SAĞLIKLA İLGİLİ İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇLAR VE COVID-19 KORKUSU İLİŞKİSİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ VE SİBERKONDRİNİN ARACI ROLÜ

Esin Yalçın
191180114

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021

SAĞLIKLA İLGİLİ İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇLAR VE COVID-19 KORKUSU İLİŞKİSİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ VE SİBERKONDRİNİN ARACI ROLÜ

Esin Yalçın
191180114
Orcid: 0000-0002-9619-8933

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulutarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulutarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu tezin tamamlanması için gösterdiği rehberlik ve uzmanlığı için Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci'ye en içten teşekkürlerimi sunarım. Sağlık psikolojisi alanındaki merakımı keşfetmemi sağlayarak araştırmaları sürdürmem için beni cesaretlendirdiği için teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana sağladıkları destek ve verdikleri cesaret için değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan ve Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar'a her zaman müteşekkir olacağım.

Ayrıca, savunma jürimde yer almayı kabul eden ve tez çalışmamla ilgili değerlendirmelerini paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a tezime sağladıkları önemli katkılar için teşekkür ederim.

Bana karşı her zaman destekleyici ve yüreklendirici olan aileme, özellikle yüksek lisansa başlarken beni cesaretlendiren ve akademik kimliği ile bana yol gösteren sevgili ablam Meltem Yalçın'a teşekkürlerimi sunarım. Son olarak değerli arkadaşım İlke Saygı'ya ihtiyacım olduğu her an yanımda olduğu için en özel teşekkürlerimi sunarım.

Esin Yalçın

Eylül, 2021

ÖZ

SAĞLIKLA İLGİLİ İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇLAR VE COVID-19 KORKUSU İLİŞKİSİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ VE SİBERKONDRİNİN ARACI ROLÜ

Esin Yalçın
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Enstitüsü, 2021

Sağlık anksiyetesi olan kişiler, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların etkisiyle hastalıkla ilgili bilgileri felaketleştirici şekilde yorumlama eğilimindedir. Bunun sonucunda sağlıkları hakkında yoğun korku ve endişe yaşarlar. COVID-19 pandemisi koşulları göz önünde bulundurulduğunda, kişilerin sağlıkla ilgili korku ve endişelerinin koronavirüs ile ilgili olması muhtemeldir. Yüksek sağlık anksiyetesi olan kişiler, olumsuz etkilerle başa çıkmak için ısrarla güvence arama davranışlarında bulunabilirler. Ancak siberkondri gibi bir güvence arama davranışı sonunda daha çok korku ve endişe hissedebilirler.

Literatürde COVID-19 ile ilgili pek çok yayın olup, bu salgının özellikle psikolojik etkisi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu sebeple, COVID-19 korkusunu etkileyen faktörlerin ve bu faktörleri belirleyen psikiyatrik değişkenlerin saptanması önem kazanmaktadır. Bu bağlamda bu tezin amacını sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 korkusu üzerindeki etkisini değerlendirmek ve bu ilişkide sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin seri aracılık etkilerini incelemek oluşturmuştur.

Araştırmaya 18 – 75 yaş aralığında 140'ı kadın 66'sı erkek olmak üzere toplamda 206 katılımcı dahil olmuştur. Araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçları katılımcıların Demografik Bilgi Formu, Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ), Sağlık Bilişleri Ölçeği (SBÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) ve COVID-19 Korkusu ölçeği olmuştur. Araştırmada kullanılacak değişkenlerin katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılaşmasına yönelik bağımsız gruplar t-test, Kruskal

Wallis ve One Way ANOVA analizlerinden; değişkenler arası etkiyi belirlemek için çoklu regresyon analizinden; aracılık etkisini ölçmek için ise Hayes tarafından geliştirilmiş PROCESS makrosundan yararlanılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi ve siberkondri aracılığıyla COVID-19 korkusunu anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde, sağlık anksiyetesi, siberkondrinin seri aracılık etkileri bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: COVID-19 Korkusu, Sağlık Anksiyetesi, Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar, Siberkondri

ABSTRACT

THE MEDIATOR ROLE OF HEALTH ANXIETY AND CYBERCHONDRIA IN THE RELATIONSHIP BETWEEN DYSFUNCTIONAL BELIEFS ABOUT HEALTH AND FEAR OF COVID-19

Esin Yalçın
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Aslı Eyrenci
Maltepe University Graduate School, 2021

People with health anxiety, driven by dysfunctional beliefs about health, tend to interpret disease-related information in a catastrophic way. As a result, they experience intense fear and anxiety about their health. Given the circumstances of the COVID-19 pandemic, people's health fears and concerns are likely to be related to the coronavirus. People with high health anxiety may persistently engage in reassurance-seeking behaviors to cope with negative effects. However, they may feel more fear and anxiety at the end of a reassurance-seeking behavior such as cyberchondria.

