojisini anlamamız için yeterli olmayabilir. Asıl olan, o kayba, ölüme kişinin

yüklediği anlamdır: "şahsi sorumluluğumu yerine getirdim/getiremedim; zamanlı/sıralı/hak edilmiş vb. ölüm".

Başka bir deyişle konu adet, ölüm görme sayısı değil; kaç kez olursa olsun ölüme yüklenen anlam, yani kişisel algıdır. Bu pencereden, kişinin ölüm tehlikesi atlattığı olması veya bir yakını vasıtasıyla ölümlle ilgili kişisel yaşantısı olması değişkenleri önemli olmayabilir. Daha önemli ve etkili olan, kişinin o yaşantıdan nasıl etkilendiğidir. O yaşantıdan olgunlaşma aracı olarak, kişisel değer, tutum, davranış olarak etkilenip etkilenmediğidir. Ölüm kaygısı seviyesini asıl belirleyen böyle bir etkileşim olabilir. Yani "asıl olan ortak bir değişkenin kesişiminde buluşmak değil onu algılayış biçimidir." İşte bu sebepten aynı değişken grubunda (ölüm anına maruz kalma, uzmanlık alanı, kişinin kendisinin tehlike atlattığı vb.) yer alıp farklı seviyelerde ölüm kaygısı bildiriliyor olabilir.

Ölüm yöntemleriyle ilgili bir görüş olarak, ölüm kaygısı derecesini ölçen ölçeklerden ziyade "çok boyutlu ölçeklerin", hatta bilinçaltı kaygıyı tespit etmek için "yansıtıcı (projektif)" ölüm yöntemlerinin denenmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Özellikle, bastırma başa çıkma mekanizması kullanan kişilerin öz beyan yöntemiyle ölüm kaygı ve korkularını tam olarak bildiremeyebilecekleri bunun da araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülebilir.

Amerika'da hekimlerin kişilikleri ve seçtikleri uzmanlık alanları arasında ilişki olduğu düşünülerek 16 PF kişilik testi uygulanarak ve 5 Faktör Modeli temel alınarak yapılan araştırmada bu yönde kuvvetli bağlar bulunamamış ve aynı alanda çok farklı kişiliklerin bulunduğu altı çizilerek ileriki araştırmaların değişken mantığından "kişi" temeline kayması gerektiği belirtilmiştir (Borges & Savickas, 2002).

Literatür bulguları, paylaşılan düşünceler ve tezden edinilen sonuçlar ışığında yapılan bu yorumların sonuç olarak şu noktaya ulaştırdığı düşünülmektedir :

“Ölüm kaygısı, ölüm psikolojisi değişken mantığıyla değil kişiye özgü bakışla, bizzat kişinin psikolojisiyle açıklanabilir.”

6. KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A.M. : Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*. 1991, 68 (3), 924-926
- Abdel-Khalek, A.M. : Death anxiety in Spain and five Arab countries. *Psychological Reports*. 2003, 93 (2), 527-528
- Abdel-Khalek, A.M. : The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA) : Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies*. 2004, 28 (5), 435-457
- Abdel-Khalek, A.M. ve Al-Kandari, Y. : Death Anxiety in Kuwaiti middle-aged personnel. *OMEGA: The Journal of Death and Dying*. 2007, 55 (4), 297-310
- Abdel-Khalek, A.M. ve Al-Sabwah, M.N. : Satisfaction with life and death distress. *Psychological Reports*. 2005, 97 (3), 790-792
- Abdel-Khalek, A.M.; Beshai, J.A.; Templer, D.I. : The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students. *Psychological Reports*. 1993, 72 (3), 920-922

- Alexander, D.A. ve Ritchie, E. : Stressors and difficulties in dealing with the terminal patient. *Journal of Palliative Care*. 1990, 6(3), 28-33
- Anastasi, A. : *Psychological Testing (5th edition)*. 1982, New York: MacMillan Publishing Co. Inc.
- Becker, E. : *The Denial of Death*. 1973, New York : The Free Press
- Belfer, B. : Stres and the medical practitioner. *Stres Medicine*. 1989, 5 (2), 109-113
- Borges, N.J. ve Savickas, M. L. : Personality and medical specialty choice : A literature review and integration. *Journal of Career Assessment*. 2002, 10(3), 362-380
- Charlton, R.; Dovey, S.M.; Jones, D.G. ; Blunt, A. : Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. *Medical Education*. 1994, 28 (4), 290-295
- Cimete, G. : *Yaşam Sonu Bakım*. 2002, İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri.
- Clements, R. : Intrinsic religious motivation and attitudes toward death among the elderly. *Current Psychology*. 1998, 17, 237-248
- Cochrane, Joyce B. ; Levy, Marvin R. ; Fryer, John E. ; Oglesby, Carole A. : Death anxiety, disclosure behaviors, and attitudes of oncologists toward terminal care. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 1990-1991, 22(1), 1-12

