



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**SAĞLIK KURUMLARINDA YATAN
HASTALARDA KORKU ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

Tuğçe ATEŞ

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

TRABZON-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazım aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/11/2024

Tuğçe ATEŞ

İthaf

Doktora tezimi, gözümün nuru yavrum; Demir Arslan ATEŞ'e ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren insani duruşu, bilgi ve deneyimiyle beni etkileyen, ilgi ve sevgisini hiçbir zaman eksik etmeyen, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışmanım Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Tez izleme komitemde yer alan, değerli fikir ve yönlendirmeleriyle tezime katkıda bulunan, emeğini ve desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ'a ve Sayın Prof. Dr. Mehmet KOKOÇ'a,

Öğrenim sürecimde birlikte yol aldığım ve varlıklarıyla bu süreci kolaylaştıran arkadaşlarım Betül BAL ve Zeliha ÇOLAK'a,

Doktora eğitim sürecimde oğlumu gönül rahatlığıyla emanet edebildiğim, fedakâr kuzenlerim Beyza BIÇAKÇI, Asena YAVUZ ve Aleyna Şafak'a,

Çalışmamda beni her konuda destekleyen, arkadaştan öte aile olarak gördüğüm meslektaşlarım ve dostlarım Büşra AYDIN, Şükran TEK, Nadide ŞEN, Esra CEBECİ ve Zeynep ÖZTÜRK'e,

Her zaman yanımda hissettiğim, varlığıyla huzur bulduğum, gölgesinde dinlendiğim canım annem Zehra ARSLAN'a,

Doktora tezimle beraber büyüyen canım oğlum Demir Arslan ATEŞ'e,

Tanıştığımız ilk günden beri her sıkıntım ve sevincimde yanımda olan, eğitim sürecimde desteğini eksik etmeyerek benim için imkânlar oluşturan, gücüme güç katan hayat arkadaşım Yaşar ATEŞ'e

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Tuğçe ATEŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Korku Kavramı

4

2.2. Korkunun Nedenleri

5

2.3. Korkuya Eşlik Eden Tepkiler

7

2.4. Korku İle İlişkili Benzer Duygular

9

2.5. Korku Kuram ve Modelleri

10

2.5.1. Klasik Korku Koşullanması Kuramı

10

2.5.2. Rachman'ın Üç Yol Kuramı

11

2.5.3. Stres Korku Modeli

11

2.5.4. Davey'in Güncel Koşullanma Modeli

12

2.5.5. İlişkili Olmayan Korku Edinme Modeli

12

2.5.6. Korku Dürtü Modeli

12

2.5.7. Paralel Süreç Modeli

12

2.5.8. Koruma Motivasyonu Teorisi

13

2.5.9. Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli

13

2.6. Hastalarda Korkunun Önemi ve Hemşirenin Rolü

14

3. GEREÇ ve YÖNTEM

17

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

17

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

17

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlama Ölçütleri	18
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.4.2. Taslak Hastalarda Korku Ölçeği	18
3.5. Veri Toplama Süreci	18
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	21
4. BULGULAR	22
4.1. Hastalarda Korku Ölçeği'nin Geçerlik Bulguları	22
4.1.1. Yüzey ve Kapsam Geçerliği	22
4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması	22
4.1.1.2. Akran/Arkadaş ve Uzman Olmayan Diğer Bireylerin Değerlendirmesi	23
4.1.1.3. Uzmanların Değerlendirmesi	23
4.1.2. Kapsam Geçerliği	23
4.1.3. Pilot Uygulama	24
4.1.4. Yapı Geçerliği	25
4.1.4.1. Temel Bileşenler Analizi	26
4.1.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	28
4.1.4.3. Yakınsak Geçerliği ve Ayrışma Geçerliği	30
4.2. Hastalarda Korku Ölçeği'nin Güvenirlik Bulguları	31
4.3. Hastalarda Korku Ölçeğinin Son Yapısı ve Hesaplanması	35
4.4. Hastaların Demografik Özellikleri ve Hastalarda Korku Ölçeği Bulguları	36
4.4.1. Hastaların Demografik Özellikleri	36
4.4.2. Hastaların Hastalarda Korku Ölçeği Puanları	38
4.5. Hastaların Demografik Özellikleri ile Hastalarda Korku Ölçeği Bulgularının Karşılaştırılması	38
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	41
5.1. HKÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	41
5.2. Hastaların Korku Duygusuna İlişkin Bulguların Tartışılması	50
6. KAYNAKLAR	54
EKLER	68

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	69
Ek 2. Kurum İzni	70
Ek 3. Etik Kurul Onayı	73
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	76
Ek 5. Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeği	77
ÖZGEÇMİŞ	78



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanenin tanıtıcı özellikleri	17
Tablo 2. HKÖ'yü geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci	19
Tablo 3. HKÖ'nün geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler	20
Tablo 4. Kapsam geçerliği ve pilot uygulama sonrası HKÖ maddelerinin dağılımı	24
Tablo 5. Ölçek maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri	25
Tablo 6. HKÖ'nün alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri	27
Tablo 7. HKÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri	28
Tablo 8. HKÖ maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yükleri ve t-test değerleri	30
Tablo 9. HKÖ'nün yakınsak ve ayrışma değerleri	31
Tablo 10. HKÖ'nün güvenirlik analizi bulguları	32
Tablo 11. HKÖ'nün madde toplam korelasyon ve Cronbach Alpha değerleri	33
Tablo 12. TBA için ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri	34
Tablo 13. HKÖ ve alt boyutlarının %27'lik alt ve üst çeyreklik karşılaştırması	35
Tablo 14. HKÖ'nün test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması	35
Tablo 15. Hastalarda Korku Ölçeğinin maddeleri ve puan aralıkları	36
Tablo 16. Ölçek geliştirme çalışmasına katılan hastaların demografik özellikleri	37
Tablo 17. DFA örnekleminde hastaların HKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları	38
Tablo 18. DFA örnekleminde hastaların demografik özelliklerine göre HKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Hastalarda Korku Ölçeği yamaç grafiği	26
Şekil 2. Doğrulayıcı Faktör analizine göre HKÖ'nün path diyagramı	29



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ASV	Average Shared Variance (Ortalama Paylaşılan Değer)
AVE	Average Variance Extracted (Ortalama Açıklanan Varyans)
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR	Composite Reliability (Yapı Güvenilirliği)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İndeksi)
HKÖ	Hastalarda Korku Ölçeği
ICC	Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI	Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Testi
MSV	Maximum Shared Variance (Maksimum Paylaşılan Değer)
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü)
SS	Standart Sapma
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü)
TBA	Temel Bileşenler Analizi
TLI	Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
χ^2/Sd	Düzeltilmiş Ki-kare İstatistiği

Simgeler

β	Beta
---------	------

Formüller

$$[KGO = (Nu - N/2) / (N/2)]$$

ÖZET

Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeğinin Geliştirilmesi

Korku tehlike varlığında ya da beklentisi olduğunda ortaya çıkan doğal bir duygudur. Korku düzeyi yüksek olan hastalarda, var olan sağlık tehdidiyle baş etmek, koruyucu önlemler almak yerine kaçınma, inkâr, tepkisel davranışlar görülebilmektedir. Dolayısıyla hastalarda korku düzeyinin belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerin planlanıp, uygulanması önemlidir. Araştırmada hastaların öz değerlendirmesiyle korku düzeyini belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmıştır. Araştırmanın temel bileşenler analizinin örneklemi Bayburt il merkezinde bulunan bir kamu hastanesinde yatmakta olan 345 hasta oluştururken, doğrulayıcı faktör analizi örneklemi aynı hastanede yatan farklı 300 hasta oluşturmuştur. Test-tekrar test ise toplam 40 hastayla yapılmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Hastalarda Korku Ölçeği ile toplanmıştır. Çalışmada, taslak ölçeğin yüzey geçerliği sağlanmış ve kapsam geçerlilik indeksi 0.88 olarak belirlenmiştir. Temel bileşenler analizi için Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.93, Barlett testi $X^2=5935.391$ ($p<0.05$), anti imaj korelasyon değerleri 0.87 ile 0.95 arasındadır. Temel bileşenler analizinde, Hastalarda Korku Ölçeğinin 23 madde ve dört alt boyut ile şekillenmiş, maddelerin faktör yük değerlerinin 0.835-0.676 arasında olduğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi için düzeltilmiş X^2/Sd değeri 2.26, RMSEA değeri 0.07, CFI değeri 0.91, NFI değeri 0.90'dır. Bu uyum indeksleri iyi düzeydedir ve temel bileşenler analizi ile saptanan Hastalarda Korku Ölçeğinin yapısını doğrulamaktadır. Yakınsak geçerlik analizlerinde ise alt boyutların ortalama açıklanan varyansı 0.47-0.69, yapı güvenirlik değerleri 0.81-0.92 arasındadır. Ölçeğin Spearman-Brown=0.93, Guttman Split-Half=0.87 ve Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak saptanmıştır. Madde toplam korelasyon değerleri 0.55-0.81, test-tekrar test analizinde $r= 0.95$ ($p<0.001$) ve $t=1.422$ ($p>0.05$) olarak bulunmuştur. Bununla birlikte hastaların ölçek toplam puan ortalaması 2.91 ± 1.07 'dir. Ayrıca hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni ve eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık varlığını içeren sosyodemografik özellikler korku düzeyini etkilemiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak hastaların değerlendirmesiyle sağlık kurumlarında yatan hastaların korku düzeyini belirlemek için geliştirilen Hastalarda Korku Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hastaneler, Hemşirelik, Korku, Ölçekler, Yatan hastalar

ABSTRACT

Development of the Fear Scale in Hospitalized Patients in Health Care Organizations

Fear is a natural emotion that arises in the presence or expectation of danger. In patients with high levels of fear, avoidance, denial and reactive behaviors may be observed instead of coping with the existing health threat and taking protective measures. Therefore, it is important to determine the level of fear in patients and to plan and implement interventions accordingly. The aim of the study was to develop a valid and reliable measurement tool to determine the level of fear by self-assessment of patients. The sample of the principal components analysis of the study consisted of 345 patients hospitalized in a public hospital in Bayburt city center, while the confirmatory factor analysis sample consisted of 300 different patients hospitalized in the same hospital. As for test-retest, it was performed with a total of 40 patients. Data were collected through Personal Information Form and Fear in Patients Scale. In study, the face validity of the draft scale was ensured and the content validity index was determined as 0.88. For principal component analysis, Kaiser-Meyer-Olkin value is 0.93, Barlett test $X^2=5935.391$ ($p<0.05$), anti-image correlation values are between 0.87 and 0.95. In the principal component analysis, it was determined that the Fear in Patients Scale was shaped by 23 items and four sub-dimensions, and the factor loadings of the items were between 0.835-0.676. For confirmatory factor analysis, the adjusted X^2/Sd value is 2.26, RMSEA value is 0.07, CFI value is 0.91, and NFI value is 0.90. These fit indices are good and confirm the structure of the Fear in Patients Scale determined by principal component analysis. As for the convergent validity analyses, the average explained variance of the sub-dimensions is between 0.47-0.69 and the construct reliability values are between 0.81-0.92. Spearman-Brown=0.93, Guttman Split-Half=0.87 and Cronbach Alpha value of the scale was determined as 0.94. Item total correlation values were 0.55-0.81, $r=0.95$ ($p<0.001$) and $t=1.422$ ($p>0.05$) in the test-retest analysis. However, the mean total scale score of the patients was 2.91 ± 1.07 . In addition, sociodemographic characteristics including gender, age, marital and educational status, employment status and presence of chronic diseases affected the level of fear ($p<0.05$). As a result, the Fear in Patients Scale, which was developed to determine the fear level of patients hospitalized in health care institutions through the evaluation of patients, can be used as a valid and reliable measurement tool.

Key Words: Fear, Hospitals, Inpatients, Nursing, Patient, Scales

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Korku, yüksek düzeyde uyarılmanın eşlik ettiği temel insan duygularından biridir (1). Bireysel olarak önemli kabul edilen ve algılanan olumsuz bir durum sonucu ortaya çıkmaktadır (2). Sağlık sorunları ve hastane yatışları bireylerin hayatını olumsuz etkileyen önemli durumlardır (3, 4). Birey, sağlığını tehdit eden bir risk faktörüyle karşılaştığında, korku yaşayabilir (4). Bu bilgilere benzer şekilde bazı çalışmalarda, birçok hasta grubunun korku duygusunu deneyimlediği belirtilmektedir (2, 5-7). Hastalık sürecinde iyi bir destek sisteminin olmaması, bireyin algılanan kontrol kaybı, bilgi eksikliği, karşılanmayan psikososyal ihtiyaçlar, hemşirelik bakımı ve iletişimindeki farklılıklar, hasta ve hemşire arasındaki iletişim eksikliği gibi durumlar hastalarda korku duygusunu artırmaktadır (8-10).

Korku yaşayan bireylerde, sosyal izolasyon, yetersiz beslenme, uyku düzensizliği, artmış enfeksiyon riski, kalp hızı değişiklikleri gözlenmektedir (11, 12). Ayrıca artan korku düzeyleri morbidite ve mortalitede artışa, yara iyileşmesinde gecikmeye, hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilmekte, tedavi planına uyumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (13-15). Hastanede yatış süresince kendilerini güvensiz hisseden bireylerin bazılarının tedaviyi reddettiği ve sağlık çalışanları ile çatışma yaşadıkları belirtilmektedir (16). Bazı çalışmalar ise yaşlı bireylerin korkuları sebebiyle hastaneye geç başvurdıklarını ve bu yüzden tedavinin zorlaştığını bildirmektedir (4, 17). Dolayısıyla hastalarda korku düzeyinin yüksek olması hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığı önemli ölçüde etkilemektedir (9, 18).

Korku, Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (NANDA-I) hemşirelik tanılarından biridir (12, 19). Ancak hemşirelerin korku tanımını diğer tanılardan ayırmakta güçlük yaşadığı hatta zaman zaman kaygı, etkisiz baş etme gibi hemşirelik tanıları ile aynı anlama geliyormuş gibi kullandığı belirtilmektedir (20). Bu nedenle korku tanımını ayırt edebilmek için hemşirelerin hastanın belirtilerini ve bildirimlerini dikkatle değerlendirmesi çok önemlidir (21). Korku subjektif, çok boyutlu ve soyutluğu yüksek olan bir duygudur (20). Dolayısıyla bireyler duruma ve uyarıcı faktörlere bağlı olarak, korku duygusunu farklı kapasitelerde deneyimleyebilir (22). Ayrıca bireylerde korku ile ilişkili kaçınma, hassasiyet, savunma, inkâr etme gibi davranışlar görülüyorsa birey bu bilgiyi kendi kendine dile getirmede ve kabullenmede zorluk yaşayabilir (20). Bu nedenle öznel bir deneyim olan korkunun öz bildirim ölçümlerinin fizyolojik ölçüme göre daha

hassas olabileceği belirtilmektedir (23). Hemşireler duyarlı ve korku duygusu artmış hastaları daha erken belirleyebilirse, uygun müdahaleler daha erken başlatılabilir, ortaya çıkan davranışsal ve duygusal tepkinin hafifletilmesi sağlanabilir. Hemşireler tarafından korkunun erken tanımlanarak müdahale edilmesi, hastayı beklenenden daha hızlı iyileşmeye yönlendirerek verilen bakımın kalitesini arttırabilir (4). Bu kapsamda sağlık kurumlarında yatan hastalarda korku duygusunu tüm yönleri ile ele alan genel bir ölçek, hemşirelere doğru şekilde korku tanısını koymada yardımcı olabilir.

Literatür incelendiğinde korku düzeyini ölçmeye yönelik ölçeklerin; COVID-19, doğum, meme kanseri, cerrahi ve ölüme ilişkin geliştirilmiş korkuyu ölçmeye yarayan ölçekler olduğu tespit edilmiştir. Bu ölçekler incelendiğinde belirli bir hastalık ve duruma özgü korkuyu (doğum yapma, meme kanseri olma, COVID-19 bulaşma korkusu gibi) ölçüp değerlendirmek amacıyla geliştirildikleri tespit edilmiştir (24-28). Oysa her hasta bir sağlık tehdidi karşısında tedavi ve bakım sürecine, sosyal ilişkilerine, hastane ortamına, sağlık durumuna ilişkin alanlarda korkuya sahip olabilmektedir. Ayrıca korku ile ilgili ölçeklerden sadece Meme Kanseri Korku Ölçeği'nin bir model temel alınarak geliştirildiği tespit edilmiştir (26). Ölçme araçlarının modele dayalı olarak geliştirilmesi; klinik uygulamalarda rahat ve kolaylıkla kullanılabilmesi, sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşım sağlaması açısından oldukça önemlidir. Ancak ulusal ve uluslararası literatürde sağlık kurumlarında yatan yetişkin hastaların sürece ilişkin korku düzeyini genel olarak ele alan, tüm hastalık tanılarında kullanıma uygun ve modele temellendirilmiş ölçeğe rastlanılmamıştır.

Korkunun değerlendirilmesinde birey algılamalarının önemli olması, yapılacak bilimsel çalışmalarla geçerli ve güvenilir araçların geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında yatan hastaların korku düzeyini belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının geliştirilmesi, düşük düzeyde hasta korkusunun pozitif sağlık davranışları geliştirilmesinde teşvik olarak kullanılmasında, artmış korku düzeyinde ise korkunun nedeninin anlaşılacak korku ile baş edebilmede destek verilmesi, bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve bireyin sağlık bakımında etkin olması açısından gereklidir. Bu doğrultuda çalışmada, sağlık kurumlarında yatan hastaların korku düzeyini somutlaştırarak ölçülebilir hale getiren kolay ölçüm sağlayan, güvenilir, tutarlı ve geçerli, hemşirelik mesleğine özgü sağlık kurumlarında yatan yetişkin hastaların korku düzeyini ve korku boyutlarını değerlendirebilen bir ölçme aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın amacı kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeği geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeği güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeğine göre hastaların korku düzeyleri nedir?
- Hastaların tanıtıcı özellikleri, hastaların korku düzeylerini etkilemekte midir?



2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde; korku kavramı, korkunun nedenleri, korkuya eşlik eden tepkiler, korku ile ilişkili benzer duygular, korku kuram ve modelleri, hastalarda korkunun önemi ve hemşirenin rolü başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. Korku Kavramı

Korku kavramı, Yunanca kökenli olup ‘dehşete kapılmak’ anlamına gelen ‘phobos’ kelimesinden türemiştir (29). Türkçede ise korku, ‘*bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntü*’ olarak tanımlanmaktadır (30). Bu kavramı ilk tartışan kuramcılardan biri Janis’dir. Janis, 1962’de korkuyu negatif bir dürtü olarak tanımlamıştır. Ayrıca korku kavramını tanımlarken birey için tehlike oluşturabilecek durumun çevresel (dış) kaynaklı olduğunu vurgulamış, korku düzeyinin; tehlikeli durumun gerçekleşme olasılığına ilişkin birey inancı ve tehlikenin bireye ve ailesine verebileceği zararın büyüklüğü ile doğru orantılı olduğunu belirtmiştir (31).

Korkuyla ilgili önemli çalışmalar yürüten Leventhal 1970’te korkuyu, bireyin tehdit edici durum karşısında bilişsel bir değerlendirme sonucu verdiği duygusal ve davranışsal tepki olarak ifade etmiştir. Duygusal tepki ile bireyin korku duygusunu kontrol etmeye çalıştığını, davranışsal tepki ile bireyin hızlı karar vermesini gerektiren tehlike kontrol sürecini başlattığını, böylece kişinin tehlike anında çevresini kontrol ederek bilgiyi değerlendirip tehlikeyle baş etmek için kendince en yararlı yanıtı verdiğini belirtmektedir (32).

Rogers 1975’te korkuyu, bireyin koruyucu önlemler alınmasını gerektiren tehlikeli olarak düşündüğü bir duruma verdiği tepki olarak tanımlamaktadır. Korku duygusu artmış bireylerde başlayan bilişsel değerlendirme süreçlerine odaklanarak korkunun bireyde koruma motivasyonu oluşturduğunu belirtmektedir (33, 34).

Bir diğer kuramcı Witte, 1992’de diğer korku tanımlarından farklı olarak korkunun fizyolojik etkisine değinmiştir. Korkuyu, bireyle ilgili hayati bir tehdit algılandığında, uyandırılabilir psikolojik ve fizyolojik boyutlardan oluşan içsel bir duygusal tepki olarak tanımlamıştır (35).

Korku kavramı, ayrıca 1973 yılında NANDA-I taksonomisinin ‘başetme / stres toleransı’ alanına bir hemşirelik tanısı olarak eklenmiştir. NANDA-I’de korku, bilinçli

şekilde tehlike olarak algılanan tehdide karşı verilen tepki olarak tanımlanmaktadır (12, 19).

Korku tanımları incelendiğinde genel olarak korku; bireyin yaşamını korumak amacıyla bir tehdide veya gerçek bir olaya verilen, gelişimin önemli bir parçası olan duygu olarak tanımlanmakta ve bütün canlıların yaşadığı doğal bir deneyim olarak kabul edilmektedir (36-38).

2.2. Korkunun Nedenleri

Korku kavramlarında tanımlandığı gibi korkunun oluşmasında, birey tarafından ‘tehdit’ olarak nitelendirilen bir durumun yaşanması gerekmektedir (4). Bu kapsamda insanlar, insanlığın var oluşundan itibaren deneyimleri aracılığıyla korkuları öğrenmişlerdir. Genel olarak insanların korku nedenleri; vahşi hayvanlar, doğal afetler, diğer insanların neden olduğu yaşamı tehlikeye sokan olaylar veya yükseklik, hastalıklar gibi bazı durumlardır (39).

Hastalık, bireyin yaşamını tehdit eden önemli bir durumdur (4). Hastalıkla baş etmek başlı başına bir hastanın tek başına yaşadığı bir deneyimdir (3). Bu durum hasta bireylerde tepki olarak; tıbbi tedavi, hastaneye yatış (9), ölüm (40), ameliyat (3), düşme (41), hastalığın ilerlemesi (42) gibi korkuları ortaya çıkarmaktadır. Korkunun boyutu hastadan hastaya farklılık göstermekte, bazı hastalar korku türlerinden birini (düşme korkusu vb.) yaşarken, bazıları çoğunu yaşamaktadır (43).