There are many publications on COVID-19 in the literature, and studies on the psychological impact of this epidemic are limited. For this reason, it is important to determine the factors affecting the fear of COVID-19 and the psychiatric variables that determine these factors. In this context, the aim of this thesis was to evaluate the effect of dysfunctional health-related beliefs on fear of COVID-19 and to examine the serial mediation effects of health anxiety and cyberchondria in this relationship.

A total of 206 participants, 140 women and 66 men, between the ages of 18 and 75, were included in the study. The measurement tools used within the scope of the research were the Demographic Information Form, Cyberchondria Severity Scale, Health Cognitions Scale, Health Anxiety Scale (Short Version), and Fear of COVID-19 Scale. In this study; independent samples t-test, Kruskal Wallis and One Way ANOVA analyzes were used for the differentiation of the variables according to the demographic

characteristics of the participants, multiple regression analysis was used to determine the effect between variables, PROCESS macro developed by Hayes was used to measure the mediation effect.

Data analysis results revealed that that dysfunctional beliefs about health significantly affect the fear of COVID-19 through health anxiety and cyberchondria. Therefore, serial mediation effects of health anxiety, cyberchondria were found in the relationship between dysfunctional health-related beliefs and fear of COVID-19.

Keywords: Fear of COVID-19, Health Anxiety, Dysfunctional Beliefs About Health, Cyberchondria

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iii
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
ÖZGEÇMİŞ xiv
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar 5
1.2. COVID-19 Korkusu 8
1.2.1. Tanım ve Önerilen Teorik Modeller 8
1.2.2. COVID-19 Korkusu Gelişiminde Risk Faktörleri 10
1.3. Sağlık Anksiyetesi 11
1.3.1. Sağlık Anksiyetesi Tanımı 11
1.3.2. Sağlık Anksiyetesi DSM-5 Sınıflandırması 12
1.3.3. Sağlık Anksiyetesi Epidemiyolojisi 12
1.3.4. Sağlık Anksiyetesinin Başlangıç ve Gidişatı 14
1.3.5. Sağlık Anksiyetesi ile İlişkili Psikolojik Bozukluklar 15
1.3.6. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli 16
1.3.7. Sağlık Anksiyetesinin Tedavisi 19
1.4. İnternette Sağlık Bilgisi Arama Davranışı 20
1.4.1. Siberkondri Tanımı 21
1.4.2. Siberkondri Kavramının Tarihçesi 22
1.4.3. Siberkondrinin Bilişsel Davranışçı Modeli 23
1.4.4. COVID-19 Pandemisinde Siberkondri 24
1.5. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar, Sağlık Anksiyetesi, Siberkondri ve COVID-19 Korkusu 25
1.6. Araştırmanın Amacı ve Önemi 26
1.7. Varsayımlar 28
BÖLÜM 2. YÖNTEM 29
2.1. Araştırma Modeli 29
2.2. Evren ve Örneklem 29
2.3. Veri Toplama Araçları 31

2.3.1. Demografik Bilgi Formu (Ek 1) 31
2.3.2. Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ) 31
2.3.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) (Ek 3) 32
2.3.4. Sağlık Bilişleri Ölçeği (Ek 4) 33
2.3.5. COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ) (EK-5) 34
2.4. İşlem 34
2.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 35
BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR 36
3.1. Ölçeklerinin Puanlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler 36
3.2. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması 37
3.2.1. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 37
3.2.2. Değişkenlerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması 39
3.2.3. Değişkenlerin Günlük İnternet Kullanım Sürelerine Göre Karşılaştırılması 40
3.3. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon İlişkilere Yönelik Analiz Sonuçları 41
3.4. Araştırma Değişkenleri Arasında Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 43
3.5. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve COVID-19 Korkusu İlişkisinde Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondrinin Seri Çoklu Aracılık Rolünün İncelenmesine Yönelik Mediatör Analizi 44
BÖLÜM 4. SONUÇ 48
4.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulgularının Değerlendirilmesi 48
4.2. Araştırma Değişkenlerinin Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 50
4.3. Değişkenler Arası Regresyon Analizlerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi 52
4.4. Seri Çoklu Aracılık Analizine Ait Bulguların Değerlendirilmesi 53
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler 59
4.6. Çalışmanın Klinik Doğurguları 60
EK'LER 62
KAYNAKÇA 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 30

Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri 36

Tablo 3. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 38

Tablo 4. Yaş Gruplarına Göre Değişkenlerin Farklılaşıp Farklılaşmadığını İncelemeye Yönelik Gerçekleştirilen Kruskall Wallis Testi Sonuçları 39

Tablo 5. Günlük İnternet Kullanım Süresine Göre Değişkenlerin Farklılaşıp Farklılaşmadığını İncelemeye Yönelik Gerçekleştirilen Anova Testi Sonuçları ... 40

Tablo 6. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları 42

Tablo 7. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondriyi Yordamasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi…….43

Tablo 8. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar, Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondrinin COVID-19 Korkusunu Yordamasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi……....44

Tablo 9. Seri-Çoklu Aracı Etkiye Ait Boostrapt Sonuçları……..46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Arora ve arkadaşları tarafından önerilen koronafobinin kavramsal modeli. 9

Şekil 2. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli (Warwick ve Salkovskis, 1990) 18

Şekil 3. Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerde İnternette sağlıkla ilgili bilgi aramanın yarattığı sonuçlar 21

Şekil 4. Araştırma Modeli 29

KISALTMALAR

APA : American Psychiatric Association

SBÖ : Sağlık Bilişleri Ölçeği

SAE : Sağlık Anksiyetesi Envanteri

SŞÖ : Siberkondri Şiddeti Ölçeği

CKÖ : COVID-19 Korkusu Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ÖZGEÇMİŞ

Esin Yalçın

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Y.Ls.	2014	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2018	Maltepe Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2014	Burak Bora Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

2019 - Halen Okul Psikoloğu. Eğitmen Koleji

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

2019 - Üye: UCİM | Saadet Öğretmen Çocuk İstismarı İle Mücadele Derneği.

Alınan Burs ve Ödüller

2014 Maltepe Üniversitesi %100 Burs (Tam Burs)

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19), ilk olarak Kasım 2019'da Çin'de tespit edilmiş ve çok hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılmıştır. COVID-19'un patlak vermesi ve hızla yayılması, toplumları çok farklı ve benzeri görülmemiş şekillerde etkileyen küresel bir tehdit oluşturmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (2020), 11 Mart tarihinde koronavirüsü küresel bir salgın ilan etmiş ve virüsün dünya çapında yayılmasından sonra birçok ülke, karantina ve sokağa çıkma yasakları gibi önleyici tedbirler uygulamaya başlamıştır. Virüsün birçok ülkede insan hayatı üzerinde yıkıcı etkileri olmuştur. COVID-19'un doğası, semptomları ve ölüm oranı hakkında kapsamlı raporlamalar yayınlanmaktadır Düzenli olarak güncellenen resmi COVID-19 raporlarına göre, yeni vakaların ve ölüm sayısının küresel olarak artmaya devam etmesi sebebiyle, bilim dünyasının COVID-19 aşılarının geliştirilmesine ağırlık vermiş ve bu konuda büyük gelişmeler kaydetmiştir. Ancak aşıların birçok ülkede kullanıma sunulması, pandemi krizinin çözüldüğü anlamına gelmemektedir. Gelişmeler devam ederken pandemi ile ilgili belirsizlikler de sürmektedir (Skegg ve ark., 2021).

Yapılan çalışmalar, salgınların anlık ve uzun vadeli psikolojik etkilerini doğrulamaktadır. Örneğin, çeşitli salgınlarda (Ebola 2014/2016, H1N1 2009/2010, Avian Influenza 2006, SARS 2003) artan anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu vakaları görülmüştür (Blakey ve Abramowitz, 2017). Araştırma bulguları, insanların virüs kaynaklı salgınlar veya pandemiler sırasında endişe veya kaygı deneyimlediklerini ortaya koymuştur (Goulia ve ark., 2010).