- Collett, L. J.; Lester, D. : The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*. 1969, 72 (2), 179-181
- Conte, H.R.; Weiner, M.B.; Plutchik, R. : Measuring death anxiety : conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982, 43 (4), 775-785
- Conwell, Y.; Klagsburn, S.C.; Pellegrino, E.D.; Hendin, H. : Seduced by death : doctors, patients, and the dutch cure. *Suicide & Life Threatening Behavior*. 1998, 28, 234-243
- Coombs, R. H., Fawzy, F. I.; Daniels, M.L. : Surgeons' personalities : The influence of medical school. *Medical Education*. 1993, 27 (4), 337-343
- Degner, L. : The relationship between some beliefs held by physicians and their life-prolonging decisions. *Omega : Journal of Death and Dying*. 1974, 5(3), 223-232
- DeSpelder, L. A. ve Strickland, A. L. : *The Last Dance : encountering death & dying (6th. Edition)*. 2002 : Mc Graww-Hill.
- Donovan, J. M. : Validation of a Portuguese form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*. 1993, 73, 195-200
- Dougherty, K.; Templer, D. I.; Brown, R. : Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology*. 1986, 33 (3), 357-359

- Ergin, C. : Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi*. 1996, 4, 28-33
- Ertufan, H. : Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenirlik çalışması. *İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. 2000, İstanbul
- Feifel, H. ve Branscomb, A. B. : Who's afraid of death. *Journal of Abnormal Psychology*. 1973, 81 (3), 282-288
- Firth-Cozens, J. ve Field, D. : Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. *British Journal of Medical Psychology*. 1991, 64 (3), 263-271
- Frazier, P. H. ve Foss-Goodman, D. : Death anxiety and personality : are they truly related?. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 1988-1989, 19(3), 265-274
- Galt, C. P. ve Hayslip, B. : Age differences in levels of overt and covert death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1998, 37 (3), 187-202
- Gibbs, H.W. ve Achterberg-Lawis, J. : Spiritual values and death anxiety : implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*. 1978, 25 (6), 563-569
- Giles, A. H. : Death anxiety toward self and mother in clients with anorexia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 1995, 56, 522

- Gilliland, J. C. : Death anxiety : relation to subjective states. *PhD Thesis, California School of Professional Psychology* . 1982, Fresno.
- Hamama-Raz, Y. ; Solomon, Z. ; Ohry, A. : Fear of personal death among physicians. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 2000, 41 (2), 139-149
- Hinkka, H. ve ark. : Decision making in terminal care. *Palliative Medicine*. 2002, 16, 195-204
- Hintze, J.; Templer, D.I.; Cappelletty, G.G.; Frederick, W. : Death depression and death anxiety in HIV infected males. *Death Studies*. 1993, 17, 333-341
- Howells, K. ve Field, D. : Fear of death and dying among medical students, *Social Science & Medicine*. 1982, 16 (15), 1421-1424
- Huengsberg M; Vedhara K; Nott K.H.; Bradbeer C. : An exploration into occupational stress experienced by HIV health care professionals who work within genitourinary medicine settings. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1998, 3 (1), 83-90
- Hunt, D. M.; Lester, D. ; Ashton, N. : Fear of death, locus of control and occupation. *Psychological Reports*. 1983, 53, 1022
- İyidoğan-Babayiğit, Z. : Onkoloji alanında alışmanın hekimlerin kaygı ve depresyon düzeyi üzerindeki etkileri. *İ.. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. 1996, İstanbul