Tıbbi tedavi korkusu, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları dâhil olmak üzere teşhis ve tedavi sürecinden duyulan korku olarak tanımlanmaktadır (3). Bu süreçte belirli bir hastalığın tanısıyla karşı karşıya kalan çok sayıda hasta, sağlık kurumunda yatma ihtimalinden dolayı da ayrıca korku yaşamaktadır (44). Sağlık kurumunda yatan bir bireyin korkusu yalnızca tıbbi tedavi sürecine yönelik değil, aynı zamanda günlük rutinler üzerindeki kontrolün kaybından da kaynaklanabilmektedir. Sağlık kurumunda yatmakta olan bir hastanın sürece ilişkin yaşadığı korku; sağlık çalışanlarının iletişim, saygı, nezaket ve empati eksikliği, arkadaşların veya aile üyelerinin ziyaretlerinin geçici olarak yasaklanarak hastanın izole edilmesi, tetkik işlemleri veya tedavi sırasında yaralanma korkusu (iğne), tetkik veya tedavi hatalarından yaralanma korkusu (fiziksel, zihinsel), karar vermede mahremiyet ve özerkliğin kaybı nedeniyle kişi olarak aşağılanma, duygusal bağları güçlü olan kişilerden soyutlanma gibi çok yönlü korkulardan oluşabilmektedir (9). Hastanın hastanede yatış sırasındaki korkunun bir diğer nedeni de yapılacak işlemler ile

tedavi ve bakım süreci hakkındaki bilgi eksikliğinin olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada, daha önce kolonoskopi yaptırmamış ve bu işlem süreci hakkında bilgilendirilmemiş hastaların işleme yönelik korku düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (10).

Ameliyat öncesi yaşanan korku; hastaların hastalık, anestezi, ameliyat veya ne olacağına dair bilgi eksikliği nedeniyle hissettikleri duygusal bir durum olup ameliyat olmayı bekleyen birçok hastada görülebilmektedir (28, 45, 46). Ameliyat öncesi korku düzeyi ile ameliyat sonrası psikolojik ve fiziksel iyileşme arasında yakından ilişki olduğu belirtilmektedir (3, 46).

Düşünce ve duyguları kapsayan ölüm korkusu, yaşamın sonu ile ilişkilidir. Ölüm korkusu; bilinmeyen korkusu, yalnızlık korkusu, aileyi ve arkadaşları kaybetme korkusu, bedeni kaybetme korkusu, acı korkusu, kimlik kaybı korkusu gibi boyutlardan oluşmaktadır (47). Ölüm korkusu, normal bir deneyim olmakla birlikte korku düzeyinin fazla olması ve bireyin yaşam kalitesini etkilemesi korku duygusunu olağandışı hale getirmektedir. Ölüm korkusu; depresyon, yaygın anksiyete ve intihar düşüncesi ile ilişkilidir ve bunların tümü bireyin işlev yeteneğinin azalmasına yol açabilmektedir (40). Ayrıca ölüm korkusunun, hastaların tedavi yönetiminin gerektirdiğı diyet, sıvı alımı ve tedaviye uyum için önemli bir motivasyon kaynağı olabileceğı de ileri sürölmektedir (47).

Düşme korkusu, özellikle yaşlı hasta grubunda karşılaşılan önemli bir risk faktörüdür (48). Düşme korkusu, yaşlı bir kişinin yaşadığı düşüşün psikolojik ve davranışsal sonuçlarıdır. Düşme korkusu; bilişsel, fizyolojik ve davranışsal tepkilerle belirlenebilmektedir. Bu korkunun başlıca nedenleri; bireyin dengeyi koruma ve düşmelerle başa çıkma becerisine ilişkin algısı, yaşamında düşme öyküsünün olması ve bu olayla ilgili inançlarıdır (41). Düşme korkusu bireylerde hareketsizliği, fiziksel çevrenin kısıtlanmasını ve sosyal izolasyonu tetiklemektedir (49).

Hastalığın ilerleme korkusu, hastaların hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri ile birlikte ilerleyeceğinden ya da tekrarlayacağından korkmak olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca hastalığın ilerleme korkusunun teşhis, tedavi ve hastalığın seyri ile ilişkili gerçek tehditlere karşı verilen bir yanıt olduğu belirtilmektedir. Diğer korkular gibi hastalığın ilerleme korkusu da duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarda algılanmakta ve hastalar bu korkunun farkında olmaktadır. Yüksek düzeydeki hastalığın ilerleme korkusu, hastalıkla başa çıkmayı, tedaviye uyumu, yaşam kalitesini veya sosyal

etkileşimi olumsuz etkilemekte ve sağlık çalışanları tarafından müdahale gerektirmektedir (42).

Sonuçta hastalık insan yaşamı için önemli bir tehdit olarak kabul edilmekte ve bireylerde korku duygusunu açığa çıkarmaktadır. Bu bağlamda; tetkik ve tedavi süreci, hastaneye yatış süreci, ölüm korkusu, düşme korkusu, hastalığın ilerleme korkusu hasta bireylerde korku algısının gelişmesinde önemli nedenler olarak tanımlanmaktadır.

2.3. Korkuya Eşlik Eden Tepkiler

Korku, bireylerin olayları algılama ve hissetme biçimini etkileyerek olaylara yanıt olarak nasıl tepki verdiklerini belirlemektedir (50). Korku tepkilerinin iki temel özelliği, belirli düzeye kadar bireyin tehdit durumunu yönetmesine fırsat sunan uyum sağlayıcı etkisinin olması ve duygu düzeyi değiştikçe artma veya azalma eğilimi göstermesidir (38, 51). Korku duygusuna fizyolojik, davranışsal, duygusal ve bilişsel tepkiler eşlik etmektedir (52).

Korku duygusunun merkezi beynin temporal lobunda yer alan limbik sistemdir. Bu sistemde bulunan amigdala bölgesi tehdit algısına çok hızlı cevap vermekte, hipofiz bezinin uyarılmasıyla adrenalin, noradrenalin ve kortizol hormonları salgılanmaktadır (53). Bu durum bireyin alarma geçmesini sağlayan bir mesaj niteliği taşımaktadır (38). Böylece bireyde davranışsal süreç başlamadan önce korkunun fizyolojik tepkileri ortaya çıkmaktadır (53). Korkuya yönelik fizyolojik tepkiler; kan basıncında, bağırsak hareketlerinde, kan şekerinde ve kan viskozitesinde artış, çarpıntı, takipne, taşikardi, ağız kuruluğu, terleme, titreme, pupilla dilatasyonu, cildin solgunlaşması, miksiyon ihtiyacı, el ve ayaklarda güç kaybı, kas gerginliği (özellikle yüz ifadesi), merkezi sinir sistemine ve kaslara kan akımının artmasıdır (38, 50, 53, 54).

Birey bu süreçte fizyolojik tepkiler ile birlikte duygusal ve bilişsel tepkiler göstermekte, çevreyi gözlemlemek amacıyla ‘aşırı tetikte olma’ olarak da adlandırılan donma halini almaktadır (55). Korkuya yönelik bilişsel tepkiler; bireyin tehdit algılamalarında artış, zarar görme düzeyinin abartılı algılanması, uyanıklığı teşvik etme, duygusal gerilimi azaltmak için bireyi güvence aramaya motive etmedir (50, 56). Örneğin; ameliyata girecek ve ameliyata karşı orta düzeyde korkusu olan bir hasta, sağlık çalışanlarından sözlü güvence almaya yönelik eylem gösterebilir. Bilişsel açıdan bakıldığında bu hasta, düşüncelerini postoperatif ağrıyla başa çıkmak için kendisine verilen güven verici bilgilere odaklayabilir. Hastanın artan güvence ihtiyacının diğer belirtileri ise,

korkuyu azaltan gerçek veya gerçek dışı her öneriye dikkat vermesi ve korku duygusu ile baş etmede öz güvenini arttırabileceğine inandığı yeni tutumlar edinmesi yer almaktadır (31). Ayrıca korku, bilişsel süreçlerde diğer insanlara karşı mantıksızlığı, duygusallığı ve güvensizliği derinleştirme gücüne de sahiptir (56). Artan duygusallık bireyin tepkilerine, gergin, sinirli ve öfkeli olma, korku nesnesine karşı iğrenme şeklinde yansıyabilmektedir (17). Bununla birlikte bilişsel süreçte bireyde hakim olan olumlu ya da olumsuz düşünceler, bireyin davranışsal tepkilerini belirlemektedir (57).

Korkunun ilk aşaması aşıldıktan sonra bireyde savaş ya da kaç tepkisi ortaya çıkmaktadır (58, 59). Bu tepki ile korku nesnesinin / durumunun oluşturduğu tehdit, başa çıkma stratejilerine göre tekrar değerlendirilir. Başa çıkılabilen korku, kendine güveni ve uyuma yönelik davranışı arttırmakta, başarısız başa çıkma ise korkunun artmasına ve uyuma yönelik olmayan davranışa neden olmaktadır. Her iki durumda, bireyin amacı hayatta kalma, yaşamı, sağlığı, bağımsız yaşam koşullarını korumaktır (51). Bu kapsamda birey, bir tehdit karşısında sorunu yok sayarak kaçınma davranışı gösterebilir veya tehdidin üstesinden gelme, mücadele etme, yardım isteme girişiminde bulunabilir. Verilen tepkinin hangisi olduğu bireyin korku düzeyi ve bireysel farklılıklar ile yakından ilişkilidir (50, 60). Bununla birlikte tehlike geçince parasempatik sinir sistemi etkin olmaya başlar ve bireyin yaşam bulguları normale dönerek homoestatik denge yeniden sağlanır (61).

NANDA korku tanısının bilişsel belirtilerini; öğrenme becerisinde azalma, problem çözme becerisinde ve verimlilikte azalma, korku nesnesini tanımlama, korkunun oluşmasına neden olan uyarıcı bir tehdit olduğuna inanma olarak belirtirken, davranışsal belirtileri; saldırgan ve kaçınma davranışlarının varlığı, dürtüsellik, uyarılmalarda artış ve korku kaynağına doğru odaklanma olarak tanımlamaktadır. Ayrıca fizyolojik yönden bireylerde ağız kuruluğu, iştahsızlık, diyare, dispne, yorgunluk, terlemede artış, solunum hızında artış, fizyolojik yanıtta (kan basıncı, nabız, solunum hızı, oksijen saturasyonu ve CO₂) değişiklikler gözlenmektedir (12).

Korkuya eşlik eden tepkiler incelendiğinde korku, bireyleri çevresel tehlikelerden, sosyal saldırganlıklardan veya olumsuz uyaranlardan koruyan bir dizi davranışsal savunma tepkisi olarak düşünülmektedir. Dolayısıyla korku, işlevsel bir davranış sistemi, “beslenme, üreme, savunma veya vücut bakımı gibi bireyin belirli bir işlevi veya ihtiyacıyla ortaya çıkan kontrol yapısı, erken uyarı sistemi” gibi görünmektedir (39).

Hastalarda fizyolojik ve davranışsal tepkilerin varlığı korkunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Witte, korku duygusunun fizyolojik (uyarılma olarak), sözlü öz bildirimler ve açık eylemler (yüz ifadeleri) aracılığıyla ifade edilebildiğini belirtmektedir. Ancak korku kontrol tepkileri her zaman doğrudan gözlemlenememekte ve ölçülmesi zor olabilmektedir (62). Eğer birey savunmacı bir şekilde bir sorundan kaçıyor, bu bilgiyi kendi kendine bildiremeyebilir. Bu nedenle korku düzeyinin belirlenmesinde korku tepkilerinin takip edilmesinin yanı sıra öz bildirim ölçümleri oldukça önemlidir (57).

2.4. Korku ile İlişkili Benzer Duygular

Bireyde veya toplumda korkuya benzer duyguyu ortaya çıkarabilecek birbiriyle ilişkili kavramlar bulunmaktadır. Kaygı ve fobi, zaman zaman korku duygusunun yerine kullanılsa da, benzer özelliklerinin yanı sıra aralarında önemli farklılıkları içeren kavramlardır (38, 63).

Kaygı (anksiyete) kavramı, Latince kökenli olup kısıtlamak anlamına gelen ‘ango’ fiilinden gelmektedir (64). Türk Dil Kurumu, kaygıyı “*genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu*” olarak tanımlanmaktadır (30). Diğer bir tanıma göre kaygı; o anda veya gelecekte nasıl gerçekleşeceği belli olmayan, belki de hiç gerçekleşmeyecek olan öznel bir duruma veya belirsiz bir tehlikeye yönelik güvensizlik, endişe ve tedirginlik halidir (61). Kaygılı durumunda bireyler kendilerini üzen, acı veren olayları reddederek ve yok sayarak savunma mekanizması geliştirmektedir (65). Korku duygusu ile kaygı durumuna verilen fizyolojik tepkiler benzer olmakla birlikte duygunun ortaya çıkışı, nedeni, niteliği, süresi açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır (66, 67). Korku duygusunda; tehlike nesneldir ve duygu düzeyi tehlike ile orantılıdır. Tehlike ortadan kalktığında korku da ortadan kalkmaktadır. Korku duygusu oluşturan tehlikeye verilen tepkiler var olan tehdite karşı olduğu için dışarıdan da olağan karşılanır, mantıklı ve akılcıdır (67). Korku, bireyi harekete geçiren bir uyarı sistemi olması nedeniyle bireyi kendini korumaya yönelik bilinçli önlemler almaya teşvik etmektedir (6, 67). Kaygıda ise gizli, öznel ya da belirsiz olan tehlike ile kaygı durumu orantısız olmakta ve tehlikelere bağlı olarak ortaya çıkan kaygı tepkisi sürekli hale gelebilmektedir (6, 38). Kaygının nedeni içsel kaynaklı olduğu için tehlike durumu ile verilen tepki arasındaki ilişki başkaları tarafından anlaşılamamaktadır. Ayrıca kaygı durumunda bireyler, kişiliğini korumak için bilinçdışı savunma mekanizmalarına başvurmaktadır (38).

Fobi, korku duygusu ile karıştırılabilen bir diğer kavramdır. Türk Dil Kurumu fobi, “*belirli nesneler veya durumlar karşısında duyulan olağan dışı güçlü korku*” olarak tanımlanmaktadır (30). Belirli fobilere sahip bireyler, herhangi bir tehdit veya tehlike olmadığını bilmelerine ve fobi uyaranlarından kaçınmak için çok çalışmalarına rağmen mantıksız korkularını durdurma konusunda kendilerini güçsüz hissetmektedirler. Köpekler, yükseklik, tüneller, karanlık, su ve uçma en yaygın mantıksız korkulardan birkaçıdır (68). Fobiler; deneyim dışı ya da travmatik olaylardan kaynaklı (deneyimsel) olabilmektedir. Deneyimsel olmayan fobi, geçmişte doğrudan veya dolaylı çağrışımsal öğrenme olmadan korku uyandıran uyaranlardan kaynaklanmaktadır. Bu tür fobilerin gelişiminde genetik, ailesel, çevresel veya gelişimsel faktörler önemli rol oynamaktadır (69). Deneyime özgü fobi, talihsiz bir deneyimden kaynaklanmaktadır. Bireyde klasik korku koşullanması ile ortaya çıkmakta ve kaçınma davranışını güçlendirmektedir (68). Kaygı ile fobi arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır (64). Kaygı yaygın olduğunda, bireyin verdiği tepkilerden biri de fobik reaksiyondur. Bu durumda, bireyler kaygısını günlük yaşamdaki belirli bir fikir, nesne veya durumdan uzaklaştırarak belirli bir nevrotik korku biçimindeki bazı sembolik fikir veya duruma yöneltmektedir (38, 64).

Tüm bu bilgiler ışığında korku, kaygı ve fobi kavramları arasında fizyolojik belirtiler açısından benzerlik olsa da aralarında önemli farklılıkların bulunduğu ve eş anlamlı kavramlar olarak kullanılamayacağı söylenebilmektedir.

2.5. Korku Kuram ve Modelleri

Korku ile ilişkili kuram ve modeller; Klasik Korku Koşullanması Kuramı, Rachman’ın Üç Yol Kuramı, Stres Korku Modeli, Davey’in Güncel Koşullanma Modeli, İlişkili Olmayan Korku Edinme Modeli, Korku Dürtü Modeli, Paralel Süreç Modeli, Koruma Motivasyonu Teorisi ve Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli’dir.

2.5.1. Klasik Korku Koşullanması Kuramı

Bu kuram, Ivan Pavlovian tarafından 1927 yılında korkunun edinilmesini açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Klasik korku koşullanması, bir canlının iki uyararı birbiriyle ilişkilendirmeyi öğrendiği bir çağrışımsal öğrenme biçimidir (70). Kuramda, başlangıçta geometrik bir şekil veya ses tonu gibi nötr bir uyararı (koşullu uyararı), elektriksel uyarım (koşulsuz uyararı) gibi doğası gereği caydırıcı veya ağrılı bir uyararı izlemektedir. Bu eşleştirmenin yeterli sayıda tekrarlanması ile birlikte önceden nötr olan uyararı, korkuyla ilişkilendirilebilecek tepkileri (koşullu korku tepkileri) ortaya çıkarmaya

başlamaktadır. Verilen uyaranlar sonrası bireyde; yüksek düzeyde endişe, gerginlik veya tehdit beklentisi, sempatik sinir sisteminin aktive olması, savunma amaçlı savaş ya da kaç reaksiyonu, uyarana yanıt olarak kaçma veya donma tepkileri gözlenmektedir. Pavlovian'ın korku koşullanması, korkuların gelişiminin, kaynaklarının ve tedavisinin anlaşılmasında önemli bir ilerleme olarak görülmekte olup uyumsuz korkuyu (fobi) ve kaygıyı modellemede kullanıma uygundur (71).

Bazı araştırmacılar klasik koşullanma ile ilgili eksikliklerin bulunduğunu belirtmektedir. Bu eleştiriler; aynı klasik koşullanmaya maruz kalan her bireyde yeni uyarana karşı korku tepkisi gelişmemesi ve korku duygusunun korkulu duruma tekrar tekrar maruz kalan çoğu kişide görülmemesidir (72).

2.5.2. Rachman'ın Üç Yol Kuramı

Rachman tarafından 1976 yılında öne sürülen bu kuramda, klasik korku koşullanması gözden geçirilerek yeniden kavramsallaştırılmıştır. Rachman, kuramda korkunun etiyolojisine odaklanmaktadır. Klasik koşullanmadan farklı olarak korkunun oluşumunun sadece çağrışımsal öğrenme olmadığını vurgulayarak korkunun edinilmesinde üç farklı yol olduğunu belirtmektedir. Bunlar; doğrudan maruziyet, model alma ve olumsuz bilgi aktarımıdır. Kuramda bir uyarana karşı korku duygusuna sahip olan bireyi gözlemleyen başka bir bireyin de uyarana karşı korku edindiği ileri sürülmektedir. Geçmişteki bazı rahatsız edici olayların deneyimi, bireyin yaşamında duruma yönelik daha fazla korku ile ilişkilendirilmektedir (73).

2.5.3. Stres Korku Modeli

Bu model, Barlow tarafından 1988 yılında ortaya konmuştur. Stres korku modeli; stres ve olumsuz yaşam deneyimlerinin korkuların oluşmasına ve gelişmesine neden olduğunu ileri sürmektedir. Olumsuz yaşam olayları ve tekrar eden stresli deneyimler, bireyi duruma yönelik daha duyarlı hale getirerek korkunun oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Korkulu bireyler, yaşama dair olumsuz atıflar yaparlar. Olumsuz durumlara yapılan atıflar içsel, değişmez ve yaşama genelleştirilebilirken, olumlu durumlara yapılan atıflar dışa dönük, bireyden bireye değişkenlik gösteren ve duruma özeldir. Dolayısıyla olumsuz atıfların bireylerde artmış korku düzeyi ile yakından ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (74).

2.5.4. Davey'in Güncel Koşullanma Modeli

Davey tarafından 1989 yılında öne sürülen modelde, fobilerin etiyolojisine ilişkin kapsamlı bir koşullanma önerilmektedir. Modelde ele alınan korku, uyumsuz ve mantıksızdır. Modelde, klasik koşullanma yaklaşımının yetersizliklerini ve korku edinimindeki bilişsel süreçlerin etkisini açıklamak amaçlanmaktadır. Davey bireyde koşullanmanın bir dizi faktöre bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Bu faktörler, durumsal beklenmedik durumla ilgili bilgileri, ilgili sosyal ve sözlü olarak iletilen bilgileri ve beklenmedik durumla ilgili önceden var olan inançları içermektedir (75).

2.5.5. İlişkili Olmayan Korku Edinme Modeli

Poulton ve Menzies tarafından 2002 yılında geliştirilen bu modelde, korkunun bireysel yatkınlık ve çevresel faktörler aracılığıyla edinildiği ileri sürülmektedir. Bu model, korku edinilmesi için yaşanmış travmatik olayların etkisini (doğrudan veya dolaylı) çok daha az önemli bulurken, korkuların doğuştan geldiğini ve evrimsel bir özellik olduğunu savunmaktadır. Darwinci kurama destek veren modelistler, bir türün üyelerinin evrimsel olarak önemli kabul edilen bir uyarana karşılaşmasının korku tepkisine neden olduğunu ileri sürmektedir (76).

2.5.6. Korku Dürtü Modeli

Janis ve arkadaşlarının 1953 yılında geliştirdiği Kazanılmış Korku Modeli, bireylerin öncelikle bir tehditten korkmayı öğrendiklerini ve daha sonra bu korkuyu azaltmak için çeşitli eylemlerde bulunduklarını varsaymaktadır. Eylem sonucunda korku azalırsa birey tehlide karşı eylemi alışkanlık haline getirmektedir. Bununla birlikte güven verici tavsiyeler korkuyu azaltmazsa savunmacı kaçınma davranışlarının görüleceği belirtilmektedir (77).

2.5.7. Paralel Süreç Modeli

Leventhal tarafından 1970 yılında ortaya atılan Paralel Süreç Modelinde bireylerde tehdidi ortadan kaldırmak için iki önemli bilişsel sürecin meydana geldiği öne sürülmektedir. Bu süreçlere “korku kontrol” ve “tehlike kontrol” adı verilmekte, ancak modelde bu süreçlerin nasıl ortaya çıktığı tanımlanmamaktadır (78).

2.5.8. Koruma Motivasyonu Teorisi

Koruma Motivasyonu Teorisi, Rogers tarafından 1975 yılında Paralel Süreç Modeli üzerine inşa edilmiştir (77). Teori, korkunun bir motivasyon etkisi yarattığını ileri sürmekte ve tehdit ile karşılaşan bireylerin “tehlike kontrol” tepkisine odaklanmaktadır. Diğer deyişle Rogers, tehdit ile baş etmeye çalışan bireylerde uyum ve davranış değişikliği gözlemlendiğini ve koruma motivasyonlarının olumlu yönde ve yüksek olduğunu ifade etmektedir (79).