COVID-19 pandemisi, sağlıkla ilgili korkuları ve çeşitli sağlık endişelerini de beraberinde getirmiştir. Önceki salgınların yarattığı sonuçlarla benzer şekilde, COVID-19'a ilişkin bulaşma hızı ve yüksek ölüm oranlarına dair bilgiler, COVID-19 ile ilgili korku ve endişeleri artırmıştır (Zandifar ve Bafrfam, 2020). Yakın zamanda Çin'de yapılan araştırma, katılımcıların yaklaşık %25-35'inin COVID-19 pandemisi sırasında anksiyete semptomları veya psikolojik stres ile ilgili zorluklar yaşadığını bulmuştur (Cao

ve ark., 2020). Chen, Sun ve Feng (2020) tarafından yapılan bir çalışmada ise COVID-19'u kontrol altına almayı amaçlayan tedbirler ile üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışma, özellikle izolasyonun obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), korku, hipokondri, depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli ve karmaşık bir etki oynadığını bulmuştur.

COVID-19 ve psikolojik sağlık hakkındaki yapılan bazı çalışmalar COVID-19 korkusuna neden olan birtakım psikososyal faktörlerin çok önemli olduğunu bulmuştur (Shigemura ve ark., 2020). Örneğin, halihazırda kronik hastalığa sahip olan kişilerin daha fazla stres deneyimledikleri bulunmuştur (Liang ve ark., 2020). Cinsiyetle ilgili istatistikler ise erkeklere kıyasla kadınların COVID-19 ile ilişkili daha fazla psikolojik stres ve kaygı yaşadıklarını göstermektedir (Salari ve ark., 2020). Bu faktörlere ek olarak; medyada yer alan eksik veya yanıltıcı bilgilere maruz kalmak, psikolojik hazırlığın yetersiz olması, genel nüfusun ölümüne ve ıstırabına tanık olmak, enfekte olma korkusu, kişisel kayıp ve yas deneyimleri, uygulanan kısıtlamaların getirdiği özgürlük kaybı genel popülasyonda virüse ilişkin korkuları beraberinde getirmektedir. Ailenin ve yakın çevrenin enfekte olması, enfekte olma korkusu veya hastalıktan ölen birinin deneyimine tanık olmak gibi durumların da virüsle ilgili korkuların ortaya çıkmasında rol oynadığı görülmüştür (Xiang ve ark., 2020).

Belirtildiği üzere, salgın ve pandemi gibi küresel krizlerin insan üzerindeki psikolojik etkileri psikososyal faktörlere göre farklılaşabilmektedir. Ancak en yaygın etkiler, kaygı, korku, panik ve anksiyete ile ilişkili belirtiler olarak bulunmuştur (Shigemura ve ark., 2020) Bu etkiler, salgın sırasında insanların kendi sağlıkları hakkında daha fazla düşünmeye ve endişelenmeye başlaması ile yakından ilgili olabilir. Çünkü virüs salgını sırasında, bedensel duyumlarının veya semptomların salgınla ilişkilendirilerek yorumlanması daha olasıdır (örneğin, “Nefes almada güçlük çekiyorum, koronavirüse yakalanmış olabilirim.”) (Blakey ve Abramowitz, 2017). Bedensel duyumların bu şekilde yorumlanması, bedensel duyumları algılamada hassasiyete yol açar. Bilişsel davranışçı model (Warwick, 1989; Witthoft ve Hiller, 2010), bedensel duyumların veya zararsız semptomların ciddi bir hastalığın belirtisi olarak yorumlanmasını sağlık anksiyetesi olarak tanımlamaktadır. Örneğin, yüksek sağlık

anksiyetesine sahip kişiler, basit bir baş ağrısının beyin tümörü olabileceğine inanabilirler (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007).

Bedensel duyumların algılanması ve yorumlanması, çeşitli tetikleyicilerden etkilenebilir. Bu tetikleyicilere örnek olarak hastalıklarla ilgili yapılan raporlamalar, medya haberleri ve fizyolojik uyarılmalar gösterilebilir. Bedensel duyumlar, bilişler ve anksiyete ile birlikte kısır döngü oluşturur. Bu kısır döngünün kaygı duyarlılığı gibi yatkınlık faktörlerinin varlığı durumunda ortaya çıkmasının daha olası olduğu vurgulanmaktadır. İnternet aramaları gibi güvence arama davranışları ise döngünün sürdürülmesinde olumsuz bir pekiştireç olarak rol oynamaktadır (Williams, 2004; Witthoft ve Hiller, 2010).