- Johnson, C.J. ve McGee, M. : Psychosocial aspects of death and dying. *The Gerontologist*. 2004, 44 (5), 719- 722
- Kağıtçıbaşı, Ç. : İnsan ve İnsanlar. 1988 : Evrim Basım Yayım Dağıtım
- Knight, K. H. ve Efenbein, M. H. : Relationship of death anxiety/fear to health-seeking beliefs and behaviors. *Death Studies*. 1996, 20 (1), 23-34
- Koptagel-İlal, G. : *Tıpsal Psikoloji*. 1991, Ankara : Güneş Kitapevi Yayınları
- Kübler-Ross, E. : *On Death and Dying*. 1969 : Collier Books-Macmillan
- Kübler-Ross, E. : *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. 1997, İstanbul : Boyner Holding Yayınları
- Kvale, J. ; Berg, L. ; Groff, J. Y.; Lange, G. : Factors associated with residents' attitudes toward dying patients. *Family Medicine*. 1999, 31(10), 691-696
- Lester, D. ve Abdel-Khalek, A. : The Collett-Lester fear of death scale : a correction. *Death Studies*. 2003, 27, 81-85
- Lucas, R. A. : A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 1974, 5 (3), 233-243
- Lynn, S. J. ve Garske, J. P. : *Contemporary Psychotherapies : Models and Methods*. 1990, Columbus. Charles E Merrill Publishing.

- Mc Donald, R.T. ve Carroll, J.D. : Three measures of death anxiety : birth order effects and concurrent validity. *Journal of Clinical Psychology*. 1981, 37 (3), 574-577
- Mc. Mordie, W. R. : Improving measurement of death anxiety. *Psychological Reports*. 1979, 44, 975-980
- Meyer, W. ve Balck, F. : Physicians' reactions to stressful situations in emergencies : coping strategies and physicians' variables. *Notfall & Rettungsmedizin*. 2002, 5 (2), 89-95
- Morgan, C. T. : *Psikolojiye Giriş*. 1995, Ankara : Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları
- Neimeyer, R. A. ve Chapman, K. M. : Self/ideal discrepancy and fear of death: The test of an existential hypothesis. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1980-1981, 11 (3), 233-240
- Neufeldt, D. E. ve Holmes, C. B. : Relationship between personality traits and fear of death. *Psychological Reports*. 1979, 45 (3), 907-910
- Nuland, S. B. : *How We Die*. 1994, New York : Alfred A. Knopf Publication
- Ornstein, S. M.; Markert, G. P.; Johnson, A. H. ve ark. : The effect of physician personality on laboratory test ordering for hypertensive patients. *Jun Medical Care*. 1988, 26 (6), 536-543
- Özkan, S. (derleyen) : *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi : Psikomatik Tıp 2002 - 2004*. 2005, İstanbul : Roche

- Pepitone-Arreola-Rockwell, F. : Death anxiety : comparison of psychiatrists, psychologists, suicidologists, and funeral directors. *Psychological Reports*. 1981, 49 (3), 979-982
- Quinn, P. K. ve Reznikoff, M. : The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *International Journal of Aging & Human Development*. 1985, 21 (3), 197-210
- Rasmussen, C. ve Brems, C. : The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *Journal of Psychology : Interdisciplinary and Applied*. 1996, 130 (2), 141-144
- Rasmussen, C. ve Johnson, M. : Spirituality and religiosity : relative relationships to death anxiety. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 1994, 29 (4), 313-318
- Redinbaugh, E. M. ve ark. : Doctors' emotional reactions to recent death of a patient : cross sectional study of hospital doctors. *British Medical Journal*. 2003, 327 (7408), 185-188
- Rose, B. M. ve O'Sullivan, M. J. : Afterlife beliefs and death anxiety : an exploration of the relationship between afterlife expectations and fear of death in an undergraduate population. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 2002, 45 (3), 229-243
- Russac, R.J. ; Gatliff, C. ; Reece, M. ; Spootswood, D. : Death anxiety across the adult years : an examination of age and gender effects. *Death Studies*. 2007, 31 (6), 549-561

- Sadowski, C. J.; Davis, S. F. ; Loftus-Vergari, M. C. : Locus of control and death anxiety : a reexamination. *Omega : The Journal of Death and Dying*. 1979-1980, 10 (3), 203 – 210
- Savaşır, I. ; Hisli-Şahin, N. : *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme : Sık Kullanılan Ölçekler*. 1997, Ankara : Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schulman-Green, D. : Coping mechanisms of physicians who routinely work with dying patients. *Omega : Journal of Death and Dying*. 2003, 47(3), 253-264
- Schulz, R. ve Aderman, D. : Physician's death anxiety and patient outcomes. *Omega : Journal of Death and Dying*. 1978-1979, 9 (4), 327-332
- Schumaker, J. F.; Barraclough, R.; Vagg, L. M. : Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of Social Psychology*. 1987, 128 (1), 41-47
- Schumaker, J. F.; Warren, W. G.; Groth-Marnat, G. : Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology*. 1991, 131 (4), 511-518
- Straub, S. H. ve Roberts, J. M. : Fear of death in widows : effects of age at widowhood and suddenness of death. *Omega : Journal of Death and Dying*. 2001, 43 (1), 25-41
- Suhail, K. ve Akram, S. : Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*. 2002, 26 (1), 39-50