2.5.9. Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli

Kim Witte tarafından 1992 yılında geliştirilmiş bu model; Korku Dürtü Modeli, Paralel Süreç Modeli ve Koruma Motivasyonu Teorisi’nden temel almaktadır. Leventhal’ın düşünceleri, Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli’nin çerçevesini oluşturmakta ve modelde Paralel Süreç Modeli ile benzer şekilde korkuya “korku kontrol” ve “tehlike kontrol” şeklinde iki farklı tepkinin verildiği vurgulanmaktadır. Modelin, düşük korku düzeyine sahip ve duruma uyum sağlayabilen bireyler için korku duygusunun motivasyon kaynağı olabileceği düşüncesi Koruma Motivasyonu Teorisi, yüksek düzeyde ve baş edilemeyen korku ile karşılaşan bireylerde ise kaçma, inkar etme, yok sayma davranışlarının görülebileceği yaklaşımı ise Korku Dürtü Modeli ile ortak noktasıdır. Bununla birlikte Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli’nde bireyde korku oluşumuna tehdit ve etkinlik algılarının neden olduğu vurgulanmaktadır (77).

Algılanan tehdit, bireyin karşılaştığı durumun (tehdidin) öznel değerlendirmesi olarak tanımlanmakta ve algılanan önem ile algılanan duyarlılık olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Algılanan tehdidin önemi; tehdidin büyüklüğü, ciddiyeti, bilişsel, psikolojik ve ekonomik alanlarda oluşabilecek zararlara yönelik bireysel inançlardır (80). Algılanan duyarlılık ise bireyin sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına yönelik inancı ve kişisel ilgi düzeyidir. Birey algıladığı duyarlılığı ‘sağlık tehdidi alma riskim var’ şeklindeki ifadelerle belirtmektedir (81).

Algılanan etkinlik, tehdit karşısında bireye yapılan önerilerin tehdidi hafiflettiği veya önlemeye yardımcı olduğu, uygulanabildiği ve etkili olduğu hakkındaki inançları ifade etmektedir. Algılanan etkinlik; algılanan yanıt etkinliği ve algılanan öz yeterlilik olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Algılanan yanıt etkinliği, bireyin karşılaştığı tehdidi önlemek için çevresinin ona yaptığı önerilerin etkili olmasına yönelik inancıdır (77). Diğer deyişle bireye verilen önerilerin yararlı olup olmayacağına ilişkin inancıdır.

Bazı kaynaklarda yanıt etkinliği “sonuç beklentileri” olarak adlandırılıp ve ‘belirli bir davranışı gerçekleştirirseniz sonucun ne olmasını beklersiniz?’ sorusuna yanıt vermektedir (80). Algılanan öz-yeterlilik, bireyin tehdidi önlemek için önerilen yanıtı yerine getirme yeteneğine ilişkin inancıdır. Bireyin tehditle baş etmede kendine olan güveni olarak tanımlanabilmektedir (77).

Witte’ye göre, bireyler karşı karşıya geldikleri olumsuz sağlık durumuna “tehlike kontrol”, “korku kontrol” ve “yanıt yok” şeklinde cevap vermektedir. Tehdidin gerçek veya kendileriyle ilgili olduğunu düşünmeyen, hatta tehdidin farkında bile olmayan bireyler duruma yönelik bir yanıt vermemektedir. Yüksek tehdit ve yüksek etkinlik düzeylerine sahip bireylerde ise tehlike kontrolü ön plandadır. Bu bilişsel süreç; kişinin kendini korumak amacıyla, var olan sağlık tehdidini etkili bir şekilde önleyebileceğine inanması durumunda koruma motivasyonunu ortaya çıkarmaktadır. Tehlike kontrolü (orta korku düzeyi) sürecindeki bireyler, sağlık tehdidi karşısında inanç, tutum, niyet ve davranış değişiklikleri geliştirmektedir (77). Korku kontrolü ise yüksek tehdit ve düşük etkinlik algılamalarında verilen cevaptır. Duygusal bir süreç olan korku kontrolündeki bireyler, yüksek korku düzeylerine sahiptir. Bu bireyler, tehlikeyle karşılaştıklarında ve bu konuda hiçbir şey yapamayacaklarına inandıklarında, tehdidi azaltmak için koruyucu önlemler almak yerine korkuyu azaltmaya yönelik bir savunma mekanizmasına girerler (82). Korku kontrol tepkileri kaçınma, inkâr ve tepkiselliği içermektedir (83). Bazı bireylerde umutsuzluk, kadercilik gibi savunma yöntemleri de görülebilmektedir. Tehlike kontrolü baskın olduğunda sağlık riski uyarısına ilişkin öneriler kabul edilirken, korku kontrolü baskın olduğunda reddedilir (77).

2.6. Hastalarda Korkunun Önemi ve Hemşirenin Rolü

Bireyin korku düzeyi ile tehlike durumuna karşı verdiği tepki yakından ilişkilidir (58). Korku duygusu, bireylerin hayatta kalabilmesi ve çevreye uyum sağlayabilmesi için koruyucu bir mekanizma olarak bir miktar etkili olabilir (37). Bununla birlikte bazı kuramcılar, korku duygusunun yapıcı etkisinden ziyade yoğun korkunun bireyde oluşturduğu olumsuz yıkıcı etkisi üzerinde durmaktadır (84). Çünkü artmış ya da süresi uzamış korkunun bireyi fizyolojik, bilişsel, sosyal yönden olumsuz etkilediği ve birçok ruhsal bozukluğu tetiklediği belirtilmektedir (85). Korku duygusu; bireysel özellikler, çevresel faktörler, bilişsel süreçler, kültür, yaşantılar gibi birçok etkenle ilişkili olan öznel

bir olgu olduğu için hastalar tarafından farklı düzeylerde deneyimlenmekte ve verdikleri tepkiler değişkenlik göstermektedir (2, 86).

Hastalık ve sağlık kurumunda yatış süreci, bireyin mevcut sağlık tehdidinin farkında olduğu önemli bir durumdur (3, 4). Hastalığa karşı yatarak tedavi görme gerekliliği, bireylerin sağlık tehdidine ilişkin algılanan ciddiyeti ve önemi arttırmaktadır. Bu nedenle bireylerde hastalığa ve sağlık kurumunda yatarak tedavi alma sürecine yönelik birçok alanda korku duygusu ön plana çıkmaktadır (87). Literatürde birçok hasta grubunun (kalp damar hastaları, kanser hastaları, solunum sistemi hastaları diyabetes mellitus hastaları, cerrahi hastalar, yaşı hastalar, palyatif bakım hastaları) korku duygusunu deneyimlediği belirlenmiştir (2, 5-7, 14, 88-90). Vücudun korku duygusuna gösterdiği stres tepkisinin uzun sürmesi ve belirtilerin yoğunluğunun fazla olması ise immün sistemin baskılanarak sağlık durumunun kötüleşmesine yol açabilmektedir (91). Ancak hastanın korku düzeyi daha düşük olduğunda vücut stres tepkisi tarafından desteklenerek daha etkili bir şekilde iyileşebilmektedir (92). Bununla birlikte baş edilemeyen korku duygusu, hastaların iyileşme sürecini fizyolojik sağlığının yanı sıra sosyal, ruhsal, mental yönden de etkilemektedir (4). Korku düzeyi yüksek olan hastalarda sağlık davranışlarından kaçınma, hareketsizlik, iyileşmede gecikme, geç taburculuk ve tedavi sürecine uyumun zorlaşması görülmektedir (13, 93-95).

Korku duygusunun düşük düzeyde olduğu durumlarda ise korku fark edilerek yönetilebildiğinde, tedavi için bir motivasyon kaynağı olabilmektedir (96, 97). Örneğin; miyokard enfarktüsü öyküsü olan bir birey tekrar enfarktüse maruz kalabileceğinin farkında olup kriz durumunda hayatta kalmasına yardımcı olacak planlar yapmaktadır. İlk enfarktüsünden sonra cebinde etiketlenmiş dijital ilacı ve cüzdanında bilincini kaybetmiş halde bulunması durumunda verilmesi gereken uygun dozu belirten okunaklı bir notu taşıyarak hayatına devam etmektedir. Bu kişi hastalığının kötüleşmesine dair olası belirtilere karşı tetikte kalırken bu hastalık nedeniyle iş göremez hale gelme ya da ölme korkusuna da sahiptir. Korku duygusuna karşı hayatını gerçekten kurtarabilecek bir tıbbi plana bağlı kalarak kendini güvende hissetmektedir (31). Bu nedenlerle hastaların korku yönünden takip edilerek hemşirelerin sağlık kurumlarındaki hastalar için önlem alması beklenmektedir (98). Dolasıyla korku düzeyinin belirlenmesi, yüksek korku düzeyinin azaltılması ve düşük korku düzeyinin yönetilmesi açısından hastalara 24 saat yüzyüze hizmet veren hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Bu kapsamda korku, yıllardır bir hemşirelik tanısı olmasına rağmen hastalar tarafından *'kimsenin korkuyu görmediği'* (98), diğer bir ifadeyle sağlık çalışanları tarafından hastaların korkularının fark edilmediği / önemsenmediği belirtilmektedir. Oysa hemşirelerin korku duygusu ile baş edemeyen hastaları belirleyerek uygun hemşirelik girişimlerinde bulunması, korku duygusunun bireydeki olumsuz etkisini azaltmakta ve tedaviye uyumunu arttırmaktadır (2, 4, 99). Hemşireler tarafından desteklenen hastaların güvenlik ve etkinlik algılarının güçlendirilmesi korku duygusunun gelişiminin önüne geçmektedir. Hastaların güvenlik algısı; vücudun ve yaşamının kontrolünü yeniden kazanma, bakımında söz sahibi olma, yapılan işlemleri anlama, kendisi ve sağlık çalışanları arasında güvene dayalı ilişkiler kurma ve sağlığına yönelik umudunu sürdürme yeteneklerinin geliştirilmesine bağlıdır (8). Bununla birlikte hastaların sağlık kurumundan beklentileri; tedavi ve bakımlarına yönelik açıklayıcı bilgiler almak, özen / ilgi / şefkat gösteren sağlık çalışanları tarafından tedavi edilmek ve dinlenilmek olduğu belirtilmektedir (9). Hemşireler bakım uygulamaları boyunca hasta ile güvenli bir yakınlıkta olup etik bakım davranışları sergilediklerinde hastaların korkularını tanımlama olasılıkları daha yüksektir (4). Bireylerin riskli sağlık durumlarını kabullenmesi, pozitif sağlık davranışları geliştirmesi ve yapılan eğitimlerin etkili olması için bireyin korkuları ile baş edebiliyor olması gerekmektedir. Bu nedenle hastaların korku deneyiminin tanınması ve bunun hastaların tutum ve davranışları üzerindeki etkisinin anlaşılması oldukça önemlidir (9, 16).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, sağlık kurumlarında yatan hastaların korku düzeyini saptamaya yarayan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacı ile yapılan metodolojik tipte bir çalışmadır. Bu çalışmada; Morgado ve ark. tarafından önerilen, madde havuzunun oluşturulması, teorik analiz ve psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi aşamalarını içeren ölçek geliştirme rehberi kullanılmıştır (100).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yüzey ve yapı geçerliliği, güvenirlik analizleri ve test tekrar test çalışması, Bayburt il merkezinde bulunan bir kamu hastanesindeki hastalarla 11 Ocak 2022-15 Ağustos 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanenin tanıtıcı özellikleri

Hastane	Bayburt Devlet Hastanesi
Hastanenin türü	Kamu Hastanesi
Yatak sayısı	330
Hemşire sayısı	490
Aylık yatan hasta sayısı	1117

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bayburt il merkezindeki bir kamu hastanesinde üç ay yatmakta olan 3350 hasta oluştururken, temel bileşenler analizinin (TBA) örneklemi çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya kabul edilme kriterlerine uygun olan 345 hasta oluşturmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) örneklemi ise aynı hastanede yatan ancak TBA örnekleminde farklı olup yine araştırmaya kabul edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 300 hasta oluşturmuştur. Bu örneklem sayısı, faktör analizleri için “iyi” olarak kabul edilmektedir (101). Bununla birlikte faktör analizlerinde örneklem yeterliliği ile ilişkilendirilen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri de önemli bir ölçüttür. Yürütülen çalışmanın TBA örnekleminde KMO değeri 0.93, DFA örnekleminde 0.92 olarak bulunmuştur. Güvenirlik analizleri aynı örneklem grubunda gerçekleştirilmiştir.

Test-tekrar test analizi ise Bayburt il merkezinde aynı kamu hastanesinde yatmakta olan, temel bileşenler ve doğrulayıcı faktör analizinin örnekleme dahil edilmemiş 40 hasta üzerinde yürütülmüştür.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Ölçütleri

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri: Sağlık kurumunda yatarak tedavi görmek, 18 yaş ve üstü, çalışmaya katılmayı kabul etmektir.

Araştırma dışlama ölçütleri: Ölçek sorularını cevaplamaya engel olabilecek mental, fiziksel ve psikolojik problemi olmak, bir ay içerisinde hayatında bireyi etkileyecek önemli bir değişiklik yaşamamaktır (ölüm, boşanma vb.).

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Kişisel Bilgi Formu ve Taslak Hastalarda Korku Ölçeği'dir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür dikkate alınarak (4, 18, 24, 25) hazırlanan bu form; hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni ve eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, hastalığın tanısı, yatılan klinik, klinikte yatış süresine ilişkin 10 soru içermektedir (Ek 1).

3.4.2. Taslak Hastalarda Korku Ölçeği

Hastaların korku düzeylerini saptamak için tasarlanan taslak ölçek, araştırmacılar tarafından konuya ilişkin çalışmalardan (4, 8-10, 18, 24-28, 102-106) ve 5 uzmanın görüşünden yararlanılarak oluşturulmuştur. Taslak ölçek; Witte'nin Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli'ne dayandırılarak 2 alt boyut ve 68 madde olacak şekilde hazırlanmıştır. Beşli Likert tipindeki ölçek; 1= Asla Korkmam, 2= Nadiren Korkarım, 3= Bazen Korkarım, 4= Sık Sık Korkarım ve 5= Her Zaman Korkarım şeklinde düzenlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecine başlamak için gerekli kurum ve etik kurul onayı alındıktan sonra veriler 22 Temmuz 2022-20 Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu ve HKÖ, maddeleri kendi cevaplayacak yeterliliğe sahip olan hastalara dağıtılıp aynı gün içerisinde elden toplanmış, tek başına dolduramayacak hastalara ise yüz yüze her bir madde okunup hastaların yanıtları alınmıştır (Tablo 2). İlgili kurumda araştırma

kriterlerine uygun olan hastalara; araştırmanın amacı, veri toplama araçları, ölçeğin yanıtlama süresi, hasta bilgilerinin mahremiyetine önem verileceği ve alınan bilgilerin çalışma dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü hastalardan yazılı onam alınmıştır. Toplanan veriler, araştırmacı tarafından kullanılan istatistik programına aktarılmış, veri girişinde hata olup olmadığı kontrol edildikten sonra bir istatistik uzmanının desteği ile analizler yapılmıştır.

Tablo 2. HKÖ'yü geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci

Tarih	Ölçek Geliştirme ve Veri Toplama Süreci
11.01.2022-08.09.2023	Birinci Aşama – HKÖ'nün Geçerliliğinin Sağlanması
11.01.2022-18.02.2022	Literatür ve beş uzmanın görüşleri doğrultusunda taslak HKÖ'nün madde havuzu oluşturuldu.
18.02.2022-22.07.2022	- HKÖ'nün yüzey ve kapsam geçerliliğinin sağlanması - Lisanüstü eğitime sahip dört hemşire / arkadaş değerlendirmesi yapıldı ve dört hastanın görüşleri alındı. - Lawshe Tekniği ile hemşirelik ve ölçek geliştirme alanında 16 uzmanın görüşü alınıp HKÖ'nün yüzey geçerliği ile eş zamanlı kapsam geçerliliği yapıldı. - Bir Türk Dili uzmanının görüşü alındı. - Pilot çalışma için belirtilen sağlık kurumunda yatan 60 hastadan veri toplandı.
15.09.2022-10.03.2023	HKÖ'nün yapı geçerliği kapsamında TBA için 345 yatan hastadan veri toplanarak analiz edildi.
11.03.2023-08.09.2023	HKÖ'nün yapı geçerliği kapsamında DFA için 300 yatan hastadan veri toplanarak analiz edildi.
09.09.2023-20.11.2023	İkinci Aşama- HKÖ'nün Güvenirliğinin Sağlanması
09.09.2023-16.10.2023	TBA ve DFA örneklemelerinde güvenilirlik analizleri yapıldı.
17.10.2023	HKÖ'ye 23 madde ile son şekli verildi.
18.10.2023-20.11.2023	Test tekrar test için 40 hastadan iki hafta ara ile veri toplanarak analiz yapıldı
21.11.2023-02.01.2024	Üçüncü Aşama- Demografik özellikler ve HKÖ Puanlarının Belirlenmesi
21.11.2023-02.01.2024	- Hastaların demografik özellikleri ve HKÖ puan ortalamaları belirlendi. - Hastaların demografik özelliklerine göre HKÖ puanları karşılaştırıldı.
02.01.2024-15.08.2024	Dördüncü Aşama- Bulgular doğrultusunda araştırma sonuçlarının raporlandırılması

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada, TBA ile güvenilirlik analizlerinde SPSS for Windows 22.0 programı, DFA için ise AMOS 21 programı kullanılmıştır. Araştırmadaki verilerin analizlerinin

dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo 3). Bununla birlikte çalışmada, Eta kare (η^2) değerleri; 0.01: küçük, 0.06: orta, 0.14: büyük etki büyüklüğü olarak değerlendirilmiştir (107).

Tablo 3. HKÖ'nün geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler

Analiz Türleri	Kullanılan Testler ve Yöntemler
Yüzey Geçerliği	Madde Havuzunun Oluşturulması Akran Değerlendirmesi Uzman Görüş Alınması Pilot Uygulama
Kapsam Geçerliği (Lawshe Tekniği)	Yüzde ve Ortalama Testleri Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)
Normal Dağılım	Kurtosis ve Skewness değerleri
Yapı Geçerliği	Temel Bileşenler Analizi kapsamında (TBA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Anti-İmaj Korelasyon Testi - Temel Bileşenler Analizi - Varimax Döndürme Testi - Yamaç Grafiği / Scree Plot Grafiği - Ortalama ve Standart Sapma Doğrulayıcı Faktör Analizi kapsamında (DFA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) - Uyum İndeksi (GFI) - Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) - Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) - Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) - Fazlalık Uyum İndeksi (IFI) - Tucker-Lewis İndeksi (TLI) - Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) - Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) - Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) - Yapı Güvenirliği (CR) - Maksimum Paylaşılan Değer (MSV) - Ortalama Paylaşılan Değer (ASV)
Madde Ayırt Edicilik	% 27 'lik Alt ve Üst Çeyreklik için Bağımlı Gruplarda t-testi
Güvenirlik	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Madde Toplam Korelasyon Analizi Yarıya Bölme Yöntemi (Spearman-Brown ve Guttman Split-Half Analizi)
Zamana Karşı Tutarlılık	Test-Tekrar Test Yöntemi için - Bağımlı Gruplarda t-testi - Pearson Korelasyon Analizi
Hastaların demografik özelliklerine göre HKÖ puanlarını değerlendirme	Yüzde, Ortalama Kurtosis ve Skewness değerleri t testi / ANOVA

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı kamu hastanesinde yatmakta olan hastaların görüşleri ile sınırlıdır. Çalışmada, benzer ölçek geçerliğinin yapılmaması bir diğer sınırlılıktır.

3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın ilgili kamu hastanesinde yapılabilmesi için Bayburt İl Sağlık Müdürlüğünden 18 Ağustos 2022 tarihinde kurum izni alınmıştır (Ek 2). Bununla birlikte Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 7 Temmuz 2022 tarihinde 13562490-799 sayılı yazı ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılmaya kabul eden hastalardan veri toplamadan önce yazılı gönüllü onam alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; HKÖ'nün geçerlik bulguları, HKÖ'nün güvenirlik bulguları, HKÖ'nün son yapısı ve hesaplanması, hastaların demografik özellikleri ve HKÖ bulguları şeklinde dört başlıkta sunulmuştur.

4.1. Hastalarda Korku Ölçeği'nin Geçerlik Bulguları

HKÖ'nün geçerlik bulguları; yüzey ve kapsam geçerliğinin yanı sıra yapı geçerliği başlıkları altında verilmiştir.

4.1.1. Yüzey ve Kapsam Geçerliği

HKÖ'nün geçerliğini belirlemek için öncelikle yüzey geçerliği sağlanmıştır. Bu doğrultuda ilk olarak HKÖ'nün yüzey geçerliği için madde havuzu oluşturulmuş sonra taslak ölçek, araştırmacının kendisi, akran / arkadaşlarının ve uzman olmayan diğer bireylerin değerlendirmesine sunulmuştur. Daha sonra kapsam geçerliği ile eş zamanlı olarak yüzey geçerliği çalışmaları yürütülerek uzman görüşleri alınmıştır. Bu görüşler doğrultusunda düzenlenen ölçek kullanılarak örnekleme temsil eden hasta grubuyla pilot uygulama gerçekleştirilmiştir.

4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Araştırmada, taslak HKÖ'nün maddelerini oluşturmak için öncelikle “hasta, hemşirelik, korku, ölçekler, yatan hastalar” anahtar kelimeleri ile “Science Direct, Pubmed, Web of Science, Google Akademik, YÖK Tez, Ulakbim” arama motorları taranmıştır. Konu ile ilgili çalışmalarda ve kitaplardaki uluslararası alandaki ölçekler, Türkçeye uyarlanan ölçekler, ulusal düzeyde geliştirilen ölçekler ve konu ile ilgili çalışmalar incelenerek (4, 8-10, 18, 24-28 102-106), ayrıca konu hakkında 5 uzman görüşlerinden yararlanılarak taslak ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Sonuçta taslak HKÖ; Witte'nin Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli (77) dikkate alınarak tümü olumlu ifadeleri içerecek şekilde toplamda 68 madde; algılanan tehdit (36 madde), algılanan etkinlik (32 madde) olmak üzere 2 alt başlık altında düzenlenmiştir. Taslak ölçek; 1= asla korkmam, 2= nadiren korkarım, 3= bazen korkarım, 4= sık sık korkarım ve 5= her zaman korkarım şeklinde puanlanan Beşli Likert tipinde bir ölçek olarak tasarlanmıştır.