Bilişsel davranışçı modelde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesinin gelişiminde etkili olan, sağlık anksiyetesinin bir bileşeni olarak açıklanmaktadır. Buna ek olarak, bilişsel davranışçı model, sağlık anksiyetesinin bedensel duyumların ve değişimlerin felaketleştirilmesi, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve uyumsuz başa çıkma davranışları ile karakterize olduğunu ortaya koymaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Bir başka deyişle, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlara sahip kişiler, bedensel duyumları ya da belirtileri bir sağlık sorununun göstergesi olarak yanlış yorumlayarak kaygı yaşamaya daha yatkın olmaktadır (Fergus, 2014).

Bu modellere dayanarak, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğu fikrini doğrulayan bilgilere seçici olarak katılmasına yol açabileceği varsayılmıştır. Ayrıca bu tür inançların, kişinin sağlık durumunun iyi olduğunu düşündürecek bilgileri görmezden gelmesine de neden olabildiği belirtilmiştir (Chorot ve Martínez-Narváez, 2012). Bu hipotezleri destekleyen birçok çalışma, yüksek sağlık anksiyetesi olan bireylerin, sağlık durumları hakkında, endişe duymayanlara göre daha fazla sağlıkla ilgili işlevsiz inanca sahip olduğunu göstermektedir (Marcus ve ark., 2007).

Yapılan çalışmalar, sağlık anksiyetesine sahip olan bireylerin, semptomları ve sağlık endişeleri hakkında güvence aramak için sıklıkla İnternet aramaları yaptıklarını ortaya koymuştur. Güvence arama davranışları, tıbbi sorunlar hakkındaki belirsizliğin yarattığı rahatsızlığı azaltma girişimleri olarak kavramsallaştırmaktadır (Abramowitz,

Schwartz ve Whiteside, 2002). İnternette çevrimiçi bilgi aramak, bireylerin tıbbi olarak hiçbir şeyin yanlış olmadığına dair güvence almaya çalıştıkları bir güvenlik davranışına örnektir (Baumgartner ve Hartmann 2011). Sağlık bilgilerine çevrimiçi ulaşımın ücretsiz ve kolay olması göz önünde bulundurulduğunda bu durum şaşırtıcı değildir (Muse, McManus, Leung, Meghreblian ve Williams, 2012). Sonuç olarak kişilerin, İnternet gibi farklı kaynaklardan virüs hakkında birçok bilgi aldığı görülmüştür (Gao ve ark., 2020).

Hastalıklarla ilgili ayrıntılı bilgilere kolay ulaşım, farklı sonuçları beraberinde getirmektedir. Örneğin, sağlık bilgilerine ulaşmak için yapılan İnternet aramaları, bazı bireylerin rahatlamasını sağlayabilir (Lemire ve ark., 2008). Bununla birlikte çevrimiçi sağlık bilgilerine erişim, insanları belirli hastalıkların nedenleri, önlenmesi ve tedavisi hakkında eğitmek gibi potansiyel faydalara sahiptir. Sağlıkları konusunda sıkıntı yaşayan veya endişeli olan bazı insanlar, kendi kendine teşhis koymak veya güvence arama amacıyla çevrimiçi aramalar yapabilir (White ve Horvitz, 2009). Ancak bu durum, özellikle yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olan kişilerde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Asmundson ve Taylor, 2020). Çevrimiçi aramalar sırasında hastalıklarla ilgili endişe verici, yanlış ve yanıltıcı bilgilere maruz kalmak hastalıklarla ilgili mevcut endişe ve korkuların şiddetini artırabilir (White ve Horvitz, 2009). Bu durum, salgın ve pandemilerde sağlık anksiyetesini tetikleyen ve sürdüren bir faktör olarak İnternet ve medyanın rolünü ortaya koymaktadır (Garfin, Silver ve Holman, 2020)