- Templer, D. I. : The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*. 1970, 82, 165-177
- Templer, D. I. : Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Reports*. 1972, 31 (2), 361-362
- Templer, D. I. : Comment on large gender difference on death anxiety in Arab countries. *Psychological Reports*. 1991, 68 (3), 924-926
- Templer, D.I. ; Lavoie, M. ; Chalgujian, H. ; Thomas-Dobson, S. : The measurement of death depression. *The Journal of Clinical Psychology*. 1990, 46 (6), 834-839
- Thomas-Sabado, J. ve Gomez-Benito, J. : Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*. 2002, 91 (3), 1116-1120
- Thorson, J. A. ve Powell, F.C. : Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*. 1990, 46 (4), 379-391
- Thorson, J. A. ve Powell, F.C. : Medical students' attitudes towards ageing and death : a cross-sequential study. *Medical Education*. 1991, 25 (1), 32-37
- Thorson, J. A. ve Powell, F.C. : Undertakers' death anxiety. *Psychological Reports*. 1996, 78 (3,Pt 2), 1228-1230
- Tükel, R. ve Gök, Ş. : Kontrol odağının yaş, anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996, 7 (1), 11-16

- Vaillant, G. E. ; Sobowale, N.; McArthur, C. : Some psychological vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*. 1972, 287 (8), 372-375
- Viswanathan, R. : Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians: their relationship to patient death notification. *Psychosomatics : Journal of Consultation Liaison Psychiatry*. 1996, 37 (4), 339-345
- Volkan, V. D. : Psikanaliz Yazıları. 1997, Ankara :
- Wallace, E. R. : *Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması*. 1994, İstanbul : Eylül Yayınları.
- White, W. ve Handal, P. J. : The relationship between death anxiety and mental health/distress. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1990-1991, 22 (1), 13-24
- Yalom, I. D. : *Existential Psychotherapy*. 1980, New York : Basic Books.
- Yufit, R. I. ; Pollock, G. H. ; Wasserman, E. : Medical specialty choice and personality : initial results and predictions. *Archives of General Psychiatry*. 1969, 20 (1), 89-99

7. EKLER

EK 1

Literatür arama kelimeleri

Physician Death Anxiety,Physician's Death Anxiety Physicians' Death Anxiety;

Physician(s, s') Fear of Death

Physician(s, s') Death Fear

Physician(s, s') Psychology

Physician(s, s') Coping Mechanism

Physician(s, s') Defense Mechanism(s)

Physician(s, s') Personality

Death Anxiety in Physician(s, s')

Yukarıdaki tüm sorgular Physician yerine Doctor yazılarak ta yapılmıştır.

Yukarıdaki sorguların hepsi Türkçe karşılığı kelimelerle de yapılmıştır.

Literatür kaynakları

PSYCINFO

PsychArticles (APA nın yayınladığı 50 dergi)

Web of Science

ProQuest

Social Science Citation Index

Turkishmedline

Klinikpsikiyatri.org/makale ara

EK 2

GENEL BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız (dilerseniz) :

Telefon / Mail (dilerseniz) :

Doğum Tarihi :/...../.....

Doğum Yeri :

Cinsiyetiniz : Bay () Bayan ()

Durum : Bekar (); Nişanlı (); Evli (); Nikahsız birlikte (); Evli
ama ayrı yaşayan (); Boşanmış (); Eş vefat ()

Çocuk (sayı ve cinsiyet) :

Çalışılan Kurum :(ismi)
a. Özel B. Devlet
i) Tam Teşekküllü Hastahane ii) Hastahane
iii) Poliklinik/Sağlık Ocağı

Ekonomik düzey : Çok iyi () İyi () Orta () Düşük ()

Uzmanlık Alanı :

Akademik Unvan :

Tıp Fakültesi ve Mezuniyet Yılı :

Uzmanlık Fakülte ve Bitirme Yılı :
(Fakülte değil)Tıp Tercih Sırası:

Uzmanlık (TUS) Tercih Sırası :

Şu an asıl hekimi olduğunuz ölüm riski olan hastanız var mı?
VAR () YOK () Varsa, ölüm riski :
Çok Yüksek () Yüksek () Orta () Az ()

Şu anda hastalarınız arasında hekim olan var mı? VAR () YOK ()
Varsa, ölüm riski :
Çok Yüksek () Yüksek () Orta () Az ()

Bir yılda tahmini olarak kaç hastanın ölüm anına tanık oluyorsunuz? ...