4.1.1.2. Akran / Arkadaş ve Uzman Olmayan Diğer Bireylerin Değerlendirmesi

Taslak HKÖ, yüzey geçerliliği kapsamında akran / arkadaş değerlendirme için araştırmacının en az üç yıl klinik deneyimi olan ve lisansüstü eğitim alan dört hemşire arkadaşına sunulmuştur. Araştırmacı, arkadaşlarından ölçek maddelerini dil, yazım, noktalama ve anlaşılabilirlik yönünden değerlendirmelerini istemiştir. Alınan görüşler doğrultusunda ölçekteki yalnızca 3 maddede (18, 26, 41) yazım ve noktalama düzeltmeleri yapılmıştır. Bununla birlikte taslak HKÖ'nün yüzey geçerliliği için sağlık kurumunda yatmakta olan dört hastanın görüşü alınmıştır. Bu görüşler kapsamında hastalardan olumlu geri bildirimler alındığı için taslak HKÖ maddelerinde anlam, noktalama ve anlaşılabilirlik yönünden düzenleme yapılmamıştır.

4.1.1.3. Uzmanların Değerlendirmesi

Altmış sekiz maddelik HKÖ'nün yüzey geçerliliğini sağlamak için kapsam geçerliliği ile eş zamanlı olarak uzman kişilerin ölçeğe yönelik görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda, 68 maddelik taslak ölçekte yer alan 18 maddede (2, 4, 7-9, 11, 16, 17, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 43, 45, 67, 68) anlam değişikliği yapılmadan yazım ve noktalama düzeltmeleri yapılmıştır. Bununla birlikte taslak HKÖ'nün maddelerinin dil bilgisi ve Türkçe anlaşılabilirliğini sağlamak için bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanının görüşleri alınmıştır. Bu görüşler doğrultusunda ölçekteki 2 maddede (50 ve 57. maddeler [50. madde olan “Yanlış tedavi ve bakımdan” cümlesi “Yanlış tedavi ve yetersiz bakımdan” şeklinde değiştirilmiştir. 57. Madde olan “Aile / yakınlarımdan destek alamamaktan” cümlesi “Ailemden / yakınlarımdan destek alamamaktan” şeklinde değiştirilmiştir]) yazım ve anlaşılabilirlik yönünden düzenleme yapılmıştır.

4.1.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliğinde, 68 maddelik taslak HKÖ'nün maddelerinin kuramsal yapıya uygunluğunu belirlemek için uzman görüşleri alınmıştır. Bu doğrultuda hastalarda korku düzeyini ölçme ve konuya uygunluğunu değerlendirme amacıyla taslak ölçek, Lawshe tekniği kullanılarak 45 uzmana e-posta yoluyla gönderilmiştir. Toplamda 16 uzman geri dönüş yaparak değerlendirmelerini bildirmiştir. Uzmanlar ölçek maddelerini “madde gereklidir, madde yararlı ancak düzeltilmelidir ve madde gerekli değildir” şeklinde değerlendirmişlerdir. Elde edilen veriler doğrultusunda her bir madde için o maddenin gerekli olduğunu belirten uzman sayısı kaydedilmiştir. Lawshe tekniğinde belirtilen formül [$KGO = (Nu - N/2) / (N/2)$] ile Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) belirlenmiştir. Formülde

Nu, maddeye “uygun” diyen uzman sayısı, N maddeye yönelik görüş bildiren toplam uzman sayısını temsil etmektedir (108). Taslak ölçekteki maddelerin KGO’ları hesaplanmış, KGO değeri 0.50’nin altında olan 6 madde ölçekten (21, 29, 47, 49, 58, 66) çıkartılmıştır (108). Toplam HKÖ’nün Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) 0.88 (>0.75) olarak belirlenmiştir. Böylece kapsam geçerliği kapsamında gözlenen uzlaşmanın şans ile oluşmadığını gösteren 62 madde ile taslak ölçek şekillenmiştir (Tablo 4).

4.1.3. Pilot Uygulama

HKÖ, geçerlik ve güvenirlik için veri toplamaya başlamadan önce hedef kitle ile benzer özelliklere sahip küçük bir gruba deneme amacıyla uygulanmıştır. 62 maddelik HKÖ’nün pilot uygulaması, Bayburt il merkezinde bulunan bir devlet hastanesinde yatmakta olan toplam 60 hasta ile yapılmıştır. Ölçekteki maddelerin yüzey geçerliliği yeniden değerlendirilmiş, 14. madde daha açık anlaşılması için düzenlenmiştir. Bununla birlikte HKÖ’nün madde toplam korelasyon değerleri incelenmiş, toplam madde korelasyon değeri 0.30’un altında bulunan 55. madde ölçekten çıkarılmıştır (109). Sonuçta taslak ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.97 olarak belirlenmiş ve taslak ölçek 61 madde ile şekillenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Kapsam geçerliği ve pilot uygulama sonrası taslak HKÖ maddelerinin dağılımı

Alt boyutlar	Madde Sayısı	Yanıtlanma Şekli
Algılanan Tehdit	34 madde	1= Asla Korkmam
Algılanan Etkinlik	27 madde	2= Nadiren Korkarım
		3= Bazen Korkarım
		4= Sık Sık Korkarım
		5= Her Zaman Korkarım
Genel toplam	61 madde	

Yapı geçerliği öncesi 61 maddelik ölçek maddelerinin Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenerek taslak HKÖ’nün normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Normal dağılım; 61 maddelik taslak HKÖ için basıklık çarpıklık değerleri +0.414 ile -1.681 aralığında bulunmuştur (Tablo 5). Bu değerlere göre ölçek maddelerinin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Çünkü basıklık çarpıklık için normal dağılım değerleri +1.5 ile -1.5, +2.0 ile -2.0 arasında kabul görmektedir.

Tablo 5. Ölçek maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri

Maddeler	Kurtosis	Skewness	Maddeler	Kurtosis	Skewness
AT1	-1.414	-0.244	AT32	-1.384	-0.297
AT2	-1.605	-0.196	AT33	-1.554	-0.332
AT3	-1.163	-0.618	AT34	-0.562	-0.996
AT4	-0.679	-0.793	AE1	-1.456	-0.244
AT5	-1.161	-0.565	AE2	-1.264	-0.493
AT6	-1.645	-0.173	AE3	-1.601	-0.053
AT7	-1.260	-0.507	AE4	-1.421	0.288
AT8	-1.181	-0.529	AE5	-1.544	0.260
AT9	-1.313	-0.011	AE6	-1.497	0.219
AT10	-1.314	-0.156	AE7	-1.643	-0.111
AT11	-1.542	-0.016	AE8	-1.630	-0.011
AT12	-1.436	-0.189	AE9	-1.497	-0.243
AT13	-1.454	0.111	AE10	-1.527	-0.202
AT14	-1.577	0.245	AE11	-1.439	-0.342
AT15	-1.593	0.267	AE12	-0.875	-0.777
AT16	-1.681	0.068	AE13	-1.360	-0.355
AT17	-1.657	-0.024	AE14	-1.549	0.208
AT18	-1.498	-0.065	AE15	-1.519	-0.375
AT19	-1.280	-0.552	AE16	-1.525	-0.335
AT20	-0.970	-0.750	AE17	-1.611	0.047
AT21	-1.287	-0.463	AE18	-1.372	-0.511
AT22	-1.522	0.093	AE19	-1.544	-0.069
AT23	-1.572	-0.023	AE20	-1.482	-0.014
AT24	-1.103	-0.677	AE21	-1.486	0.414
AT25	-1.271	-0.524	AE22	-1.606	0.246
AT26	-1.482	0.057	AE23	-1.613	0.122
AT27	-1.393	0.352	AE24	-1.453	-0.267
AT28	-1.565	-0.125	AE25	-1.497	-0.232
AT29	-1.426	-0.101	AE26	-1.632	0.050
AT30	-0.685	-0.925	AE27	-1.607	-0.035
AT31	-1.152	-0.473			

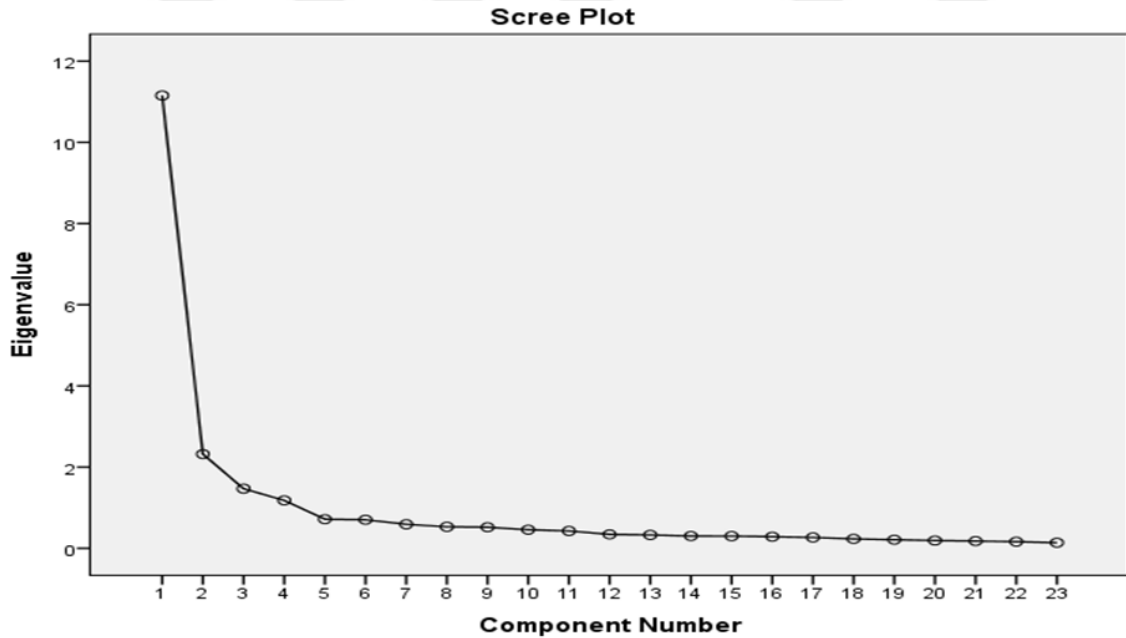
AT: Algılanan Tehdit, AE: Algılanan Etkinlik

4.1.4. Yapı Geçerliği

Yüzey ve kapsam geçerliği sonrası 61 madde ile biçimlenen taslak HKÖ'nün yapı geçerliği için temel bileşenler analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır.

4.1.4.1. Temel Bileşenler Analizi

Temel Bileşenler Analizi öncesi veri setinde faktör analizi çalışılabilirliğini belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Barlett testleri ve kısmi korelasyon için anti imaj korelasyon testi uygulanmıştır. Bu test değerlerinin literatüre göre asgari ölçütün üzerinde olmasıyla döndürme işlemine geçilmiştir. Temel bileşenler analizi kapsamında Varimax Döndürme Yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada, Varimax yöntemi ile 3 kez döndürme işlemi uygulanmıştır. 1. döndürmede ölçekten 31 madde (6, 9-13, 18-23, 26, 28-37, 41, 42, 45, 47-50, 52), 2. Döndürmede 5 madde (27, 43, 44, 46, 51), 3. Döndürmede 2 madde (24, 25) olmak üzere toplam 38 madde ölçekten uzaklaştırılmıştır. Ölçekten çıkarılan bu 38 maddenin 36 tanesi faktör yük değeri 0.60'ın altında olduğu ve diğer 2 maddesi faktör altında iki madde yer aldığı için ölçekten çıkarılmıştır. Son döndürme ile birlikte HKÖ'nün KMO değeri $0.932 > 0.80$, Barlett testi $X^2=5935.391$; $p=0.000 < 0.05$ ve anti imaj korelasyon değerleri 0.957 ile 0.875 arasında saptanmıştır. Faktör yük değerleri ise 0.676-0.835 aralığında bulunmuş ve ölçek 4 alt boyut, 23 madde ile biçimlenmiştir. Ölçek faktörlerini gösteren yamaç grafiği (scree plot) aşağıda verilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Hastalarda korku ölçeği yamaç grafiği

HKÖ'de yer alan dört boyut, ölçeğin toplam varyansının %70.08'ini açıklarken, birinci alt boyut %25.06'ini, ikinci alt boyut %20.05'ini, üçüncü alt boyut %13.01'ini,

dördüncü alt boyut %11.96'sını açıklamıştır. Temel Bileşenler Analizi öncesi “algılanan tehdit ve algılanan etkinlik” başlıklarında Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli’ne dayalı olarak oluşturulup sınıflandırılan ölçek maddeleri, TBA sonrası bu kuramsal yapıya uygun olacak şekilde ancak Türk dili açısından kolay anlaşılması ve kullanışlı olması için uzman görüşleri doğrultusunda hastaların korkularını tanımlayan HKÖ alt boyutları; “bireysel / sosyal destek yetersizliği (53-62), sağlığın kötüleşmesi / iyileşememe (1-5, 7, 8), sosyal izolasyon (14-17), sağlık çalışanları tarafından anlaşılammama (38-40) olarak adlandırılmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. HKÖ’nün alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri (n=345)

Alt Boyutlar*	Öz Değer	Varyans %	Ort.	SS	Faktör Yüğü
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	11.153	25.06	3.00	1.33	0.790-0.676
AE24. Fiziksel olarak güçlü olamamaktan			3.30	1.56	0.790
AE23. Tedavime ve bakımıma katılamamaktan			2.92	1.64	0.790
AE22. Ailemden / yakınlarımdan destek alamamaktan			2.77	1.67	0.764
AE25. Psikolojik / duygusal olarak güçlü olamamaktan			3.26	1.58	0.762
AE21. Taburcu olunca evde bakılamamaktan			2.58	1.64	0.752
AE26. Ailemin / yakınlarımlın / arkadaşlarımlın bana değer vermemesinden			2.97	1.65	0.700
AE20. Bilgileri anlayamamaktan			3.08	1.54	0.696
AE19. Hastalık, tedavi süreci ve evde bakım süreci hakkında bilgilendirilmemekten			3.12	1.58	0.691
AE27. Sorularımın yanıtlanmamasından (bakım verici, aile, sağlık çalışanları tarafından)			2.98	1.62	0.676
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	2.320	20.05	3.52	1.20	0.788-0.697
AT4. Sağlık durumumun kötüleşmesinden			3.85	1.34	0.788
AT2. Günlük aktivitelerimi (solunum, beslenme, giyinme, beden temizliği, yürüme, iletişim vb.) yerine getirememekten			3.20	1.65	0.770
AT3. Başkalarına bağımlı ve yardıma muhtaç kalmaktan			3.60	1.54	0.752
AT1. Vücudumun / organlarımlın zarar görmesinden			3.31	1.53	0.737
AT5. İyileşememekten			3.60	1.50	0.717
AT8. Eski sağlıklı günlerime dönememekten			3.55	1.49	0.704
AT7. Hayatım boyunca bu durum ile yaşamaktan			3.54	1.53	0.697
Sosyal İzolasyon	1.468	13.01	2.87	1.4	0.835-0.678
AT15. Yalnız kalmaktan			2.72	1.65	0.835
AT14. Hastalığımdan dolayı bir odada tek başına kalmaktan			2.77	1.64	0.790
AT16. Dışlanmaktan			2.94	1.69	0.746
AT17. Azarlanmaktan / hor görülmekten			3.05	1.67	0.678
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılammama	1.180	11.966	2.75	1.43	0.806-0.751
AE5. Sağlık çalışanlarının beni yargılamasından			2.75	1.63	0.806
AE6. Sağlık çalışanları ile hastalığıml / durumum hakkında iletişim kuramamaktan			2.81	1.59	0.787
AE4. Sağlık çalışanlarına kendimi yeterince ifade edememekten			2.70	1.56	0.751

* AT: Algılanan Tehdit, AE: Algılanan Etkinlik

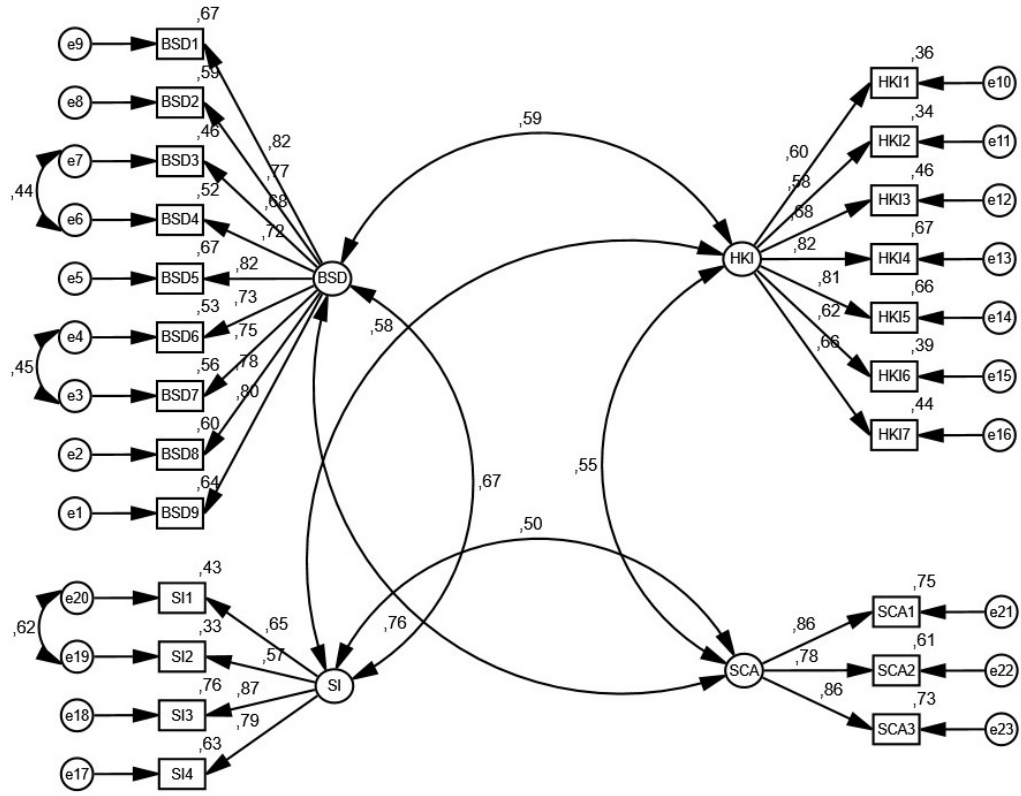
4.1.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Temel Bileşenler Analizi sonrasında elde edilen faktörlerin doğruluğunu ve farklı bir örneklem üzerinde toplanan veriler ile uyum sağlayıp sağlamadığını belirlemek üzere 300 hasta ile 23 maddelik HKÖ'ye DFA yapılmıştır. Öncesinde DFA örnekleminde DFA'nın çalışabilirliğini belirlemek için analiz yapılmış, KMO değeri 0.92 Barlett testi $X^2 = 4678.734$; $p = 0.000$ ve anti imaj korelasyon değerleri 0.87-0.97 arasında bulunmuştur. Bu kapsamda HKÖ'nün Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) = 3.10, Uyum İndeksi (GFI) = 0.88, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) = 0.91, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) = 0.08, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) = 0.89, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) = 0.91 olarak saptanmıştır. Daha sonra analiz sürecinde bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutunda 3 ve 4. maddeler ile 6 ve 7. maddeler, sosyal izolasyon alt boyutunda ise 1 ve 2. maddeler arasında olmak üzere toplam üç modifikasyon yapılmıştır. Sonuç olarak üç modifikasyon sonrası HKÖ'nün uyum indeks değerleri; Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) = 2.26, Uyum İndeksi (GFI) = 0.90, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) = 0.94, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) = 0.07, Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) = 0.04, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) = 0.90, Fazlalık Uyum İndeksi (IFI) = 0.93, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) = 0.93 olarak belirlenmiştir (Şekil 2) (Tablo 7).

Tablo 7. HKÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Hastalarda Korku Ölçeği
χ^2 / sd	<2	<5	2.26 (499.221/221)
GFI	>0.95	>0.90	0.90
CFI	>0.95	>0.90	0.94
TLI	>0.95	>0.90	0.93
RMSEA	<0.05	<0.08	0.065
SRMR	<0.10	<0.05	0.04
IFI	>0.95	>0.90	0.93
NFI	>0.95	>0.90	0.903

* X^2/Sd : Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi



Şekil 2. Doğrulayıcı faktör analizine göre HKÖ'nün path diyagramı

Analizler doğrultusunda TBA'da belirlenen faktör yapısı ile DFA ile hesaplanan uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Standardize edilmiş faktör yükleri, standart hata değerleri ve t değerleri aşağıda gösterilmiştir (Tablo 8). Standardize edilmiş beta katsayıları incelendiğinde; HKÖ'nün faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, ölçekte belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğinin doğrulandığını göstermektedir. (Tablo 8).