Çevrimiçi tıbbi bilgileri arama sırasında olumsuz duygular yaşayan bireyler, tekrarlanan İnternet aramalarının sağlık konusunda aşırı endişelere neden olduğu bilinen bir durum olan siberkondri geliştirme riski altındadır (Starcevic ve Berle, 2013). Siberkondri, artan sağlık anksiyetesi veya sıkıntı seviyeleri ile ilişkili aşırı veya tekrarlanan bir çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı ile karakterizedir (Meghreblian ve Williams, 2012). Eğer yapılan İnternet aramaları COVID-19 özelinde ise, kişiler virüsle ilgili maruz kaldıkları bilgiler sonucu yaşadıkları anksiyete artışı ile beraber COVID-19 korkusu geliştirebilirler (Sorokowski ve ark., 2020).

Yapılan literatür taramasında, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondrinin ilişkili olduğuna yönelik bazı kanıtlar bulunmuştur (Baumgartner ve Hartmann 2011; Muse ve ark., 2012). Araştırmalarda sağlıkla ilgili işlevsiz inançların, sağlık anksiyetesi ve siberkondriye katkıda bulunduğu öne

sürülmüştür (Fergus 2014; Fergus ve Dolan 2014). Araştırmaların çoğu sağlık anksiyetesinin siberkondri için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir (Starcevic ve Berle, 2015). Ek olarak, sağlık anksiyetesi ve siberkondri, COVID-19 korkusu için zemin oluşturmaktadır (Abramowitz, Deacon, ve Valentiner, 2007; Salkovskis ve ark., 2002). Dolayısıyla bu bulgular, sağlıkla ilgili inançlar ve COVID-19 korkusu arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin aracı rolünü düşündürmektedir. Ancak bilindiği kadarıyla, şimdiye kadar yapılan çalışmalar, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisini bir aracılık modeli ile ele almamıştır.

1.1. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar

Salkovskis ve Warwick'in bilişsel davranışçı yaklaşımı (1990), sağlık anksiyetesinin oluşturulmuşen iyi modeli olarak kabul edilir (Taylor ve Asmundson, 2004). Salkovskis ve Warwick (2001), sağlık anksiyetesiyle ilgili dört işlevsel olmayan inanışı; 1) hastalığa yakalanma olasılığı, 2) hastalığın korkutuculuğu, 3) hastalıkla baş etmede güçlük ve 4) hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği olarak tanımlamıştır (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Bu inançların, sağlık anksiyetesinin formülasyonunda beraber ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Çünkü bu dört inanç, sağlık anksiyetesinin sürdürülmesinde ve ciddiyetinde etkili olarak kabul edilir (Salkovskis ve Warwick, 2001).

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar kişilerin önceki hastalık deneyimlerine bağlı olarak gelişir (Salkovskis & Warwick, 2001). Örneğin, zamanında yaşanan anormal bir bedensel duyumun muayene edilmemesi sonrası kişi ciddi şekilde hastalanırsa, bu kişinin tanıdık olmayan herhangi bir fiziksel duyumun ciddi bir hastalığın belirtisi olabileceğine dair bir inanç geliştirmesi muhtemeldir. Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, aynı zamanda erken dönem yaşantıları aracılığıyla oluşur. Özellikle ebeveynlerde kanser gibi ciddi hastalıkların varlığı işlevsel olmayan inançların oluşmasında kritik bir rol oynamaktadır (Thorgaard ve ark., 2018). Sağlık anksiyetesinin gelişim modellerini inceleyen son araştırmalar, ebeveynleri ciddi bir tıbbi tanı (örn. kanser, multipl skleroz) almış olan genç yetişkinlerin (örn. 18-25 yaş arası) hastalık olasılığı ve hastalıkla başa çıkma zorluğuyla ilgili sağlık inançlarına sahip olduklarını bulmuştur (Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014). Bu durumla birlikte diğer aile üyeleri ve yakın çevrede görülen çeşitli hastalıklar, sağlık hizmetleri ilgili deneyimler, sağlıkla ilgili

medyadan alınan bilgiler bu inançların temelini oluşturmaktadır (Warwick ve Salkovskis, 1990). Bu bulgular, ebeveyn hastalığının ve davranışının işlevsel olmayan inançların şekillenmesinde çocuklukta sağlık anksiyetesinin gelişiminde rol oynadığı fikrini de desteklemektedir.