Hiç ciddi ölüm tehlikesi atlattınız mı?

EVET() HAYIR()

(Lütfen açıklayınız : yaşınız, ve sebebi)

.....

.....

Birinci derece yakınınızı kaybettiniz mi?

EVET()

HAYIR()

Evetse,

Anne () Baba () Küçük kardeş () Büyük kardeş () Eş () Çocuk () Tarihi:

Anne () Baba () Küçük kardeş () Büyük kardeş () Eş () Çocuk () Tarihi: ...

Ciddi bir sağlık sorunuz var mı ?

EVET() HAYIR()

Varsa, ölüm riski :

Çok Yüksek () Yüksek () Orta () Az ()

Birinci derece yakınlarınızdan ölüm riskli hastalığı olan var mı?

EVET() HAYIR()

Evetse,

Anne () Baba () Küçük kardeş () Büyük kardeş () Eş () Çocuk ()

Aynı evde () Ayrı ()

Şu anda kullanmakta olduğunuz ilaçlar var mı? (Lütfen açıklayınız)

.....

.....

Geçirdiğiniz bir ruhsal hastalığınız var mı? (Lütfen açıklayınız)

.....
.....

Halen süren bir ruhsal hastalığınız var mı? (Lütfen açıklayınız)

.....
.....

Hekimlik mesleğinin duygusal yıpratıcılığına karşı kendinizi nasıl korumaya çalışıyorsunuz? Daha çok kullandığınızdan başlayarak 1-2-3 (ilk 3) diye sıralayınız.

İlaç kullanımı (sedatif, antidepresan vb.) ()

Hastayı kişi olarak değil vaka olarak algılayarak (dehumanizing) ()

Hastayla duygusal / sözel en az iletişim kurarak ()

Mantığa büründürerek ()

Diğerleriyle konuşarak (evde, arkadaşlarla veya meslektaşlarla) ()

Kızgınlık ()

İçe bastırma ()

Mizah ()

Dine yönelerek ()

İçki ()

Diğer ()

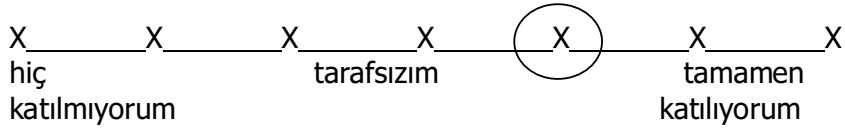
EK 3

YÖNERGE

Bu formda bir takım ifadeler bulunmaktadır. Her birini okuyunuz ve o ifadeyle ilgili neler hissettiğinize karar veriniz. Daha sonra hislerinizi yansıttığını düşündüğünüz "X" işaretini yuvarlak içine alınız. İşaretinizi yatay çizgilere koymamaya dikkat ediniz. Her bir ifade için yalnızca tek bir "X" işaretini yuvarlak içine alınız. Cevaplanmayan sorular testin geçerliliğini olumsuz etkilediğinden lütfen size en uygun olan şekilde tümünü yanıtlayınız.

Aşağıda bir örnek gösterilmiştir:

Roman okumaktan hoşlanırım.



Bu 7'li bir Likert ölçektir, aralardaki X leri de işaretleyebilirsiniz.

ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Ölmekten çok korkuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

3. İnsanların ölüm hakkında konuşması beni rahatsız etmez

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

4. Ameliyat olma zorunda kalma düşüncesi beni çok korkutur

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

5. Ölmekten hiç korkmuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

6. Kanser olmaktan özellikle korkmuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

8. Zamanın hızlıca akıp gitmesinden sık sık sıkıntı duyarım

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

10. Ölümünden sonra bir hayat olduğu fikri beni çok huzursuz ediyor

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

12. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

13. İnsanların III.Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

14. Ölü bir beden görüntüsü beni dehşete düşürür

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç tarafsızım tamamen
katılmıyorum katılıyorum

15. Geleceğin benim için korkulacak hiçbir şeyi olmadığını hissediyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
tamamen tarafsızım hiç
katılıyorum katılmıyorum