Tablo 8. HKÖ maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yükleri ve t-test değerleri (n=300)

DFA madde (TBA madde)	B	Std. B	SH	t*
BSD9 (AE27)	1.000	0.800		
BSD8 (AE19)	1.028	0.777	0.069	14.934
BSD7 (AE20)	0.961	0.751	0.067	14.291
BSD6 (AE26)	0.927	0.728	0.068	13.721
BSD5 (AE21)	0.045	0.820	0.065	16.075
BSD4 (AE25)	0.934	0.724	0.069	13.628
BSD3 (AE22)	0.879	0.679	0.070	12.581
BSD2 (AE23)	0.951	0.770	0.064	14.777
BSD1 (AE24)	1.025	0.817	0.064	15.994
HKİ1 (AT4)	1.000	0.602		
HKİ2 (AT2)	0.976	0.581	0.116	8.379
HKİ3 (AT3)	1.127	0.676	0.120	9.393
HKİ4 (AT1)	1.312	0.820	0.123	10.686
HKİ5 (AT5)	1.335	0.811	0.126	10.618
HKİ6 (AT8)	1.027	0.625	0.116	8.862
HKİ7 (AT7)	1.115	0.664	0.120	9.269
Sİ4 (AT17)	1.000	0.792		
Sİ3 (AT16)	1.107	0.869	0.077	14.328
Sİ2 (AT14)	0.721	0.574	0.075	9.646
Sİ1 (AT15)	0.833	0.654	0.075	11.155
SCA1 (AE5)	1.000	0.865		
SCA2 (AE6)	0.905	0.779	0.058	15.652
SCA3 (AE4)	0.989	0.857	0.056	17.756

*p<0.001, BSD: Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği, HKİ: Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe, Sİ: Sosyal İzolasyon, SCA: Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama, AT: Algılanan Tehdit, AE: Algılanan Etkinlik

4.1.4.3. Yakınsak Geçerliği ve Ayrışma Geçerliği

Yapı güvenirliği (CR - Composite Reliability) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE – Average Variance Extracted) değerleri hesaplanarak ölçekte yer alan değişkenlerin yapı geçerliği incelenmiştir. Bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için CR değeri 0.926 iken AVE değeri 0.584, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için CR değeri 0.861 iken AVE değeri 0.474, sosyal izolasyon alt boyutu için CR değeri 0.818 iken AVE değeri 0.535, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için CR değeri 0.873 iken AVE değeri 0.697 olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Ayrışma geçerliği (ıraksak geçerlik) belirlemek için Maksimum Paylaşılan Değer (MSV-Maximum Shared Variance) ve Ortalama Paylaşılan Değer (ASV-Average Shared Variance) değerleri hesaplanmaktadır. Bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için MSV değeri 0.582, ASV değeri 0.458, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için MSV değeri 0.345, ASV değeri 0.325, sosyal izolasyon alt boyutu için MSV değeri 0.448, ASV değeri 0.344, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için ise MSV değeri 0.582, ASV değeri 0.377 olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. HKÖ'nün yakınsak ve ayrışma geçerliği değerleri

Alt Boyutlar	CR	AVE	MSV	ASV
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	0.926	0.584	0.582	0.458
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	0.861	0.474	0.345	0.325
Sosyal İzolasyon	0.818	0.535	0.448	0.344
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	0.873	0.697	0.582	0.377

4.2. Hastalarda Korku Ölçeği'nin Güvenirlik Bulguları

HKÖ'den elde edilen sonuçlara yönelik güvenirliliğinin belirlenmesi için öncelikle Cronbach Alpha, Spearman Brown, Guttman Split-Half testleri yapılmıştır. Temel Bileşenler Analizi sonrası HKÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.951, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.941, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.902, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.882, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için 0.884 olarak belirlenmiştir. Toplam Spearman-Brown değeri 0.913, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.921, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.906, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.886, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için 0.872 olarak belirlenmiştir. Toplam Guttman Split-Half değeri 0.889, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.876, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.893, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.888, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için 0.876 olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

DFA sonrası HKÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.940, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.929, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.859, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.842, sağlık çalışanları tarafından

anlaşılamama alt boyutu için 0.872 olarak belirlenmiştir. Toplam Spearman-Brown değeri 0.932, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.930, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.918, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.924, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için 0.879 olarak belirlenmiştir. Toplam Guttman Split-Half değeri 0.876, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.873, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.881, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.871, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için 0.869 olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. HKÖ'nün güvenirlik analizi bulguları (n=645)

Alt Boyutlar	TBA Sonrası (n=345)			DFA Sonrası (n=300)		
	Cronbach Alpha	Spearman-Brown	Guttman Split-Half	Cronbach Alpha	Spearman-Brown	Guttman Split-Half
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	0.941	0.921	0.876	0.929	0.930	0.873
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	0.902	0.906	0.893	0.859	0.918	0.881
Sosyal İzolasyon	0.882	0.886	0.888	0.842	0.924	0.871
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	0.884	0.872	0.876	0.872	0.879	0.869
HKÖ Toplam	0.951	0.913	0.889	0.940	0.932	0.876

Madde ayırt edicilik indeksi olarak da adlandırılan madde-toplam korelasyon değerlerine bakılmıştır. TBA örnekleminde HKÖ'nün madde toplam korelasyon değerleri 0.680-0.824 aralığındadır. Ayrıca ölçek alt boyutlarının madde toplam korelasyonları değerlendirildiğinde; bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutunun 0.750-0.811, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutunun 0.680-0.773, sosyal izolasyon alt boyutunun 0.710-0.765 ile sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutunun 0.719-0.824 arasında ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

DFA örnekleminde ise HKÖ'nün madde toplam korelasyon değerleri 0.552-0.810 aralığındadır. Alt boyutlarda; bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu için 0.682-0.710, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu için 0.552-0.729, sosyal izolasyon alt boyutu için 0.605-0.628, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu için 0.718-0.781 aralığında ve anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Ayrıca maddelerin Cronbach Alpha değerleri TBA örneklemini için 0.948-0.950 aralığında iken, DFA örneklemindeki maddelerin değerleri 0.935-0.939 arasında belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. TBA ve DFA örnekleminde HKÖ'nün madde toplam korelasyon ve Cronbach Alpha değerleri (n=645)

Alt Boyutlar*	TBA		DFA	
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	Madde toplam r	Cronbach α Değeri	Madde toplam r	Cronbach α Değeri
AE24	0.782	0.948	BSD1	0.760
AE23	0.811	0.948	BSD2	0.735
AE22	0.780	0.948	BSD3	0.682
AE25	0.753	0.948	BSD4	0.728
AE21	0.786	0.948	BSD5	0.810
AE26	0.750	0.948	BSD6	0.722
AE20	0.765	0.948	BSD7	0.741
AE19	0.783	0.948	BSD8	0.736
AE27	0.755	0.948	BSD9	0.742
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe				
AT4	0.773	0.950	HKİ10	0.571
AT2	0.721	0.950	HKİ11	0.552
AT3	0.680	0.950	HKİ12	0.613
AT1	0.686	0.949	HKİ13	0.729
AT5	0.734	0.949	HKİ14	0.725
AT8	0.697	0.949	HKİ15	0.568
AT7	0.697	0.950	HKİ16	0.623
Sosyal İzolasyon				
AT15	0.773	0.950	Sİ17	0.728
AT14	0.726	0.950	Sİ18	0.657
AT16	0.765	0.949	Sİ19	0.719
AT17	0.710	0.949	Sİ20	0.605
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılama				
AE5	0.824	0.949	SCA21	0.764
AE6	0.781	0.949	SCA22	0.718
AE4	0.719	0.949	SCA23	0.781

* BSD: Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği, HKİ: Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe, Sİ: Sosyal İzolasyon, SCA: Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılama, AT: Algılanan Tehdit, AE: Algılanan Etkinlik

TBA örnekleminde HKÖ ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri incelenmiştir. Ölçek toplam ile bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.90, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu

arasındaki korelasyon değeri 0.80, sosyal izolasyon alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.77, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.75'tir. Bireysel / sosyal destek yetersizliği ile hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.57, sosyal izolasyon alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.59, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.67'dir. Hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ile sosyal izolasyon alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.56, sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.46'dır. Sosyal izolasyon ile sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.51'dir (Tablo 12).

Tablo 12. TBA için ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri (n=345)

Ölçek Alt Boyutları	Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	Sosyal İzolasyon	Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama
	r	r	r	r
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği				
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	0.57*			
Sosyal İzolasyon	0.59*	0.56*		
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	0.67*	0.46*	0.51*	
Ölçek Toplam	0.90*	0.80*	0.77*	0.75*

* p<0.001

İç tutarlılığın bir göstergesi olan %27'lik Alt ve Üst Çeyreklik t-test değerleri incelenmiştir. HKÖ toplamında %27'lik alt ve üst çeyreklik t-testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-48.364; p=0.000). Ayrıca Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği (t=-43.091), Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe (t=-22.207), Sosyal İzolasyon (-23.811), Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama (t=-19.016) alt boyutlarında benzer şekilde alt ve üst çeyreklik arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 13).

Tablo 13. HKÖ ve alt boyutlarının %27'lik alt ve üst çeyreklik karşılaştırması (n=186)

Alt Boyutlar	Üst %27		Alt %27		t-test*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	4.509	0.337	1.725	0.441	-43.091
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	4.628	0.461	1.538	0.516	-22.207
Sosyal İzolasyon	4.604	0.540	2.195	0.896	-23.811
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	4.290	0.928	1.489	0.653	-19.016
Ölçek Toplam	4.222	1.148	1.505	0.762	-48.364

*p<0.001

HKÖ'nün zaman içerisinde ölçtüğü korku düzeyinde önemli değişikliğin olup olmadığı saptamak için test-tekrar test yöntemi uygulanmıştır. 23 maddelik HKÖ, aynı hastalara iki hafta arayla uygulanıp değerlendirilmiştir. HKÖ ilk ve son test puanları karşılaştırıldığında, ölçek toplamında (t=1.422, p=0.163) ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Ayrıca ölçeğin toplamda ve alt boyutlarda grup içi korelasyon değeri (Intraclass Correlation Coefficient-ICC) değeri 0.95 ve üzeri, pozitif yönde güçlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki göstermiştir (p< 0.001) (Tablo 14).

Tablo 14. HKÖ'nün test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması (n=40)

Alt Boyutlar	Ön Test	Son Test	t	p	ICC*
	Ort±SS	Ort±SS			
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	2.992±1.269	2.925±1.307	1.412	0.166	0.986
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	3.411±1.202	3.429±1.196	-0.777	0.442	0.996
Sosyal İzolasyon	2.913±1.267	2.850±1.252	1.376	0.177	0.987
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	2.883±1.335	2.808±1.294	0.893	0.377	0.957
HKÖ Toplam	3.091±1.023	2.990±1.033	1.422	0.163	0.950

*ICC: Intraclass Correlation Coefficient, p değeri: <0.001

4.3. Hastalarda Korku Ölçeği'nin Son Yapısı ve Hesaplanması

Analizler sonrası HKÖ; dört alt boyut ve 23 madde ile son şeklini almıştır (Ek 5). Ölçek alt boyutları; Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) dokuz maddeden, Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) yedi maddeden, Sosyal İzolasyon (17, 18, 19, 20) dört maddeden, Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama (21, 22, 23) üç maddeden oluşmaktadır. Hastalarda Korku Ölçeği; "1= Asla

korkmam, 2= Nadiren korkarım, 3= Bazen korkarım, 4= Sık sık korkarım ve 5= Her zaman korkarım” şeklinde puanlanan beşli Likert tipinde bir ölçektir (Tablo 15) (Ek 5). Ölçekteki tüm maddeler olumlu ifadelerden oluşmakta ve ters madde bulunmamaktadır. Ölçek toplamı ve alt boyutlarının puanları hesaplanırken aritmetik ortalama kullanılmaktadır. Ölçek toplamda ve alt boyutlarında 1-5 aralığında puan almakta, ölçek toplam ve alt boyutlarından alınan puanın yüksek olması hastalarda korku düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek puanları; 1.00-1.79 arası “çok düşük”, 1.80- 2.59 arası “düşük”, 2.60- 3.39 “arası orta”, 3.40-4.19 arası yüksek, 4.20-5.00 arası çok yüksek olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 15. Hastalarda Korku Ölçeği’nin maddeleri ve puan aralıkları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler	Puan aralığı
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	9	1-9	1-5
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	7	10-16	1-5
Sosyal İzolasyon	4	17-20	1-5
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	3	21-23	1-5
HKÖ Toplamı	23	1-23	1-5

4.4. Hastaların Demografik Özellikleri ve Hastalarda Korku Ölçeği Bulguları

4.4.1. Hastaların Demografik Özellikleri

Çalışmada TBA’ya katılan 345 hastanın demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması 48.49 ± 18.14 ve hastanede yatış süresi 3.59 ± 3.83 gündür. Bu hastaların %55.9’u kadın, %73 evli, %34.2’si ilkokul mezunu, %67.2’si çalışmamakta ve %44.6’sının gelir durumu ortadır. %46.3’ü dahili kliniklerde yatmakta, %19.1’inin hastalık tanısı ortopedik hastalıklar ve ameliyatlar olup %62.9’unun bir kronik hastalığı bulunmamaktadır (Tablo 16).

Çalışmada doğrulayıcı faktör analizine katılan 300 hastanın demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %54’ü kadın, %74.3’ü evli, %38’i ilkokul mezunu, %74.7’si çalışmamakta ve %50.7’sinin gelir durumu kötüdür. %54’ü dahili kliniklerde yatmakta, %20.3’ünün hastalık tanısı solunum sistemi hastalığı olup %53.7’sinin bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Hastaların yaş ortalaması 55.56 ± 18.93 , hastanede yatış süresi 3.47 ± 3.40 ’dır (Tablo 16).

Tablo 16. Ölçek geliştirme çalışmasına katılan hastaların demografik özellikleri (n=645)

Demografik özellikler	TBA (n=345)		DFA (n=300)	
	Ort	SS	Ort	SS
Yaş (yıl)	48.49	18.14	55.56	18.93
Yatış Süresi (gün)	3.59	3.83	3.47	3.40
Cinsiyet	n	%	n	%
Kadın	193	55.9	162	54.0
Erkek	152	44.1	138	46.0
Medeni Durum				
Evli	252	73.0	223	74.3
Bekar	93	27.0	77	25.7
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	40	11.5	59	19.7
Okuryazar	22	6.4	16	5.3
İlkokul	118	34.2	114	38.0
Ortaokul	44	12.8	26	8.7
Lise	64	18.6	44	14.7
Üniversite ve üzeri	57	16.5	41	13.7
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	113	32.8	76	25.3
Çalışmıyor	232	67.2	224	74.7
Gelir Düzeyi				
Kötü	114	33.0	152	50.7
Orta	154	44.6	107	35.7
İyi	77	22.3	41	13.7
Yatılan Klinikler				
Dahili Klinikler	184	53.3	178	59.3
Cerrahi Klinikler	149	43.1	114	38.0
Özellikli Birimler (Palyatif servis, yoğun bakım)	12	3.6	8	2.6
Hastalık Tanısı				
Solunum Sistemi Hastalıkları	24	7.0	61	20.3
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	38	11.0	25	8.3
Endokrin Sistem Hastalıkları	11	3.2	17	5.7
Enfeksiyon Hastalıkları	25	7.2	15	5.0
Üriner Sistem Hastalıkları	21	6.1	20	6.7
Ortopedik Hastalıklar ve Ameliyatlar	66	19.1	55	18.3
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	12	3.5	17	5.7
Sinir Sistemi Hastalıkları	20	5.8	27	9.0
Kas ve Romatizmal Hastalıklar	15	4.3	13	4.3
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	51	14.8	26	8.7
Diğer	62	18.0	24	8.0
Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	128	37.1	139	46.3
Hayır	217	62.9	161	53.7
Toplam	345	100	300	100

4.4.2. Hastaların Hastalarda Korku Ölçeği Puanları

Hastalarda korku ölçeği toplam puanı 2.91 ± 1.07 , bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyut puanı 2.77 ± 1.31 , hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyut puanı 3.25 ± 1.16 , sosyal izolasyon alt boyut puanı 2.94 ± 1.43 , sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyut puanı 2.53 ± 1.43 'tür (Tablo 17).

Tablo 17. DFA örnekleminde hastaların HKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları (n=300)

Alt Boyutlar	Ort.	SS	Min.	Max.
Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	2.77	1.31	1.00	5.00
Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	3.25	1.16	1.00	5.00
Sosyal İzolasyon	2.94	1.43	1.00	5.00
Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılamama	2.53	1.43	1.00	5.00
HKÖ Toplamı	2.91	1.07	1.00	5.00

4.5. Hastaların Demografik Özellikleri ile Hastalarda Korku Ölçeği Bulgularının Karşılaştırması

Hastaların demografik özelliklerine göre HKÖ puanları karşılaştırıldığında; kadın hastaların HKÖ toplam ($t=2.309$; $p=0.022<0.05$; $d=0.267$; $\eta^2=0.018$), hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ($t=2.517$; $p=0.012<0.05$; $d=0.292$; $\eta^2=0.021$) ve sosyal izolasyon ($t=2.054$; $p=0.041<0.05$; $d=0.238$; $\eta^2=0.014$) alt boyut ortalamalarının erkek hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Bireysel / sosyal destek yetersizliği ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyet arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Evli olan hastaların hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ($t=2.260$; $p=0.025<0.05$; $d=0.299$; $\eta^2=0.017$) ve sosyal izolasyon ($t=2.986$; $p=0.002<0.05$; $d=0.395$; $\eta^2=0.029$) alt boyut ortalamalarının bekar hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların medeni durumu ile HKÖ toplam, bireysel / sosyal destek yetersizliği ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Eğitim durumu okuryazar ve okuryazar olmayan hastaların HKÖ toplam ($F=2.641$; $p=0.034<0.05$; $\eta^2=0.035$) puan ortalamalarının ortaokul ve lise mezunu hastalardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte ilkokul mezunu olan hastaların HKÖ toplam ($F=2.641$; $p=0.034<0.05$; $\eta^2=0.035$) puan ortalamalarının yine lise mezunu hastalardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumu okuryazar ve okuryazar olmayan hastaların sosyal izolasyon ($F=8.622$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.105$) alt boyut puan ortalamalarının ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri olan hastalardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca eğitim durumu ilkokul olan hastaların da sosyal izolasyon ($F=8.622$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.105$) alt boyut puan ortalamalarının ortaokul, lise, üniversite ve üzeri olan hastalardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan çalışmalarla bu etkinin küçük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bireysel / sosyal destek yetersizliği, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılama alt boyut puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Çalışmayan hastaların HKÖ toplam ($t=-2.653$; $p=0.008<0.05$; $d=0.352$; $\eta^2=0.023$) bireysel / sosyal destek yetersizliği ($t=-2.522$; $p=0.012<0.05$; $d=0.335$; $\eta^2=0.021$) ve sosyal izolasyon ($t=-3.666$; $p=0<0.05$; $d=0.487$; $\eta^2=0.043$) alt boyut puan ortalamalarının çalışan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılama alt boyutları puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Kronik hastalığı olan hastaların da sosyal izolasyon ($t=3.859$; $p=0<0.05$; $d=0.447$; $\eta^2=0.048$) alt boyut ortalamasının kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğü küçük düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik hastalık varlığı ile HKÖ toplam, bireysel / sosyal destek yetersizliği, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılama alt boyutları puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Ayrıca hastaların yaşları ile HKÖ toplam ve bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutu arasında istatistiksel açıdan çok zayıf, pozitif yönde; sosyal izolasyon alt boyutu arasında ise zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Hastanede yatış süresi ile

HKÖ toplam, bireysel / sosyal destek yetersizliği, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe, sosyal izolasyon ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılama alt boyutları arasında korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. DFA örnekleminde hastaların demografik özelliklerine göre HKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Demografik Özellikler	n	HKÖ Toplam	Bireysel / Sosyal Destek Yetersizliği	Hastalığın Kötüleşmesi / İyileşememe	Sosyal İzolasyon	Sağlık Çalışanları Tarafından Anlaşılama
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	162	3.050±1.008	2.878±1.282	3.408±1.103	3.096±1.419	2.669±1.434
Erkek	138	2.765±1.131	2.657±1.349	3.071±1.214	2.757±1.426	2.382±1.434
t=		2.309	1.452	2.517	2.054	1.728
p=		0.022	0.148	0.012	0.041	0.085
Medeni Durum						
Evli	223	2.990±1.099	2.816±1.353	3.342±1.163	3.083±1.464	2.564±1.466
Bekar	77	2.713±0.977	2.661±1.202	2.996±1.142	2.526±1.246	2.459±1.363
t=		1.956	0.892	2.260	2.986	0.550
p=		0.051	0.373	0.025	0.002	0.583
Eğitim Durumu						
Okuryazar olmayan ve okuryazar ⁽⁷⁾	75	3.137±0.929	2.948±1.281	3.339±1.067	3.510±1.299	2.738±1.466
İlkokul ⁽⁸⁾	114	3.007±1.139	2.883±1.369	3.273±1.161	3.112±1.420	2.620±1.453
Ortaokul ⁽⁹⁾	26	2.659±1.174	2.684±1.298	2.912±1.303	2.414±1.355	2.321±1.416
Lise ⁽¹⁰⁾	44	2.576±1.103	2.311±1.245	3.127±1.321	2.483±1.435	2.212±1.489
Üniversite ve Üzeri ⁽¹¹⁾	41	2.805±0.948	2.724±1.248	3.394±1.084	2.244±1.229	2.423±1.282
F=		2.641	1.959	0.945	8.622	1.236
p=		0.034	0.101	0.438	0.000	0.296
Tukey, LSD=		7>9,10; 8>10 ($p<0.05$)			7>8,9,10,11 8>9,10,11 ($p<0.05$)	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	76	2.639±1.173	2.450±1.343	3.090±1.313	2.431±1.484	2.430±1.462
Çalışmıyor	224	3.014±1.024	2.887±1.291	3.309±1.109	3.113±1.372	2.573±1.432
t=		-2.653	-2.522	-1.414	-3.666	-0.749
p=		0.008	0.012	0.196	0.000	0.455
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	139	3.040±1.072	2.908±1.349	3.267±1.151	3.275±1.332	2.595±1.539
Hayır	161	2.814±1.069	2.663±1.279	3.241±1.181	2.651±1.453	2.487±1.349
t=		1.829	1.616	0.191	3.859	0.649
p=		0.068	0.107	0.848	0.000	0.521
		r ; p	r ; p	r ; p	r ; p	r ; p
Yaş		0.174*; 0.002	0.156*; 0.007	0.031; 0.592	0.340*; 0.000	0.062; 0.285
Yatış süresi		0.047; 0.421	0.042; 0.465	0.033; 0.566	0.098; 0.089	-0.043; 0.463

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD, * $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Korku, yıllardır bir hemşirelik tanısı olarak NANDA tarafından kabul edilmesine rağmen hemşirelerin hastalardaki korku duygusunu belirlemede zorluk yaşadığı ve korku düzeyi yüksek hastaları ayırt edemediği görülmektedir (20). Bu kapsamda hemşireler, konuya ilişkin ölçeklerden yararlanılabilmektedir. Literatürde korku ölçeklerinin hastaların cerrahi, ölüm gibi belirli durumlara yönelik olduğu dikkat çekmektedir (27, 28). Oysaki korkunun çok boyutlu bir duygu olduğu ve hastanın / bireyin birçok faktörden dolayı korku yaşayabileceği bilinmektedir (20). Dolayısıyla hastalardaki korku duygusunu tüm yönleriyle ele alan geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, güncel, tutarlı bir ölçme aracına gerek vardır. Bu nedenle çalışmada, hastaların öz bildirimleriyle korku düzeyinin belirleneceği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Tartışma bölümü; HKÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik bulguları, hastaların korku düzeyine ilişkin bulgular başlığında ele alınmıştır.