Bu modele göre; işlevsel olmayan inançlar, iç ve/veya dış faktörler tarafından tetiklenmedikçe gizli kalır. İşlevsel olmayan inançlar, bir arkadaştaki hastalık, tanıdık olmayan bedensel duyumlar veya hastalık hakkında yeni bilgiler almak gibi olaylar tarafından tetiklenebilir. Bu inançlar bir kez tetiklendikten sonra kişinin yorumlama biçiminin değişmesine sebep olarak bedensel duyumların ve olayların felaketleştirilmesine katkıda bulunur (Taylor ve Asmundson, 2004). Böylece, kişinin yeni bedensel duyumları, önceki semptomlarla ilgili anılarını, tıbbi muayenelerini vb. nasıl yorumladığı da etkilenmiş olur. Bu faktörler, işlevsel olmayan inançlarla "örtüştüğünde" (örneğin, göğüs ağrısının en olası nedeninin kalp hastalığı olduğunu düşünen bir kişide göğüs ağrısı), kişilerin olumsuz değerlendirmeler yapmasına neden olur ve yüksek düzeyde anksiyete ve buna bağlı fizyolojik uyarılmaya yol açar. Sonuç olarak birey, bedensel semptomlarına aşırı derecede odaklanır ve tüm bilgileri bedensel meşguliyeti artıracak bilişsel bir önyargı ile filtrelemeye başlar (Asmundson, Hadjistavropoulos, ve Owens, 2004; Salkovskis ve Clark, 1993). Bu durum, en hafif bedensel semptomların daha yıkıcı şekilde deneyimlenmesine yol açar ve kişi hasta olduğuna ikna olur (Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos ve Quine, 2000; Rief ve ark., 1998). Sonuç olarak kişi, sıkıntı ve endişeyi azaltmanın bir yolu olarak güvence arama ve kaçınma davranışına yönelir (Warwick ve Salkovskis, 1990).

Güvence arama ve kaçınma davranışları (örneğin, sık tıbbi konsültasyonlar; tıp kitapları okumak; fiziksel efordan veya hastalıkla temastan kaçınmak; bedensel kontrol, manipülasyon veya muayene) kaygı ve bedensel duyumlarla ilgili meşguliyeti sürdürecektir. Bu davranışsal tepkilerin kaygıyı çeşitli şekillerde artırdığı veya sürdürdüğü düşünülmektedir. Ayrıca bu tepkiler, felaketleştirici yorumlamaların kapsamını artırmaktadır. Tüm bunlara ek olarak riskli olarak algılanan durumlardan kaçınılması, işlevsiz inançların ve yanlış yorumların çürütülememesi (yanlışlanamaması) anlamına gelecektir (Salkovskis, 1991).

Marcus ve arkadaşları (2007) sağlık anksiyetesi ve irrasyonel düşüncelerin ele alındığı bir araştırma yapmıştır. Araştırma sonuçları, sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin sağlıkla ilgili irrasyonel düşüncelerinin olduğunu göstermiştir. Bu irrasyonel düşünceler sırasıyla; bedensel duyumların tehlikeli olduğuna dair inanç, hastalığın kontrol edilemeyeceğine dair inanç, sağlıklı olabilmenin sadece bedensel semptomların yokluğunda olabileceğine dair inanç ve sağlık sorunlarının kaçınılmaz olduğuna dair inançlar olarak sıralanmıştır (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Fulton ve arkadaşları (2011), Christensen, Moran ve Wiebe (1999) tarafından geliştirilen İrrasyonel Sağlık İnanışı Ölçeği'ni (Irrational Health Belief Scale) kullanarak irrasyonel sağlık inanışları ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Daha fazla irrasyonel sağlık inanışına sahip olan bireylerin yüksek düzeyde anksiyete yaşama eğiliminde olduğu ve anksiyete yaşayan bireylerin, daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi bildirdiği bulunmuştur. Ek olarak irrasyonel sağlık inanışları ve sağlık anksiyetesinin pozitif yönde ilişki olduğu ve anksiyetenin irrasyonel sağlık inanışı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların gücü, sağlık anksiyetesinin şiddeti ile ilişkilidir. Bu inançların şiddeti, sağlık anksiyetesine yönelik tedavide belirleyici olmaktadır. İnançların şiddeti azaldığında tedavinin daha iyi ilerlediği bulunmuştur (Taylor ve Asmundson, 2004). Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012), bu dört inancın (hastalığa yakalanma olasılığı, hastalığın korkutuculuğu, hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği) sağlık anksiyetesi ilişkisini araştırmış ve bu inançlar için özel olarak oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeği olan Sağlık Bilişleri Anketi'ni geliştirmişlerdir (SBÖ). Yapılan çalışma sonucunda, depresyon ve yaygın anksiyete kontrol edildikten sonra, bu inançların hem tıbbi tanısı olan hem de tıbbi tanısı olmayan örneklemlerde sağlık anksiyetesi ile yakından ilişkili olduğunu ve sağlık anksiyetesini yordadığı bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Özetle, sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerin sağlık anksiyetesi düşük olan bireylere göre sağlıkla ilgili daha fazla işlevsiz inanca sahip olduğu görülmektedir (Marcus ve ark., 2007).