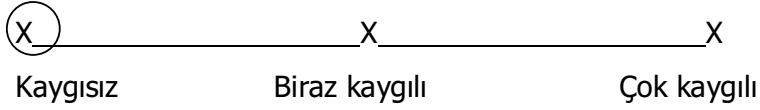
EK 4

YÖNERGE

Bu formda bir takım ifadeler bulunmaktadır. Her birini okuyunuz ve o ifadenin sizde uyandırdığı **"kaygı seviyesine"** karar veriniz. Daha sonra hislerinizi yansıttığını düşündüğünüz "X" işaretini yuvarlak içine alınız. İşaretinizi yatay çizgilere koymamaya dikkat ediniz. Her bir ifade için yalnızca tek bir "X" işaretini yuvarlak içine alınız.

Aşağıda bir örnek gösterilmiştir:

İssiz bir ormanda yalnız kalmak



Lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

COLLETT-LESTER'IN ÖLÜM KORKUSU ÖLÇEĞİ

1. Ölümün tüm yalnızlığı

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

2. Hayatın kısalığı

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

3. Ölümden sonra bir çok şeyden yoksun kalmak

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

4. Genç ölmek

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

5. Ölü olmak nasıl bir duygu olacak

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

6. Bir daha hiçbir şey düşünmemek ve yaşantılamamak.

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

7. Ölümden sonraki hayatta acı çekme ve cezalandırılma ihtimali

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

8. Ölümünden sonra vücudunun çürümesi

X _____ X _____ X
Kaygısız Biraz kaygılı Çok kaygılı

EK 5

YÖNERGE

Bu formda bazı sorular bulunmaktadır. Her birini okuyunuz ve size en uygun olan cevap şikkını yuvarlak içine alınız. İşaretinizin diğer şıklara kaymamasına dikkat ediniz. Her bir soru için yalnızca tek bir şikkı yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Aşağıda bir örnek gösterilmiştir:

Ne kadar sık spor yaparsınız?

- a) Çok seyrek
- b) Ayda bir-iki kez
- c) Haftada bir ya da daha fazla
- d) Her gün

GLOCK VE STARK'IN DİNİ İNANIŞIN BOYUTLARI ANKETİ

1. Ne kadar dindarsınız?
a) Çok dindarım b) Biraz dindarım c) Dindar değilim

2. İnanılıyorsanız, sizce Allah a) Cezalandırıcı b) Affedici

3. Dini inanışlarınızı hayata geçirir misiniz?
a) Her zaman b) Bazen c) Çok nadir ya da hiç

4. Ölümden sonraki hayata inanıyor musunuz?
a) Evet, ölümden sonraki hayata inanıyorum.
b) Ölümden sonra hayat olduğuna emin değilim.
c) Hayır, ölümden sonraki hayata inanmıyorum.

5. Öldükten sonra size ne olacak?
a) Sonsuza kadar yaşayacağım.
b) Ne olacağından emin değilim.
c) Hiçbir şey, öldükten sonra sonsuza kadar yok olursunuz.

6. Ölümü düşünürüm
a) Nadiren (ara sıra aklıma gelir)
b) Ara sıra (ayda bir ya da daha az)
c) Sıkça (en az haftada bir)
d) Çok sık (en az günde bir ya da haftada bir kaç kez)

7. Ölüm hakkında beni en çok korkutan şey (sadece tek şık seçiniz)

- a) Öldükten sonra ne olacağını bilmemek
- b) Aile ve arkadaşlardan ayrılmak
- c) Uzun ve acı dolu bir ölüm
- d) Hiç kimse beni hatırlamayacak
- e) Çok genç ölmek
- f) Çok yaşlı ölmek
- g) Bir sonraki hayatta cezalandırılmak
- h) Diğer (lütfen tanımlayınız)

8. Şu anki sağlık durumunuz?

- a) Mükemmel (hiçbir ciddi sağlık sorunu yok)
- b) İyi (küçük sağlık sorunları)
- c) Kötü (büyük sağlık sorunları)
- d) Çok kötü (ciddi sağlık sorunları)

9. Hayatın tatminkarlığı?

- a) Her şey düşünüldüğünde çok tatminkar
- b) Her şey düşünüldüğünde tatminkar
- c) Her şey düşünüldüğünde tatminkar değil
- d) Her şey düşünüldüğünde hiç tatminkar değil

10. Dininiz?

.....

EK 6

YÖNERGE

Bu anket, bazı önemli olayların insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlamaktadır. Her maddede a ya da b harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz ve yuvarlak içine alınız.