5.1. Hastalarda Korku Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

HKÖ, Witte'nin Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli'ne dayandırılarak geliştirilmiştir. Model 'algılanan tehdit' ve 'algılanan etkinlik' olmak üzere iki ana alt boyuttan oluşmaktadır. HKÖ'nün madde havuzu oluşturulurken her bir boyutun tanımına ve içeriğine uygun ifadeler oluşturulup iki ana alt boyut ile TBA yapılmıştır. TBA sonucunda ölçeğin dört boyutu temsil ettiği belirlenmiş olup, uzman görüşleri doğrultusunda Türkçe kullanım ve anlaşılabilirlik kolaylığı sağlaması açısından faktörler 'bireysel / sosyal destek yetersizliği, hastanın kötüleşmesi / iyileşememe, sosyal izolasyon ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılammama' olarak adlandırılmıştır. Kuramda, algılanan tehdit bireyin durumu nasıl tanımladığı ile ilişkili olup, algılanan etkinlik ise tehdit karşısında bireyin çevresini, sosyal destek sistemlerini ve kendine olan inancını temsil etmektedir (77). Diğer bir deyişle kuram, korkunun sadece tehditle ilişkilendirilemeyeceğini varsayarak baş etme mekanizmalarını da duygu oluşumuna dâhil eden bütüncül bir bakış açısı sergilemektedir. Bu durumda; hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ve sosyal izolasyon alt boyutları algılanan tehdit alt boyutunu, bireysel / sosyal destek yetersizliği ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılammama alt boyutları ise algılanan etkinlik alt boyutunu karşıladığı söylenebilir. Ayrıca modelde korku düzeyinin önemi vurgulanarak, düşük korku düzeyinin hastanın istenen yönde sağlık davranışları geliştirmesi için motivasyon aracı olarak kullanılabileceği belirtilmektedir (80). HKÖ ile

benzer şekilde Champion'un Meme Kanseri Korku Ölçeği, Genişletilmiş Paralel Süreç Model'ine temellendirilerek 4 boyut ve 10 madde olacak şeklinde hazırlanmış, faktör analizi sonrası tek faktör ve 8 maddde ile son halini almıştır. Champion'ın yürüttüğü çalışmada iki ay ara ile yapılan ölçümlerde orta düzeyde korkuya sahip hastaların mamografi çekirme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (26). Bu durumda, HKÖ ile belirlenen düşük korku düzeyi hastaların tedavi ve bakım sürecine katılımı, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve etkili taburculuk eğitimi açısından teşvik olarak kullanılabilir. Ayrıca yüksek korku düzeyi ise hemşirenin 'korku' tanısını kullanmasını ve tanıya yönelik hemşirelik bakımının planlanmasını kolaylaştırabilir. Bu bağlamda korkunun ve korku seviyelerinin hasta üzerindeki etkisi net bir şekilde tanımlanmasından dolayı Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli temel alınmıştır.

HKÖ'nün geçerliğini sağlamak amacıyla sırasıyla yüzey, kapsam ve yapı geçerliği yapılmıştır. Yüzey geçerliği, test maddelerinin ne kadar amaca uygun görüldüğüne ilişkin bir yargıdır. Ölçme aracının ne ölçtüğünden öte, test edilen bireye ne ölçüyormuş gibi görüldüğü ile ilgilidir (108). Yüzey geçerliğinin ilk basamağı olan madde havuzu oluşturma sürecinde ulusal ve uluslararası literatür taranmış ve ardından beş uzmanın görüşü alınarak kuramsal çerçeveye uygun 68 maddelik taslak HKÖ geliştirilmiştir. Hazırlanan HKÖ; araştırmacının kendisinin, konu hakkında fikri olan akran / arkadaşların, hedef kitle olan hastaların, hemşirelik alan uzmanlarının, ayrıca Türk Dili ve Edebiyatı uzmanının görüşüne sunulmuştur (101). Değerlendirme sonucunda akran ve arkadaş görüşleri sonrası üç maddede, uzman görüşleri doğrultusunda 18 maddede ifade değişikliği olmadan yazım ve noktalama yönünden düzenleme yapılmıştır. Ayrıca Türk Dili ve Edebiyatı uzmanının geri bildirimleri ile iki maddede anlaşırılık yönünden düzenleme yapılmıştır. Yüzey geçerliği ile kapsam geçerliği eş zamanlı olarak yürütülmüştür (110).

Kapsam geçerliği, testi oluşturan her bir maddenin ölçülmek istenen özelliği ölçmede nitelik ve nicelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir (109). Diğer bir deyişle ölçek maddelerinin ölçülmek istenen olguyu ölçüp ölçmediğini, ölçülmek istenen olgular dışında başka bir kavram içerip içermediğini değerlendirir. Kapsam geçerliğinin sağlanması için konu ile ilgili uzmanların görüşleri alınmaktadır. Uzmanların ölçüm aracını değerlendirmesi için çeşitli dereceleme ölçütü olmakla birlikte (111). Lawshe tekniği, basit ve kullanıma elverişli olması yönünden diğer tekniklere göre daha çok tercih edilmektedir (112, 113). Bu nedenle çalışmada uzman görüşleri Lawshe tekniği ile

toplanmıştır (114). Konu hakkında bilgiye ve deneyime sahip uzmanlar, her bir ölçek maddesini ‘madde uygun’ veya ‘madde uygun değil’ şeklinde değerlendirerek maddelerin ölçekte kalıp kalmayacağına karar vermiştir (109, 114). Kapsam geçerliğinin yüksek olması yeterli uzman sayısı ile yakından ilişkili olup bu sayının 5 ile 40 arasında olabileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda çalışmada, 16 uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda her bir maddenin KGO ve ölçeğin KGİ değeri hesaplanmıştır. KGO değeri -1 ile +1 arasında değerlendirmekte, 16 uzman için maddelerin minimum / kritik KGO değerinin 0.50, ölçeğin KGİ’nin ise 0.75 ve üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (112). Bu kapsamda KGO değeri 0.50’den düşük olan 6 madde ölçekten çıkarılmış, 62 maddelik ölçeğin KGİ ise 0.88 (>0.75) olarak hesaplanmıştır. Böylece HKÖ’nün 62 madde ile kapsam geçerliği sağlanmıştır.

Yüzey geçerliğinin tamamlanması için son olarak pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamada ölçek, geçerlik ve güvenirlik için veri toplamaya başlamadan önce hedef kitle ile benzer özelliklere sahip küçük bir gruba deneme amacıyla uygulanmaktadır (115). Böylece ölçeğin niteliği test edilmekte ve maddelerin katılımcılar açısından anlaşılabilirliği gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmaktadır (116). Pilot uygulama yapılırken seçilen kitlenin örneklemini temsil etmesi uygulama yapılacak kişi sayısı ile yakından ilişkili olup, literatürde pilot uygulama için farklı sayılar bildirilmektedir. Şeker ve Gençdoğan, pilot uygulama için 30-50 kişinin yeterli olacağını belirtirken (117), Kishore ve ark. ise 30-100 kişilik bir grubun seçilmesi gerektiğini belirtmektedir (118). Bir çalışmada ise pilot uygulamanın örneklemin %10’nunu temsil eden sayıda katılımcıya uygulanması önerilmektedir (108). Bununla birlikte testin deneme sürecinde ne kadar çok kişi olursa sonrasında yapılacak olan analizlerde şans faktörünün o kadar azalacağı vurgulanmaktadır (108, 114). Bu çalışmada, 60 hasta ile pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama ile ölçme aracıyla yer alan maddelerin anlaşılabilirliği (119), madde toplam korelasyon değeri ve Cronbach Alpha değeri incelenmiştir (118). Bu kapsamda 62 maddelik taslak HKÖ’nün sadece bir maddesi anlaşılabilirlik yönünden düzenlenmiş, madde-toplam madde korelasyon değeri 0.30’dan düşük olan bir diğer madde ölçekten çıkarılmış (107), ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise 0.97 bulunmuştur. Bu durumda 61 maddelik HKÖ’nün yüzey geçerliği sağlanmış ve yapı geçerliğine geçilmiştir.

Yapı geçerliği, ölçüm aracının amacına ulaşp ulaşmadığı ve ölçülmek istenen olguyu ne derecede doğru ölçtüğü ile ilgilidir (114). Yapı geçerliğinin değerlendirmeye

yönelik birçok yöntem olmakla birlikte bu çalışmada temel bileşenler analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

Temel Bileşenler Analizi, sınıflandırma modelleri oluşturmada en yaygın kullanılan tekniklerden biridir (120, 121). Bu analiz yöntemi, çok sayıda gözlenen değişken arasındaki korelasyonlara dayalı olarak daha az sayıda bileşenin elde edilmesini sağlaması ve veri setinin temel varyansını en yüksek düzeyde tutması nedeniyle tercih edilmiştir (122). TBA'nın en önemli avantajı az sayıda değişkenle bilgi kaybını en aza indirerek verilerin daha verimli bir şekilde kullanımını ve anlaşılmasını sağlamasıdır (121). TBA öncesi veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığı değerlendirilmektedir. Bu amaçla öncelikle veri setinin ve örneklemin yapılan faktör analizi için yeterliliği ile uygunluğunu test eden KMO katsayısı incelenmektedir (109, 114). Örneklem yeterliliği için Büyüköztürk KMO değerinin 0.60'dan (109), Alpar 0.80'den büyük olması gerektiğini belirtmektedir (123). Tabachnick ve Fidell ise bir sınıflandırma yaparak 0.80-1.0 aralığında KMO değeri alan örneklemin yeterli, 0.70-0.79 aralığının orta, 0.60-0.69 aralığının ise faktör analizi için kabul edilebileceğinin ama sonuçların güvenilirliğinin az olacağını bildirmektedir (124). Bu çalışmada KMO değeri 0.93 bulunmuş ve bilgiler doğrultusunda örneklemin TBA için yeterli olduğu belirlenmiştir. TBA'nın çalışılabilmesi için yerine getirilmesi gereken koşullardan biri de Bartlett test uygulamasıdır (114). Bartlett testi, değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınamak için yapılmakta olup (109), testin anlamlı sonuç vermesi (<0.05) korelasyon matrisinden faktör oluşturulabileceğini ve verilerin normal dağılımdan geldiğini ifade etmektedir (114, 116). Bu çalışmada, Bartlett test sonucu anlamlı çıkmıştır. Ölçekte yer alan her bir maddenin faktör analizine uygunluğu anti imaj korelasyonu ile ölçülmüştür. Bu değerin 0.50 ve üzerinde olması, olmadığı durumlarda ise maddenin ölçekten atılması gerekmektedir (125). Ölçüm sonucu, HKÖ'nün anti imaj korelasyon değerleri 0.87-0.95 aralığında saptanmış ve veri seti analiz için uygun bulunmuştur.

Veri setinin yapı geçerliği analizleri için uygunluğu belirlendikten sonra ölçüm aracının kaç tane önemli boyutu / faktörü ya da yapıyı ölçtüğüne karar vermek için TBA geçilmiş ve ilk olarak öz değerler ile toplam açıklanan varyans oranı incelenmiştir (109). Kaiser kriteri olarak bilinen öz değer, faktör yüklerinin karelerinin toplanması ile bulunmaktadır (126). Öz değer, faktör analizlerinde hem açıklanan varyansı hesaplamada, hem de faktörleri / boyutları belirlemede kullanılan bir katsayıdır (109). Birden büyük olan

öz değerler, anlamlı ve önemli faktör olarak kabul edilmektedir (109, 126). Bu çalışmada, bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutunun özdeğeri 11.15, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe alt boyutunun öz değeri 2.32, sosyal izolasyon alt boyutunun öz değeri 1.46, sağlık çalışanları tarafından anlaşılama alt boyutunun öz değeri ise 1.18 bulunmuştur. Faktörleşmenin sağlıklı olabilmesi amacıyla faktör sayısını belirlemede dikkate alınması gereken ölçütlerden biri de öz değerlere dayalı olarak çizilen yamaç eğim grafiğidir (109, 116). Öz değerler ile yamaç eğim grafiğinin birlikte yorumlanması önerilmektedir (109). Grafikte öz değeri bir ve birden fazla olan dört faktör olduğu görülmektedir. Ayrıca yamaç eğim grafiği birinci faktörden sonra yüksek ivmeli bir düşüş göstermekte, dördüncü faktörden sonra ise çizginin genel gidişi yatay olup, önemli bir düşüş eğilimi gözlenmemektedir. Bu durumda ölçek; bireysel / sosyal destek yetersizliği, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe, sosyal izolasyon, sağlık çalışanları tarafından anlaşılama olmak üzere dört alt boyut şeklinde yapılanmıştır.

Ölçeği temsil eden faktör sayısına karar vermek için ayrıca döndürülmüş temel bileşenler analizinde yararlanılmaktadır (127). Eksen döndürme ile faktörler kendileriyle yüksek ilişki gösteren maddeleri bulmakta, böylece faktörlerin yorumlanmasına kolaylık ve anlamlılık sağlamaktadır (109). Dik ve eğik olmak üzere iki tür döndürme yaklaşımı vardır ve dik döndürme tekniklerinden biri Varimax yöntemidir (114). Varimax, faktör varyanslarının maksimum olmasını sağlaması ve faktör sayısını azaltmayı amaçlaması nedeniyle uygulamada en sık rastlanan ve popüler olan bir tekniktir (109, 128, 129). Yapılan bir araştırmada faktör analizi yapılan araştırmaların %67'sinde Varimax döndürme yöntemi kullanıldığı bildirilmektedir (130). Bu çalışmada alt boyutlar arasında yüksek korelasyon olmaması, alt boyutların birbirinden bağımsız olacağı fikri nedeniyle Varimax döndürme tekniği kullanılmıştır. Ayrıca TBA'da açıklanan varyansı tüm döndürülen bileşenler arasında yeniden dağıtan tekniğin Varimax olduğu bildirilmektedir (101, 109). Döndürme ile birlikte HKÖ'nün faktör yük değerleri belirlenmiş ve yorumlanmıştır. Faktör yük değerleri, maddelerin belirlenen her bir faktör ile ne kadar ilişkili olduğunu açıklamaktadır (114, 128). Bir faktördeki yük değerlerinin yüksek olması, o maddelerin birlikte bir yapıyı ölçtüğü anlamına gelmektedir (109). Faktör yük değerlerinin alt sınırı ile ilgili farklı görüşler bildirilmektedir (131). Büyüköztürk, faktör yük değerlerinin 0.45 ve üzerinin seçim için iyi bir ölçüt olduğunu ancak az sayıda madde için bu sınırın 0.30'a indirilebileceğini belirtirken (109), Kozak alt sınırın 0.40 olması gerektiğini (132), Alpar ise 0.30 ve üzerinde olan faktör yük değerlerinin kabul edilebileceğini savunmaktadır

(123). Hair ise bu değerin 0.30-0.40 arasında yorumlanabildiğini, 0.50 ve üzerinde bir değer olduğunda uygulamada anlamlı kabul edildiğini, 0.70 ve üzerinde ise iyi tanımlanmış bir yapının göstergesi olduğunu bildirmektedir. (133). Bu çalışmada faktör yük değerleri 0.676-0.835 aralığında bulunmuştur. Bu sonuç maddelerin yüklendikleri faktörleri iyi açıkladığı şeklinde yorumlanabilmektedir.

TBA’da faktör sayısına karar verilirken dikkate alınması önerilen bir diğer değer, toplam açıklanan varyanstır (114, 116). Öz değerlerin madde sayısına oranı ile faktörlerin açıkladığı varyans oranına ulaşmakta ve bu değer faktörlerin maddeleri hangi oranda temsil ettiği hakkında bilgi vermektedir (109). Yaşlıoğlu, toplam açıklanan varyans değerinin %50’nin altına düşmemesi gerektiğini (125), Karagöz ve Bardakçı %60’ın en iyi alt sınır olduğunu bildirmektedir (116). Çokluk ve ark. ise bu değer çok faktörlü ölçeklerde %40-60 aralığında olmasının yeterli olduğunu belirtmektedir (101). Bu çalışmada, ölçeğin toplam açıklanan varyans değeri %70 olarak bulunmuştur. Bu değer, en iyi alt sınırdan oldukça yüksek olup model yapı geçerliğinin sağlandığını göstermektedir. Ayrıca HKÖ alt boyutlarının açıklanan varyans değeri %25.06-11.96 aralığında olup, her bir faktörün varyans değeri toplam varyansın en az %5’ini açıklamaktadır (134).

TBA sonrası elde edilen faktörlerin doğruluğunu ve farklı bir örneklem üzerinde toplanan veriler ile uyum sağlayıp sağlamadığını belirlemek üzere DFA yapılmıştır (108, 115). DFA, gözlenen değişkenler ile gizli değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçebilen yapısal eşitlik modelinin bir türüdür (135). DFA öncesi veri setinde örneklemin yeterliliği ($KMO=0.92$), verilerin çok değişkenliğe sahip olup olmadığı (Barlett testi $X^2= 4678.734$; $p= 0.000$) incelenmiş ve örnekleme DFA çalışılabileceği belirlenmiştir. Daha sonra dört boyutlu ölçeğin model ile ilgili uyum indeksleri test edilmiştir (116). DFA’da bakılan indeksler araştırmacının dikkat çekmek istediği değerlere göre değişmekte olup, yaygın olarak incelenen uyum indeksleri χ^2/sd , RMR, GFI, AGFI, NFI, RFI, IFI, TLI, CFI ve RMSEA’dır (114, 116). Bu doğrultuda bu çalışmada; χ^2/sd , GFI, CFI, TLI, RMSEA, SRMR, IFI ve NFI değerleri ele alınmıştır.

Ki kare (χ^2) en yaygın kullanılan uyum istatistigidir. Ancak birçok değişkenden etkilendiği için ki kare serbestlik derecesine oranlanarak (χ^2/sd) tartışılmaktadır. Çalışmada χ^2/sd değeri 2.26 bulunmuştur. Bu değer 5’in altında olması iyi uyum (111), 3’ün altında olması ise mükemmel uyum anlamına gelmektedir (101, 136). Uyum İyiliği İndeks (GFI) değeri, 0 ile 1 arasında değerlendirilmekte ve 1’e yaklaştıkça iyi uyumun

arttığı belirtilmektedir (114). HKÖ için GFI değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır. İyi uyumun başlangıç değeri olarak 0.90 ve üzeri kabul edilmektedir (114, 116). CFI, ölçülmekte olan model uyum fonksiyonunun temel olarak kabul edilen farklı bir uyum fonksiyonuyla ölçüşüp ölçüşmediğini test etmektedir. Çalışmada, CFI değeri 0.94 bulunmuştur. CFI değeri 0-1 arasında değerlendirilmekte olup 1'e yaklaştıkça uyum iyiliği artmaktadır (101, 134). NFI değeri, CFI indeksiyle benzer şekilde modeller arası karşılaştırma yapmaktadır. Çalışmada NFI değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır. Değerin 0.90 ve üzeri olması uyum olduğu anlamına gelmektedir (136). TLI, örneklem büyüklüğünün etkisini engellemek amacıyla geliştirilmiş bir değerdir (125). TLI değerinin 0.90'dan büyük olması uyumun kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (131). Bu çalışmada, TLI değeri 0.93 olarak belirlenmiştir. RMSEA, kötü uyum indeksi olarak bilinmektedir. Bu nedenle 0-0.05 arası değerler; mükemmel uyum, 0.05-0.08 arası değerler iyi uyum, 0.08-0.10 aralığı ise zayıf uyum anlamına gelmektedir (101, 115, 136). Bu çalışmada RMSEA 0.065 olarak hesaplanmış ve iyi uyum göstermiştir. SRMR değerinin 0.10'dan küçük olması uyumun olduğu, 0.08'den küçük olması ise mükemmel uyum olduğunu ifade etmektedir (115). Bu çalışmada SRMR değeri 0.04 olarak hesaplanmış ve mükemmel uyum göstermiştir. IFI, 0 ile 1 arasında değerlendirilmekte ve 0.90 üzeri değerler uyum olduğu anlamına gelmektedir (136). HKÖ'nün IFI değeri 0.93 bulunmuş ve iyi uyum olduğu belirlenmiştir. DFA'da yapılan üç modifikasyon sonucu elde edilen bu indeks değerleri ile HKÖ'ye ait modelin iyi uyum göstererek yapının doğrulandığı belirlenmiştir.

Geçerlik analizinin son adımında yakınsak geçerlik göstergeleri olan AVE ve CR değerleri ile ayrışma geçerliği göstergeleri olan MSV ve ASV değerleri incelenmiştir. Yakınsak geçerlik maddelerin birbiriyle ve yüklendikleri faktörle ilişkisini açıklamaktadır. Ayrışma geçerliği ise maddelerin diğer alt boyut maddeleri ile ilişkisini açıklamakta ve düşük çıkması beklenmektedir (125). AVE değerinin 0.50'den, CR değerinin ise 0.70'ten büyük olması, ölçekte yakınsak geçerliğin sağlanabildiğini göstermektedir (133, 137). Bununla birlikte CR değerinin AVE değerinden büyük olması beklenmektedir (133). Bazı kaynaklarda, CR değerinin 0.70'ten büyük olduğu durumlarda AVE değerinin 0.5'e yakın bir değer almasının yakınsak geçerlik açısından kabul edilebilir olduğunu belirtmektedir. (138, 139). Bu çalışmada AVE değerleri 0.47-0.69 aralığında, CR değerleri 0.81-0.92 aralığında bulunmuştur. Bu durumda ölçeğe ilişkin yakınsak geçerliğin sağlandığı belirlenmiştir. MSV, faktörler arasındaki en yüksek korelasyon katsayısının karesidir (125). Faktörler arasındaki korelasyon katsayılarının karelerinin ortalaması ise ASV

değerini vermektedir (133). Bununla birlikte ayrışma geçerliliği için AVE değerinin MSV değerinden, MSV değerinin ise ASV değerinden daha büyük olması beklenmektedir (125, 133). Bu çalışmada, MSV değerinin 0.34-0.58 aralığında, ASV değerinin 0.30-0.40 aralığında bulunması ve ayrıca AVE değerlerinin MSV değerlerinden büyük olması ayrışma geçerliğinin sağlandığını göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, HKÖ'nün geçerliğinin sağlandığı söylenebilmektedir.

HKÖ'nün geçerlik analizleri incelendikten sonra güvenilirlik analizleri ele alınmıştır. Ölçeklerin en önemli özelliklerinden biri olan güvenilirlik; ölçme aracının duyarlı, tutarlı, kararlı ve hatalardan uzak güvenilir ölçüm yapmasıyla ilgilidir (114, 116). Çalışmada, ölçeğin güvenilirliğine karar verme aşamasında sırasıyla Cronbach Alpha katsayısı, madde toplam korelasyonları, Spearman Brown, Guttman Split-Half, alt-üst grup ortalamalarının karşılaştırılması ve test-tekrar test analizleri yapılmıştır.

Güvenirliğin temel kavramlarından biri olan iç tutarlılık, ölçeği oluşturan maddelerin birbiriyle ilişkisini ve homojenliğini belirlemektedir. Maddelerin her biri olgunun farklı bir özelliğini ölçerken ölçeğin bütünüyle uyumlu olması beklenmektedir (116). Likert tipi ölçeklerde kullanılan ve iç tutarlılığın göstergesi olan Cronbach Alpha katsayısı (109), maddelerin homojenliğini sorgulamakta ve açıklamaktadır (140). Cronbach Alpha katsayısı yüksek olan maddelerin birbiriyle tutarlı olduğu ve aynı olguyu ölçtüğü belirtilmektedir (109). Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değer almakta ve 1'e yaklaştıkça güvenilirlik artmaktadır (109, 114, 140). Bununla birlikte değer ile ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır (114, 123, 141). Alpar ölçeğin, Cronbach Alpha katsayısının 0.40'tan az ise güvenilir olmadığını, 0.40-0.60 aralığında düşük, 0.60-0.80 aralığında orta, 0.80-1.00 aralığında ise yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu ifade etmektedir (123). George ve Mallery ise farklı bir gruplandırma yaparak 0.60-0.70 aralığını kabul edilebilir, 0.70-0.90 aralığını iyi, 0.90 ve üzerini mükemmel güvenilirlik olarak nitelendirmektedir (141). Bununla birlikte bazı araştırmacılar, Cronbach Alpha değeri için kabul edilebilir değerin 0.60 ve üzeri olduğunu belirtirken (142), bazıları ise 0.70 ve üzeri olduğunu savunmaktadır (114, 133). Bu çalışmada ölçeğin toplamda, bireysel / sosyal destek yetersizliği, hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe, sosyal izolasyon ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama alt boyutlarında Cronbach Alpha değeri 0.88-0.95 aralığındadır. Bu değerler ile 23 maddelik Hastalarda Korku Ölçeği'nin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Madde-toplam madde korelasyonu, bir ölçeğin iç tutarlılığı belirlenirken incelenen değerlerden bir diğeridir (116). Bu analizde, ölçekteki her bir maddenin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı karşılaştırılarak ilişkilerine bakılır (109). Diğer bir deyişle her bir maddenin ölçeğin tamamıyla olan ilişkisi belirlenir (116). İlişkiyi gösteren korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması maddenin gerekli ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (111, 116). Analiz sonucunda 0.20'den düşük değer alan maddelerin ölçekten çıkarılması gerektiği, 0.20-0.30 arasında değer alan maddelerin önemli ise ölçekte kalabileceği, 0.30'dan yüksek olan maddelerin ise ayırt ediciliğinin yüksek olduğu belirtilmektedir (109, 116). Çalışmada, toplam madde korelasyon değerleri 0.552-0.810 arasında bulunmuştur. Bu doğrultuda elde edilen değerler, ölçek maddelerinin güvenilir olduğunu göstermiştir. Ayrıca ölçeğin toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkinin orta düzeyde ve anlamlı olması istenmektedir (143). Bu çalışmada, HKÖ'nün toplamı ve alt boyutları arasındaki ilişkinin orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ($p<0.001$) olduğu belirlenmiştir.

Test yarılama yöntemi olarak bilinen Spearman Brown ve Guttman Split-Half yöntemleri de, ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için kullanılmaktadır. Spearman Brown testinde, ölçek maddeleri iki yarıya ayrılarak testin her iki yarısı için korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır (109). Eğer her iki grupta hesaplanan korelasyon değeri yüksekse ölçüm aracının bütününde iç tutarlılığın olduğu söylenebilmektedir (111). Guttman Split-Half testinde ise yarıya bölme işleminden sonra gruplarda güvenirlik varyans ve kovaryans yaklaşımı ile hesaplanmaktadır (116). Büyüköztürk, test yarılama yöntemlerinde elde edilen katsayıların 0.70 üzerinde olması gerektiğini bildirmektedir (109). Bu çalışmada HKÖ'nün toplamı ve alt boyutlarında DFA sonrası test edilen Spearman Brown katsayıları 0.87-0.93 aralığında, Guttman Split Half güvenirlik katsayıları ise 0.86-0.88 aralığında hesaplanmıştır. Bu durumda elde edilen değerlerin 0.70 üzerinde olduğu belirlenerek HKÖ güvenirliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Madde analizi kapsamında başvuru bir başka test, alt-üst grup ortalamalarının karşılaştırılmasıdır (114, 115). Madde ayırt edicilik analizi olarak da bilinen bu test, maddelerin bireyleri ölçülen olgu yönünden ayırt edip edemediğini belirlemektedir (109). Alt %27'lik ve üst %27'lik grupların madde ortalamalarının karşılaştırılmasında, en yüksek puana sahip %27'lik dilim ile en düşük puana sahip %27'lik dilimin puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için t testi yapılmaktadır (116,

117). Büyüköztürk, büyük örneklemli gruplarda küçük farkların anlamlı çıkma olasılığının yüksek olması sebebiyle, anlamlılık düzeyi için seçici olunması ve $\alpha=0.01$ veya $\alpha=0.001$ seçilmesini önermektedir (109). HKÖ'nün toplam ve alt boyut t değerlerinin anlamlı çıkması ölçeğin hassas ölçüm yaptığını göstermiştir ($p<0.001$).

Son olarak HKÖ'nün güvenirlik çalışmaları kapsamında test-tekrar test analizi yapılmıştır. Bu test güvenirlik analizinin temel kavramlarından olan değişmezlik (111) ve kararlılık göstergelerinin varlığını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (116). Test-tekrar test yöntemi, bir testin aynı örnekleme belirli zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır (108, 114). İki uygulama arasındaki zaman farkı katılımcıların “birinci uygulamadaki soruları hatırlayamayacakları kadar uzun ve sorularda önemli bir değişme olmayacak kadar kısa” olması önerilmektedir (116). Bununla birlikte genel görüş iki ölçüm arasında 2-4 haftalık zaman aralığının olmasıdır (108, 116). Test-tekrar test yönteminde katılımcıların cevaplarında önemli bir değişiklik olmaması beklenmekte (111) ve sınıf içi korelasyon katsayısının (ICC) 0.70 ve üzerinde olması istenmektedir (123). Ayrıca korelasyon katsayısı 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenirliği artmaktadır (114, 125). Bu çalışmada, iki hafta arayla yapılan testler ile hesaplanan korelasyon katsayıları, toplam ve alt boyutlarda 0.95 ve üzerinde bulunmuş, ayrıca iki ölçüm arasındaki fark anlamlı saptanmamıştır. Bu doğrultuda sonuçlar HKÖ'nün zamana bağlı olarak değişmediğini ve kararlı ölçüm yaptığını göstermiştir.

5.2. Hastaların Korku Duygusuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık kurumunda yatan hastaların korku düzeyinin değerlendirildiği bu bölümde; çoğu kadın, evli, gelir düzeyi orta ve ilkökul mezunu olan hastaların, öz bildirimleri doğrultusunda korku düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Bununla birlikte sağlık kurumunda yatarak tedavi gören hastaların sürece ilişkin korkularını genel olarak değerlendiren çalışmaya rastlanılmamasına rağmen belirli hasta gruplarının korkularını değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, hastaların korku duygusunu deneyimlediği belirlenmiştir (2, 5, 7, 15, 88). Bununla birlikte yürütülen çalışmada, hastaların diğer boyutlara göre hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe boyutunda daha yüksek korku düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bir deneysel araştırmada da, hastaların en yaygın korkularının hastalığın ilerlemesi ve hastalığa ek kalıcı patolojik sorunların oluşması olduğu belirlenmiştir (144). Feuchtinger ve ark.'nın yürüttüğü bir nitel araştırmada ise hastaların çoğunluğunun sağlık durumunun düzelmemesinden korktuğunu

ve bu korkunun hayatını kaybetmekten, hareket aktivitesinin kısıtlı kalmasından, tedavinin etkili olmasındaki belirsizlikten kaynaklandığı saptanmıştır (145). Bu bilgiler ışığında yürütülen çalışmada, hastaların hastalığın kötüleşmesi / iyileşememeye ilişkin korkularının daha yüksek olmasının nedeni; özellikle cinsiyetlerine ve medeni durumlarına bağlanabilir. Çünkü yarısından fazlasını kadınların oluşturduğu çalışmada, kadın hastaların korku düzeyi erkek hastalara göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu bulgulara benzer şekilde Akutay ve Ceyhan'ın çalışmasında kadın hastaların korku düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (15). Ruhaiyem ve ark.'nın çalışmasında da, kadın hastaların korkusunun erkeklerden 5 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (43). Bu durum, çocuk bakımı, ev düzeninin sağlanması gibi aile içi rol ve sorumlulukların kadınlarda fazla olması ve bu sorumlulukları yerine getirememenin yol açtığı psikososyal stresten kaynaklanabilir. Bu görüşle uyumlu olacak şekilde çoğunluğu evli olan hastaların bekarlara göre genel toplamda, özellikle hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe ve sosyal izolasyon alt boyutunda daha çok korkuya sahip olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte Crist ve Grunfeld'in yürüttüğü çalışmada, çocuk sahibi olan hastaların korku düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır (146). Bu sonuç; hastaların hastanede yatış sürecinde evden uzak kalması, aileleri ve bakmakla yükümlü oldukları bireylerle yeterince ilgilenememeleri ile ilişkili olabilir.

Ayrıca çalışmada, ortalama 55 yaşlarında olan hastaların, yaşlarının artışı ile birlikte genelde ve sosyal izolasyon ile bireysel / sosyal destek yetersizliği boyutlarında korku düzeyleri artmıştır. Benzer şekilde Sürme ve ark.'nın çalışmasında, 57 yaş ve üzeri hastalarda korku duygusunun daha yoğun yaşandığı belirlenmiştir (147). Ruhaiyem ve ark.'nın çalışmasında ise 40 yaş üstü hastaların dörtte üçünün yüksek düzeyde korku deneyimlediği saptanmıştır (43). Bunun nedeni yaş artıkcı kronik hastalıkların artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, tekrarlayan hastane yatışlarının olmasına, özerkliğin ve mobilizasyonun azalmasına ve yaşlılığın ölüme yaklaşmak olarak görülmesine, ayrıca kronik hastalıkların getirdiği bireysel ve sosyoekonomik yüke bağlanabilir. Bu görüşü destekler şekilde yürütülen çalışmada, kronik hastalığa sahip olan hastalar sosyal izolasyon alt boyutunda korkularını daha yüksek düzeyde değerlendirmiştir. Karaca ve ark. çalışmasında ise kronik hastalığı olan hastaların korku düzeylerinin orta seviyeye yakın olduğunu ve bu korkunun hastaların öz bakım yönetimini olumlu etkilediğini tespit etmiştir (148). Bununla birlikte yapılan bir nitel çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin “hastalığımla baş başa kaldım” ifadesini kullandığı ve korku düzeylerinin yüksek olduğu

belirlenmiştir (149). Hastaların bu korku düzeyini, sağlık okur-yazarlığının yetersiz olması, süreç ile ilgili verilen bilgileri anlayamaması, hastanın kendisine nasıl bakacağını bilememesi, düzenli bir gelirinin olmaması ve maddi zorluklar yaşaması da etkilemektedir. Çünkü çalışmada, okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olan hastaların toplamda ve sosyal izolasyon alt boyutunda, çalışmayan hastaların ise toplamda, sosyal izolasyon ve bireysel / sosyal destek yetersizliği alt boyutunda korkuyu daha yoğun deneyimlediği belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları ile uyumlu olacak şekilde Jovanoviç ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada, eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durumu düşük olan hastalarda korku duygusunun arttığı saptanmıştır (150).

Sonuç olarak hastaların öz bildirimleri doğrultusunda korku düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen HKÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin, yüzey geçerliği akran ve uzman görüşleri ile sağlanmış, kapsam geçerliği 0.88 olarak hesaplanmış ve ölçek maddelerinin hastaların korku düzeylerini ölçmede yeterli olduğu belirlenmiştir. Daha sonra TBA ve DFA'da Barlett, KMO ve anti-imaj korelasyon değerleri yapı geçerliğini analizi için yeterli, uygun ve ilişkili bulunmuştur. TBA sonrası ölçeğin bireysel / sosyal destek yetersizliği (9 madde), hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe (7 madde), sosyal izolasyon (4 madde), sağlık çalışanları tarafından anlaşılamama (3 madde) olmak üzere 4 alt boyut, 23 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Ayrıca yamaç grafiği ve öz değerleri, ölçeğin dört boyuttan oluştuğu doğrulanmış ve açıklanan varyans oranı %70 olarak hesaplanarak faktörlerin maddeleri temsil etmede yeterli olduğu tespit edilmiştir. DFA ile uyum indeks değerleri iyi düzeyde ve kabul edilebilir aralıkta belirlenen 4 boyutlu HKÖ'nün yapısı, doğrulanmıştır. Bununla birlikte alt boyutlarda ASV değerlerinin MSV değerinden, AVE değerinin 0.50'ye yakın ve üzerinde olup MSV değerinden yüksek olması, CR değerinin ise 0.70 üzerinde olup AVE değerinden yüksek olması yakınsak ve ayrışma geçerliğinin sağlandığını göstermiştir. Ayrıca HKÖ'nün toplamında ve alt boyutlarında Cronbach Alpha değerlerinin 0.88'in, Spearman Brown ve Guttman Splitt-Half değerlerinin 0.86'nın, toplam madde korelasyon değerlerinin 0.55'in üzerinde olması, alt-üst %27'lik grup madde ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın anlamlı olması, iki hafta ara ile yapılan test tekrar test analizinde ölçümler arasında anlamlı fark olmaması ve korelasyon katsayılarının 0.95 ve üzerinde olması kararlı, iç tutarlılığı yüksek, güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir.

Bununla birlikte DFA örneklemindeki hastaların korku düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca hastaların en yüksek korku düzeyine hastalığın kötüleşmesi / iyileşememe boyutunda sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların korkularına ilişkin değerlendirmelerini cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitim ve çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu etkilemiştir. Kadın, eğitim durumu okuryazar ve okuryazar olmayan, herhangi bir işte çalışmayan ve kronik hastalığa sahip olan hastaların daha fazla korku yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların yaşları ile birlikte korku düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar bağlamında; HKÖ ile sağlık kurumunda yatan, farklı hastalık tanısına sahip yetişkin hastaların korku düzeyleri belirlenebilir. Geliştirilen HKÖ, farklı kültür ve dillerde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak kullanılabilir. Hastaların korku düzeyleri HKÖ ile belirlenerek hemşireler tarafından bu tanının kullanılması artırılabilir ve korku tanısına yönelik hemşirelik bakımı planlanabilir. Ayrıca NANDA korku tanısının risk faktörlerine sahip hastaların takibinde kullanılabilir. Yapılacak çalışmalarla, ölçek maddelerinin şahıs eki değiştirilerek hemşirelerin hastaların korku düzeylerini değerlendirmede kullanılabilirliği test edilebilir. Hastaların korku düzeyi ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde HKÖ kullanılabilir. Bu çalışma, ileride yapılacak olan ölçek çalışmalarına rehber olabilir. Ayrıca sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarında veri olarak kullanılabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Nadali D (2021). To fear or not to fear: The Power of an emotion—a response. *Die Welt des Orients* 51(1): 116-120.
2. Sepúlveda-Plata MC, García-Corzo G, Gamboa-Delgado EM (2018). Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery. *Revista de la Facultad de Medicina* 66(2): 195-200.
3. Groen RS, Sriram VM, Kamara TB, Kushner A, Blok L (2014). Individual and community perceptions of surgical care in Sierra Leone. *Tropical Medicine & International Health* 19(1): 107-116.
4. Vande Streek M (2016). Characteristics of patients who experience fear during hospitalization. *Western Michigan University* 1-19.
5. Su CH, Liu Y, Hsu HT, Kao CC (2024). Cancer fear, emotion regulation, and emotional distress in patients with newly diagnosed lung cancer. *Cancer Nursing* 47(1): 56-63.
6. Aydemir T, Çetin Ş (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research* 4(3): 109-115.
7. Abshire M, Xu J, Dennison Himmelfarb C, Davidson P, Sulmasy D, Kub J, Hughes M, Nolan M (2015). Symptoms and fear in heart failure patients approaching end of life: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing* 24(21-22): 3215-3223.
8. Wassenaar A, Schouten J, Schoonhoven L (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(2): 261-273.
9. Jankovic SM, Antonijevic GV, Vasic IR, Zivkovic-Radojevic MN, Mirkovic SN, Nikolic BV, Opancina VD, Putnik SS, Radoicic LR, Raspopovic KM, Stanojevic DR, Teofilov SD, Tomasevic KV, Radonjic V (2018). A rating instrument for fear of hospitalisation. *J Clin Nurs* 27(7-8): 1431-1439.
10. Rollbusch N, Mikocka-Walus AA, Andrews JM (2014). The experience of anxiety in colonoscopy outpatients. *Gastroenterology Nursing* 37(2): 166-175.

11. Aghili SMM, Ebrahimpur M, Arjmand B, Shadman Z, Pejman Sani M, Qorbani M., Larijani B, Payab M (2021). Obesity in COVID-19 era, implications for mechanisms, comorbidities, and prognosis: A review and meta-analysis. *International Journal of Obesity* 45(5): 998-1016.
12. Phelps LL, Ralph SS, Taylor CM (2019). Sparks & Taylor's Nursing Diagnosis Reference Manual. Sparks & Taylor'ın Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı. 10th ed. Çeviren: Karahan A, Kav S, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 112-115.
13. Cornelius T, Mendieta M, Cumella RM, Lopez Veneros D, Tincher IM, Agarwal S, Kronish I (2023). Family-authored ICU diaries to reduce fear in patients experiencing a cardiac arrest (FAID fear): A pilot randomized controlled trial. *PLoS One* 18(7): 1-16.
14. Wang C, Wang Y, Wu F, Qu J, Wang Q, Hengudomsub P, Zhou L (2024). Fear of progression and resilience as mediators of the association between family function and quality of life among patients with cervical cancer. *European Journal of Cancer Care* 2024(1): 1-12.
15. Akutay S, Ceyhan Ö (2023). The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioperative Medicine* 12(1): 22.
16. Lowey SE, Norton SA, Quinn JR, Quill TE (2014). A place to get worse: Perspectives on avoiding hospitalization from patients with end-stage cardiopulmonary disease. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16(6): 338-345.
17. Jarvis S, Salottolo K, Madayag R, Pekarek J, Nwafo N, Wessel A, Duane T, Robers Z, Lieser M, Corrigan C, Bar-Or D (2021). Delayed hospital admission for traumatic hip fractures during the COVID-19 pandemic. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 16(237): 1-9.
18. Chhari N, Mehta SC (2016). Stress among patients during hospitalization: A study from Central India. *National Journal of Community Medicine* 7(4): 274-277.
19. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT (2021). *Nursing Diagnoses Definitionss and Classification 2021-2023*. Twelfth Edition. Thieme, New York, Page: 419.

20. Mercês CAMF, Souto JDSS, Souza PAD, Chagas MC, Weiss C, Benevides AB, Brandão MAG (2020). Simultaneous analysis of the concepts of anxiety and fear: Contributions to nursing diagnoses. *Escola Anna Nery* 25: e20200189.
21. Bousso RS, Poles K, Cruz DDALM (2014). Nursing concepts and theories. *Revista da Escola Enfermagem USP* 48(1): 141-145.
22. Halter MJ (2017). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. 8th ed. Elsevier Health Sciences, Missouri.
23. Landová E, Rádlová S, Pidnebesna A, Tomeček D, Janovcová M, Peléšková Š, Sedláčková K, Štolhoferová I, Polák J, Hlinka J, Frynta D (2023). Toward a reliable detection of arachnophobia: Subjective, behavioral and neurophysiological measures of fear response. *Frontiers in Psychiatry* 14: 1-13.
24. Kaya S, Dünder E, Çakıroğlu F, Uzdil Z (2021). Adaptation of the fear of 2019 coronavirus disease (COVID-19) scale to Turkish culture: A validity and reliability study. *Journal Cognitive- Behavioral Psychotherapy Research* 10(1): 40-45.
25. Uçar T, Timur Taşhan S (2018). Gebelik öncesi doğum korkusu ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Kadın ve erkeklerde geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(3): 289-296.
26. Champion VL, Skinner CS, Menon U, Rawl S, Giesler RB, Monahan P, Daggy J (2004). A breast cancer fear scale: Psychometric development. *Journal of Health Psychology* 9(6): 753-762.
27. Lester D (2015). Self-construal and the fear of death. *Psychological Reports* 117(2): 376-379.
28. Theunissen M, Peters ML, Schouten EGW, Fiddelaers AAA, Willemsen MGA, Pinto PR, Gramke HF, Marcus MAE (2014). Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLoS One* 9(6): e100225.
29. Devran Y, Tanır M (2019). İslamofobinin yayılması: "Inside the koran" örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2(38): 161-185.
30. Türk Dil Kurumu. (2024). Türk Dil Kurumu Sözlükleri [online]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. [18.02.2024 erişildi].

31. Janis IL (2013). Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. Academic Press, London.
32. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal E, Patrick-Miller L, Robitaille C (1997). Illness Representations: Theoretical Foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA (Eds.), Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Pages: 19-45.
33. Yıldız A, Kaya S, Altunkaynak B, Güngörer B (2022). Covid-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirme ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 25(4): 861-882.
34. Norman P, Boer H, Seydel ER, Mullan B (2015). Predicting and Changing Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Third Edition. Open University Press, New York; Sayfa: 70-106.
35. Popova L (2014). Scaring the snus out of smokers: Testing effects of fear, threat, and efficacy on smokers' acceptance of novel smokeless tobacco products. Health communication 29(9): 924-936.
36. Treceñe JK (2019). Delving the sentiments to track emotions in gender issues: A plutchik-based sentiment analysis in students' learning diaries. International Journal of Scientific & Technology Research 8(12): 1134-1139.
37. Mobbs D, Hagan CC, Dalgleish T, Silston B, Prévost C (2015). The ecology of human fear: Survival optimization and the nervous system. Frontiers Neuroscience 9: 55.
38. Şahin M (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 6(10): 117-135.
39. Coelho CM, Araujo AS, Suttiwan P, Zsido AN (2023). An ethologically based view into human fear. Neuroscience & Biobehavioral Reviews 145(4): 105017.
40. Hosseini SM, Naseri-Salahshour V, Farsi Z, Esmaili M, Sajadi M, Maddah Z, Fournier A (2022). The effect of spirituality-oriented psychological counseling on the fear of death among patients undergoing chronic hemodialysis: A randomized controlled trial. European Journal of Integrative Medicine 49: 102103.