Seçiminizi yaparken, seçmeyi gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir; bunun için "doğru" ya da "yanlış" cevap diye bir durum söz konusu değildir.

Bazı maddelerde her iki cümleye de inandığınızı ya da hiçbirine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda, size en uygun olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

ROTTER'ın İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ

1. a. Ana-babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemlili oluyor.
b. Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.
2. a. İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır.
b. İnsanların talihsizlikleri kendi hatalarının sonucudur.
3. a. Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.
b. İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.
4. a. İnsanlar bu dünyada hakkettikleri saygıyı er geç görürler.
b. İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
5. a. Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.
b. Öğrencilerin çoğu, notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.
6. a. Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.
b. Lider olamayan yetenekli insanlar fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
7. a. Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.
b. Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.

8. a. İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar.
b. İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.
9. a. Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.
b. Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima daha iyidir.
- 10.a. İyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz.
b. Sınav sonuçları derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki, çalışmanın anlamı kalmıyor.
- 11.a. Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.
b. İyi bir iş bulmak, temelde, doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.
- 12.a. Hükümetin kararlarında sade vatandaş da etkili olabilir.
b. Bu dünya güç sahibi birkaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.
- 13.a. Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.
b. Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü birçok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.
- 14.a. Hiçbir yönü iyi olmayan insanlar vardır.
b. Herkesin iyi bir tarafı vardır.

15.a. Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.

b. Çoğu durumda, yazı tura atarak da isabetli kararlar verebiliriz.

16.a. Kimin patron olacağı, genellikle doğru yerde ilk önce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.

b. İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.

17.a. Dünya meseleleri söz konusu olduğunda, çoğumuz anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyızdır.

b. İnsanlar siyasal ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.

18.a. Birçok insan rastlantıların yaşantılarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.

b. Aslında şans diye bir şey yoktur.

19.a. İnsan, hatalarını kabul edebilmelidir.

b. Genelde en iyisi insanın hatalarını örtbas etmesidir.

20.a. Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur.

b. Kaç arkadaşınızın olduğu, ne kadar iyi olduğunuza bağlıdır.

21.a. Uzun vadede, yaşamınızdaki kötü şeyler iyi şeylerle dengelenir.

b. Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ya da her üçünün birden sonucudur.

- 22.a. Yeterli çabayla siyasi yolsuzlukları ortadan kaldırabiliriz.
b. Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur.
- 23.a. Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anlayamıyorum.
b. Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı vardır.
- 24.a. İyi bir lider, ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.
b. İyi bir lider herkesin görevinin ne olduğunu bizzat belirler.
- 25.a. Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hissedirim.
b. Şans ya da talihin yaşamımda önemli bir rol oynadığına inanmam.
- 26.a. İnsanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.
b. İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, sizden hoşlanırlarsa hoşlanırlar.
- 27.a. Liselerde atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.
b. Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.
- 28.a. Başıma ne gelmişse, kendi yaptıklarımdandır.
b. Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazen yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum.
- 29.a. Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlayamıyorum.
b. Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareden uzun vadede halk sorumludur.

8. ÖZET

“Hekimlik uygulamalarında ölümlerle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi” sınıanmıştır.

İstanbul ve İzmir’de farklı hastanelerde görevli 144 hekim örneklem olarak belirlenmiştir.

Veriler Genel Bilgi Formu - Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) - Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ) - Glock & Stark’ın Dini İnanışın Boyutları Anketi – Rotter’in İç/Dış Kontrol Odağı Ölçeği’nin uygulanmasıyla toplanmıştır.

Ölümcül Hastayla Çalışan Hekimler (ÖHÇH) ve kontrol grubu olarak katılımcıların ayrıştırılması “bir yılda tanık olduğunuz ölüm anı?” sorusuyla yapılmıştır.

Temel hipotez, ÖHÇH’nin ÖKAYÖ ve ÖKÖ değerlerinin, kontrol grubuna göre düşük olacağıdır. Ayrıca, “ÖHÇH’nin, kontrol grubuna göre iç kontrol odaklılığı kuvvetli bulunacaktır” ve “Ölüm kaygısı düşük hekimler daha iç kontrol odaklı kişilerdir” varsayımları öne sürülmüştür.

ÖKAYÖ, ÖKÖ ve kontrol odağının örneklem grubunun tanımlayıcı özelliklerine bağlı değişiminin incelenmesinde t-testi ve varyans analizi; örneklem grubu tarafından kullanılan temel başağkma mekanizmasının örneklem grubunun tanımlayıcı özelliklerine bağlı değişiminin belirlenmesinde Pearson Ki-Kare’den

yararlanılmış; ÖKAYÖ, ÖKÖ, kontrol odağı, ve ölümden sonraki hayata inanç arasındaki ilişkiyse korelasyon analiziyle hesaplanmıştır.

Araştırma sonuçları ana hipotezleri desteklememiştir.

Kadınların ÖKAYÖ ve ÖKÖ değerlerinin yüksek çıkacağı alt hipotezi desteklenmiştir.

“ÖHÇH'nin meslekte geçirdikleri süre arttıkça ÖKAYÖ ve ÖKÖ değerleri düşecektir” hipotezini destekleyen ilişki bulunmuştur. Ölüm kaygısı düzeyinde yaşa bağlı değişimlerin rastlantısal olduğu, ölüm korkusunun yaşla birlikte azaldığı, ayrıca insanların ilerleyen yaşlarda daha iç kontrol odaklı olmaya başladıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Süregelen ölümcül hastalıklı kişilerin ölüm kaygısı yüksektir.

Erkekler mantığa büründürme, kadınlar diğerleriyle konuşmayı tercih etmektedirler. Erkeklerde hastayı vaka olarak algılama, kadınlardaysa içe bastırma daha sık kullanılmaktadır. Mizahı sadece erkekler kullanmaktadır.

Hiçbir ölçekle dini inanış arasında ilişki saptanmamıştır.

İlerideki araştırmaların değişken mantığından “kişi” temeline kayması gerektiği düşünülmektedir.

9. ABSTRACT

This is a research on "the effect of being exposed to death often on physician's death anxiety".

Sample consists of 144 physicians from different hospitals in İstanbul and İzmir.

Subjects completed scales and forms in order : General Information Form, Templer's Death Anxiety Scale (ÖKAYÖ), Collett&Lester's Fear of Death Scale (ÖKÖ), Glock&Stark's Dimensions of Religious Commitment, Rotter's Locus of Control Scale.

Group is divided as physicians who are practising on patients close to death, and control group. The criterion to divide subjects is: "the number of death to expose (being a witness of somebody's last breath) in a year."

The main hypothesis is that physicians who are practising on patients close to death get significant lower ÖKAYÖ and ÖKÖ scores. Also, these physicians are higher in internal control. Moreover, physicians who get lower ÖKAYÖ and ÖKÖ scores are higher in internal control.

Relations between demographic variables and ÖKAYÖ, ÖKÖ, and locus of control were tested by t – test and variance analysis. Relations between demographic variables and physicians' coping mechanisms were tested by

Pearson Chi-Square. Relations between ÖKAYÖ, ÖKÖ, locus of control, and belief in afterlife were tested by correlation analysis.

Findings didn't support main hypothesis. However one of the secondary hypothesis is supported : women scored higher in ÖKAYÖ and ÖKÖ than men. Also, "physicians who are practising on patients close to death get lower scores on ÖKAYÖ and ÖKÖ if they spent more years in profession" is supported.

Relation between ÖKAYÖ and age is random; however, ÖKÖ decreases by age. Older subjects are higher in internal control. Moreover, those chronically ill get higher ÖKAYÖ scores.

Men utilize more rationalization mechanism; however women prefer to talk others. Males cope with dehumanizing, while women apply repression. Only men use humor against occupational stress.

No relation is found between religious belief and any scale.

Contradictory data regarding death anxiety may indicate that "death anxiety isn't a variable but a personal issue." Further researches should focus on person.

10. ÖZGEÇMİŞ

Hakan Ertufan, Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü 1993 yılı mezunudur.

İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi'nden Eğitimci Formasyon Sertifikası almıştır (1997).

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ndeki Psikososyal Onkoloji alanındaki yüksek lisansını "Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması" adlı teziyle 2000 yılında tamamlamıştır.

2001 yılında Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Uygulamalı Psikoloji Doktora programına kabul edilmiştir.

1999 yılından bu yana çalışmalarını odakladığı ölüm psikolojisi alanında uluslararası sertifika sahibidir.

Çeşitli kurumlarda psikolog, insan kaynakları ve eğitim yöneticiliği görevlerinde bulunmuştur. Halen profesyonel iş yaşamına eğitmen ve danışman olarak devam etmektedir.

Evli ve bir çocuk sahibidir.