41. Pena SB, Guimarães HCQCP, Lopes JL, Guandalini LS, Taminato M, Barbosa DA, Barros ALBLD (2019). Fear of falling and risk of falling: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paulista de Enfermagem* 32: 456-463.
42. Dinkel A, Herschbach P (2017). Fear of progression in cancer patients and survivors. *Psycho-Oncology* 210: 13–33.
43. Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA (2016). Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi Journal of Anaesthesia* 10(3): 317-321.
44. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science* 8(6): 65-74.
45. Bağdigen M, Özlü ZK (2018). Validation of the Turkish version of the surgical fear questionnaire. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 33(5): 708-714.
46. Obuchowska I, Konopinska J (2021). Fear and anxiety associated with cataract surgery under local anesthesia in adults: A systematic review. *Psychology Research and Behavior Management* 14: 781-793.
47. Frontini R, Sousa H, Ribeiro Ó, Figueiredo D (2021). “What do we fear the most?”: Exploring fears and concerns of patients, family members and dyads in end-stage renal disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 35(4):1216-1225.
48. Vitorino LM, Teixeira CA, Vilas Boas EL, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA (2017). Fear of falling in older adults living at home: Associated factors. *Revista da Escola Enfermagem USP* 51: 1-6.
49. Park JI, Yang JC, Chung S (2017). Risk factors associated with the fear of falling in community-living elderly people in Korea: Role of psychological factors. *Psychiatry Investigation* 14(6): 894-899.
50. Spataru S (2015). Fear and individual or social behavioral reactions. *Bulletin Of "Carol I" National Defence University* 4(1): 104-112.
51. Akçay NSG, Bükün MF, Köse Ö (2022). Kaygı ve korkunun işlevsel olan ve olmayan taraflarına genel bir bakış. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (24): 653-666.

52. Kazancı D, Saltoğlu S (2021). Korku duygusunun dikkat yanlılığındaki rolü üzerine bir derleme. *Nesne Psikoloji Dergisi* 21: 674-695.
53. Lonsdorf TB, Merz CJ (2017). More than just noise: Inter-individual differences in fear acquisition, extinction and return of fear in humans-biological, experiential, temperamental factors, and methodological pitfalls. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 80: 703-728.
54. TenHouten WD (2016). The emotions of powerlessness. *Journal of Political Power* 9(1): 83-121.
55. Campagner D, Vale R, Tan YL, Iordanidou P, Pavón Arocas O, Claudi F, Stempel V, Keshavarzi S, Peterson RS, Margrie TW, Branco T (2023). A cortico-collicular circuit for orienting to shelter during escape. *Nature* 613: (111–119).
56. Sjouwerman R, Scharfenort R, Lonsdorf TB (2020). Individual differences in fear acquisition: Multivariate analyses of different emotional negativity scales, physiological responding, subjective measures, and neural activation. *Scientific Reports* 10(1): 15283.
57. González Javier F, Gómez Amor J, Ordoñana Martín JR (2021). A psychophysiological approach to fear appeals. Autonomic, subjective and behavioral responses to health promotion messages. *Anales de Psicología*, 37(3): 412-423.
58. Roelofs K (2017). Freeze for action: Neurobiological mechanisms in animal and human freezing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 372(1718): 1-10.
59. Kozłowska K, Walker P, McLean L, Carrive P (2015). Fear and the defense cascade: Clinical implications and management. *Harvard Review of Psychiatry* 23(4): 263.
60. Li Y, Zhi W, Qi B, Wang L, Hu X (2023). Update on neurobiological mechanisms of fear: Illuminating the direction of mechanism exploration and treatment development of trauma and fear-related disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 17: 1216524.
61. Kring AM, Johnson SL (2015). *Abnormal Psychology*. *Anormal Psikoloji*. 12th ed. Çeviren: Şahin M, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara.

62. Guo W, Fan S, Xiao D, Dong H, Xu G, Wan Z, Ma Y, Wang Z, Xue T, Zhou Y, Li Y, Xiong W (2021). A Brainstem reticulotegmental neural ensemble drives acoustic startle reflexes. *Nature Communications* 12(1): 6403.
63. LeDoux JE, Pine DS (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry* 173(11): 1083-1093.
64. Crocq MA (2015). A history of anxiety: From hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neuroscience* 17(3): 319-325.
65. Erskine RG (2015). *Relational Patterns, Therapeutic Presence: Concepts and Practice of Integrative Psychotherapy*. Karnac Books, London.
66. Daniel-Watanabe L, Fletcher PC (2022). Are fear and anxiety truly distinct?. *Biological Psychiatry Global Open Science* 2(4): 341-349.
67. Şahin M (2017). *Psikolojiye Giriş*. Hamit C, Nilüfer ŞÖ (Ed.), *Davranışın Biyolojik Temelleri*. Lisans Yayıncılık, İstanbul.
68. Garcia R (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning Memory* 24(9): 462-471.
69. Rosen JB, Asok A, Chakraborty T (2015). The smell of fear: Innate threat of 2,5-dihydro-2,4,5-trimethylthiazoline, a single molecule component of a predator odor. *Frontiers in Neuroscience* 9: 292, 1-12.
70. Reichenberger J, Porsch S, Wittmann J, Zimmermann V, Shibani Y (2017). Social fear conditioning paradigm in virtual reality: Social vs. electrical aversive conditioning. *Frontiers in Psychology* 8(1979): 1-15.
71. Beckers T, Hermans D, Lange I, Luyten L, Scheveneels S, Vervliet B (2023). Understanding clinical fear and anxiety through the lens of human fear conditioning. *Nature Reviews Psychology* 2(4): 233-245.
72. Mineka S, Zinbarg R (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders. *American Psychologist* 61(1): 10-26.
73. Armfield JM (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review* 26(6): 746-768.

74. Barlow DH (1988). Current models of panic disorder and a view from emotion theory. *Review of Psychiatry* 7: 10-28.
75. Davey GCL (1992). Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: A review and synthesis of the literature. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 14(1): 29–66.
76. Poulton R, Menzies RG (2002). Associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy* 40(2): 127-149.
77. Witte K, Meyer G, Martell D (2001). *Effective Health Risk Messages: A Step-by-Step Guide*. SAGE Publications, Thousand Oaks.
78. Leventhal H (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology* 5: 119-186.
79. Rogers RW (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports* 56(1): 179-182.
80. Witte K (1998). Fear as Motivator, Fear as Inhibitor: Using the Extended Parallel Process Model to Explain Fear Appeal Successes and Failures. In: Andersen PA, Guerrero LK (Eds.), *Handbook of Communication and Emotion: Research, Theory, Applications, and Contexts*. Academic Press, San Diego, Pages: 423-450.
81. Witte K, Cameron KA, McKeon JK, Berkowitz JM (1996). Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication* 1(4): 317-341.
82. Witte K (1994). Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). *Communication Monographs* 61(2): 113-134.
83. McMahan S, Witte K, Meyer J (1998). The perception of risk messages regarding electromagnetic fields: Extending the extended parallel process model to an unknown risk. *Health Communication* 10(3): 247-259.
84. Izard CE (2013). *Patterns of Emotions: A New Analysis of Anxiety and Depression*. Academic Press, London.

85. Rajbhandari AK, Gonzalez ST, Fanselow MS (2018). Stress-enhanced fear learning, a robust rodent model of post-traumatic stress disorder. *Journal of Visualized Experiments* 140: 58306.
86. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery* 14(67): 1-10.
87. Alpert JS (2021). Mortality from fear. *The American Journal of Medicine* 134(5): 557-558.
88. Gramling R, Straton J, Ingersoll LT, Clarfeld LA, Hirsch L, Gramling CJ, Durieux BN, Rizzo DM, Eppstein MJ, Alexander SC (2021). Epidemiology of fear, sadness, and anger expression in palliative care conversations. *Journal of Pain and Symptom Management* 61(2): 246-253.
89. Mohan B, Kumar R, Attri JP, Chatrath V, Bala N (2017). Anesthesiologist's role in relieving patient's anxiety. *Anesthesia: Essays and Researches* 11(2): 449–452.
90. De Oliveira Fernandes V, de Souza Moreira B, de Melo GASC, de Avelar NCP, Costa HS, de Carvalho Bastone A (2024). Factors associated with fear of falling in older women with knee osteoarthritis: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing* 55: 333-338.
91. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L (2014). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 10th ed. Elsevier Health Sciences, Missouri.
92. Raio CM, Phelps EA (2015). The influence of acute stress on the regulation of conditioned fear. *Neurobiology of Stress* 1: 134-146.
93. Ralph N, Norris P (2018). Current opinion about surgery-related fear and anxiety. *Journal of Perioperative Nursing* 31(4): 3–6.
94. Chen YYK, Soens MA, Kovacheva VP (2022). Less stress, better success: A scoping review on the effects of anxiety on anesthetic and analgesic consumption. *Journal of Anesthesia* 36(4): 532–553.

95. Manou-Stathopoulou V, Korbonits M, Ackland GL (2019). Redefining the perioperative stress response: A narrative review. *British Journal of Anaesthesia* 123(5): 570–583.
96. Shultz JM, Cooper JL, Baingana F, Oquendo MA, Espinel Z, Althouse BM, Marcelin LH, Towers S, Espinola M, McCoy CB, Mazurik L, Wainberg ML, Neria Y, Rechkemmer A (2016). The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. *Current Psychiatry Reports* 18: 1-14.
97. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD (2021). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction* 19(5): 1875-1888.
98. Holmberg C (2014). No one sees the fear: Becoming diseased before becoming ill-being diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing* 37(3): 175-183.
99. Penman J, Ellis B (2015). Palliative care clients' and caregivers' notion of fear and their strategies for overcoming it. *Palliative & Supportive Care* 13(3): 777-785.
100. Morgado FF, Meireles JF, Neves CM, Amaral AC, Ferreira ME (2017). Scale development: Ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 30(3): 1-20.
101. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. 6. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.
102. Chodos AH, Kushel MB, Greysen SR, Guzman D, Kessell ER, Sarkar U, Goldman E, Critchfield JM, Pierluissi E (2015). Hospitalization-associated disability in adults admitted to a safety-net hospital. *Journal of General Internal Medicine* 30(12): 1765-1772.
103. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB (2011). Hospitalization-associated disability: She was probably able to ambulate, but I'm not sure. *JAMA* 306 (16): 1782–1793.
104. Solanki NS, Greenwood JE, Mackie IP, Kavanagh S, Penhall R (2011). Social issues prolong elderly burn patient hospitalization. *Journal of Burn Care & Research* 32(3): 387-391.

105. Herschbach P, Berg P, Dankert A, Duran G, Engst-Hastreiter U, Waadt S, Keller M, Ukat R, Henrich G (2005). Fear of progression in chronic diseases: Psychometric properties of the fear of progression questionnaire. *J Psychosom Res* 58(6): 505-511.
106. Egede LE, Ellis C (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine* 23(6): 808-815.
107. Pallant J (2017). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS. SPSS Kullanma Kılavuzu: SPSS İle Adım Adım Veri Analizi.* Second ed. Çeviren: Balcı S. Ahi B, Anı Yayıncılık, Ankara.
108. Cohen RJ, Swerdlik ME (2020). *Psychological Testing and Assessment. Psikolojik Test ve Değerleme.* 7th ed. Çeviren: Tavşancıl E, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara.
109. Büyüköztürk Ş (2021). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum.* 29. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.
110. Şencan H (2005). *Geçerlilik ve Güvenilirlik.* 1. Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
111. Esin MN (2018). *Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği.* Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik.* Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
112. Ayre C, Scally AJ (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 47(1): 79-86.
113. Lawshe CH (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 28(4): 563-575.
114. Çarkçı J (2020). *Sosyal Bilimlerde Ölçek Geliştirme Kılavuzu.* Çizgi Kitapevi, İstanbul.
115. Erkuş A, Selvi H (2021). *Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme III Ölçek Uyarlama ve Norm Geliştirme.* İkinci baskı. Pegem Akademi, Ankara.
116. Karagöz Y, Bardakçı S (2020). *Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Ölçme Araçları ve Ölçek Geliştirme.* Birinci baskı. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara.

117. Şeker H, Gençdoğan B (2014). Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme. İkinci baskı. Nobel Yayınları, Ankara.
118. Kishore K, Jaswal V, Kulkarni V, Dipankar D (2021). Practical guidelines to develop and evaluate a questionnaire. Indian Dermatology Online Journal 12(2): 266-275.
119. Güngör D (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları 19(38): 104-112.
120. Rojas-Moraleda R, Valous NA, Gowen A, Esquerre C, Härtel S, Salinas L, O'donnell C (2017). A frame-based ANN for classification of hyperspectral images: Assessment of mechanical damage in mushrooms. Neural Computing and Applications 28: 969-981.
121. Saha D, Manickavasagan A (2021). Machine learning techniques for analysis of hyperspectral images to determine quality of food products: A review. Current Research in Food Science 4: 28-44.
122. Checa A, Bedia C, Jaumot J (2015). Lipidomic data analysis: Tutorial, practical guidelines and applications. Analytica Chimica Acta 885: 1-16.
123. Alpar R (2022). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. Yedinci Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
124. Tabachnick BG, Fidell LS (2020). Çok Değişkenli İstatistiklerin Kullanımı. Baloğlu M (Ed.), Altıncı baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
125. Yaşlıoğlu MM (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 46: 74-85.
126. Braeken J, Van Assen MA (2017). An empirical Kaiser criterion. Psychological Methods 22(3): 450-466.
127. Totan T (2022). Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Üçüncü baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
128. Eşmekaya E (2019). Faktör analizi (Factor Analysis). YBS Ansiklopedi 7(1): 24-35.
129. Shrestha N (2021). Factor analysis as a tool for survey analysis. American Journal of Applied Mathematics and Statistics 9(1): 4-11.

130. Koyuncu İ, Kılıç AF (2019). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanımı: Bir döküman incelemesi. *Eğitim ve Bilim* 44(198): 361-388.
131. Karaman M (2023). Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: Kavramsal bir çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 9(1): 47-63.
132. Kozak M (2021). *Bilimsel Araştırma: Tasarım, Yazım ve Yayım Teknikleri*. Beşinci baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
133. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE (2014). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. 7th ed. Pearson Education, Upper Saddle River New Jersey.
134. Seçer İ (2018). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS VE LISREL Uygulamaları*. İkinci baskı. Anı Yayıncılık, Ankara.
135. Brown (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Second ed. Guilford Publications, New York.
136. Evci N, Aylar F (2017). Derleme: Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi* 4(10): 389-412.
137. Ab Hamid MR, Sami W, Sidek MM (2017). Discriminant validity assessment: Use of Fornell & Larcker criterion versus HTMT criterion. *Journal of Physics: Conference Series* 890(1): 1-5.
138. Fornell C, Larcker DF (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 18(1): 39-50.
139. Elmas AG, Aşçı FH (2021). Yarışma yönelimleri ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences* 13(3): 470-476.
140. Uzunsakal E, Yıldız D (2018). Alan araştırmalarında güvenirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi* 2(1): 14-28.
141. George D, Mallery P (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 16th ed. Routledge, New York.
142. Kılıç S (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders* 6(1): 47-48.

143. Dilekçi Ü, Nartgün ŞS (2020). Öğretmenlerin algıladıkları uyumsal performans ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik-güvenirlik ve betimsel analiz. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 35(2): 448-465.
144. Wukich DK, Raspovic KM, Suder NC (2018). Patients with diabetic foot disease fear major lower-extremity amputation more than death. Foot & Ankle Apecialist 11(1): 17-21.
145. Feuchtinger J, Burbaum C, Heilmann C, Imbery C, Siepe M, Stotz U, Fritzsche K, Beyersdorf F (2014). Anxiety and fear in patients with short waiting times before coronary artery bypass surgery—a qualitative study. Journal of Clinical Nursing 23(13-14): 1900-1907.
146. Crist JV, Grunfeld EA (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: A systematic review. Psycho-Oncology 22(5): 978-986.
147. Sürme Y, Özmen N, Ertürk Arik B (2023). Fear of COVID-19 and related factors in emergency department patients. International Journal of Mental Health and Addiction 21(1): 28-36.
148. Karaca A, Kaya L, Beyazay S, Kaya Z (2022). The effect of anxiety and fear experienced in individuals with chronic diseases on self-care management during the COVID-19 pandemic. Arch Health Sci Res 9(3): 169-174.
149. Von Leupoldt A, Janssens T (2016). Could targeting disease specific fear and anxiety improve COPD outcomes?. Expert Review of Respiratory Medicine 10(8): 835-837.
150. Jovanovic K, Kalezic N, Sipetic Grujicic S, Zivaljevic V, Jovanovic M, Savic M, Trailovic R, Mrdak MV, Novovic M, Marinkovic J, Kukic B, Tomic TD, Cvetkovic S, Davidovic L (2022). Patients' fears and perceptions associated with anesthesia. Medicina 58(11): 1577.



Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma sağlık kurumunda yatan hastaların öz bildirimleri ile hastaların korku düzeyini belirleyecek bir ölçme aracı geliştirilmesi amacıyla yapılacaktır. Veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz

- 1.Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz

- 1.Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumunuz

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Emekli

6. Gelir durumunuz

1. Kötü 2. Orta 3. İyi

7. Kronik bir hastalığınız var mı

1. Evet 2. Hayır

8. Hastalık tanınız:

9. Yattığınız klinik:

10. Klinikte yatış süreniz:



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeğinin Geliştirilmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2022/6
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları ve Yönetim
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Uzman Hemşire Tuğçe ATEŞ
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☐ DOKTORA TEZİ ☒ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, sağlık kurumlarında yatan yetişkin hastaların korku düzeyini ve korku boyutlarını değerlendirebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Sizinle yürütülecek olan bu araştırmaya katılım konusunda serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda hastalardan elde edilen verilerle hastaların korku düzeylerini belirleyecek bir ölçme aracı geliştirerek, bu konuya yönelik çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Çalışma kapsamında, katılımcıların kişisel özellikleri ile ilgili maddeleri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Taslak Hastalarda Korku Ölçeği” kullanılacaktır.

Hemşirelik alanında; hemşireler, hastaların korku düzeylerini ve hangi boyutlarda yaşadıklarını tanımlayarak gerekli girişimleri planlayıp uygulayabilirler.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen çalışmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı / soyadı:

İmzası:

Tarih:

Tez Çalışmasının Yürütücüsü: Tuğçe ATEŞ

Tez Çalışmasının Danışmanı: Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Ek 5. Sağlık Kurumlarında Yatan Hastalarda Korku Ölçeği**HASTALARDA KORKU ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıda yer alan ölçeğe ilişkin görüşlerinizi 1-5 arasında (1=Asla korkmam, 2=Nadiren korkarım, 3=Bazen korkarım, 4=Sık sık korkarım, 5=Her zaman korkarım) puan vererek değerlendiriniz.

No	Hastalarda korkuya ilişkin maddeler	Asla Korkmam	Nadiren Korkarım	Bazen Korkarım	Sık Sık Korkarım	Her Zaman Korkarım
1(58)	Fiziksel olarak güçlü olamamaktan	1	2	3	4	5
2(57)	Tedavime ve bakımıma katılamamaktan	1	2	3	4	5
3(56)	Ailemden/yakınlarımdan destek alamamaktan	1	2	3	4	5
4(59)	Psikolojik/duygusal olarak güçlü olamamaktan	1	2	3	4	5
5(55)	Taburcu olunca evde bakılamamaktan	1	2	3	4	5
6(61)	Ailemin/yakınlarımdan/arkadaşlarımdan bana değer vermemesinden	1	2	3	4	5
7(54)	Bilgileri anlayamamaktan	1	2	3	4	5
8(53)	Hastalık, tedavi ve evde bakım süreci hakkında bilgilendirilmemekten	1	2	3	4	5
9(62)	Sorularımın yanıtlanmamasından (bakım verici, aile, sağlık çalışanları tarafından)	1	2	3	4	5
10(4)	Sağlık durumumun kötüleşmesinden	1	2	3	4	5
11(2)	Günlük aktivitelerimi (solunum, beslenme, giyinme, beden temizliği, yürüme, iletişim vb.) yerine getirememekten	1	2	3	4	5
12(3)	Başkalarına bağımlı ve yardıma muhtaç kalmaktan	1	2	3	4	5
13(1)	Vücudumun/organlarımdan zarar görmesinden	1	2	3	4	5
14(5)	İyileşememekten	1	2	3	4	5
15(8)	Eski sağlıklı günlerime dönememekten	1	2	3	4	5
16(7)	Hayatım boyunca bu durum ile yaşamaktan	1	2	3	4	5
17(15)	Yalnız kalmaktan	1	2	3	4	5
18(14)	Hastalığımın dolaylı bir şekilde tek başıma kalmaktan					
19(16)	Dışlanmaktan	1	2	3	4	5
20(17)	Azarlanmaktan/hor görülmemekten	1	2	3	4	5
21(39)	Sağlık çalışanlarının beni yargılamasından	1	2	3	4	5
22(40)	Sağlık çalışanları ile hastalığım/durumum hakkında iletişim kuramamaktan	1	2	3	4	5
23(38)	Sağlık çalışanlarına kendimi yeterince ifade edememekten	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Tuğçe ATEŞ
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
E-Posta : t
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ve Yönetim	2018
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik	2015
Lise	Akçaabat Anadolu Lisesi	2011

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Uzman Hemşire	Ankara Beytepe Devlet Hastanesi	2023-
2. Uzman Hemşire	Bayburt Devlet Hastanesi	2020-2023
3. Hemşire	Pınarhisar Devlet Hastanesi	2016-2018
4. Hemşire	Çarşamba Devlet Hastanesi	2015-2016

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Hemşirelik Esasları

YAYINLAR

1. Bal B, Ateş T, Öztürk H, Çolak Z (2022). COVID-19 salgın döneminde sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal destek ile durumluk kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11(1): 34-43.

2. **Ateş T**, Bal B, Kaptan D, Kurt Y, Öztürk H (2021). COVID-19 tanısı olan hastanın uluslararası hemşirelik uygulaması sınıflandırma sistemine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 1(1): 32-43.
3. **Ateş T**, Bal B, Çolak Z, Öztürk H (2021). COVID-19 kapsamında sağlık çalışanlarına ilişkin gazete haberlerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 3(2): 67-76.
4. **Ateş T**, Demirbağ BC (2021). Hastane ve evde lohusalık dönemindeki annelerin konfor durumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu Dergisi 6(1): 23-39.
5. Demirbağ BC, Koçaslan S, Koçak Z, Şahbazoğlu M, **Ateş T**, Apaydın E (2018). Health literacy status of the patients' informal caregivers; Turkey example. Management Healthcare and Nursing of Journal 1(1): 1-9.