Belirtilen bilişsel davranışçı modeller, yüksek sağlık anksiyetesinin bedensel duyumların ve değişimlerin felaketleştirilmesi, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve uyumsuz başa çıkma davranışları ile karakterize olduğunu ortaya koymaktadır (Taylor ve

Asmundson, 2004). Bu modellere dayanarak, bu tür inançların kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğu fikrini doğrulayan bilgilere seçici olarak katılmasına yol açabileceği varsayılmıştır. Ayrıca bu tür inançlar, kişinin sağlık durumunun iyi olduğunu düşündürecek bilgileri görmezden gelmesine neden olabilir (Chorot ve Martínez-Narváez, 2012).

1.2. COVID-19 Korkusu

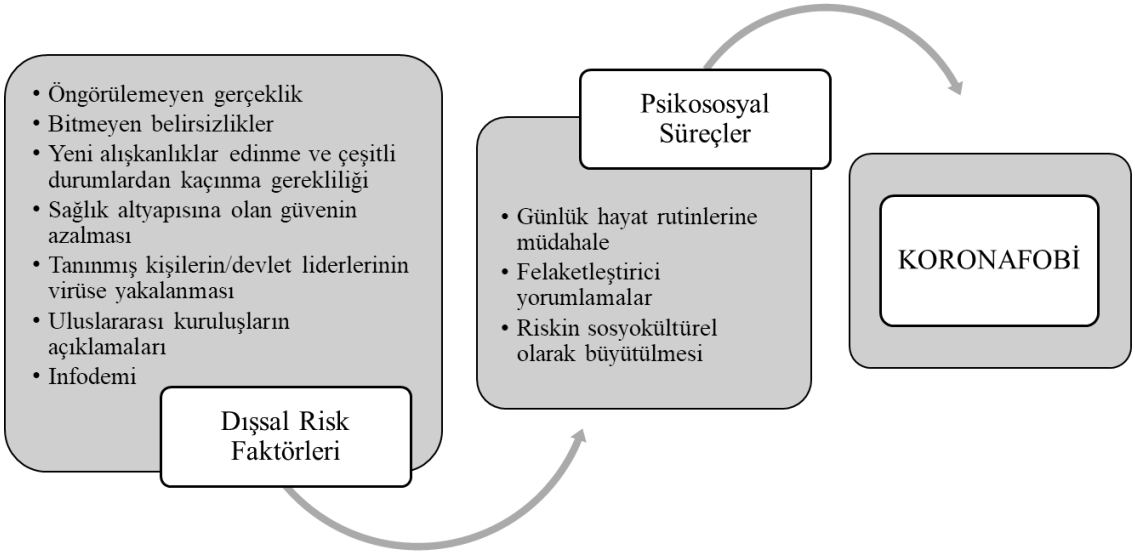
1.2.1. Tanım ve Önerilen Teorik Modeller

COVID-19, oldukça bulaşıcı ve ölümcül olabilmekte ve etkili tedavi protokollerinin uzun vadede etkililiği hakkındaki belirsizlik sürmektedir. COVID-19 yaşamın neredeyse tüm alanlarını etkilemesi sebebiyle farklı sonuçları beraberinde getirmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, COVID-19, geçmişteki diğer tedavi edilemez ve ölümcül bulaşıcı hastalıkların yarattığı korkuya benzer bir şekilde korku uyandırmaktadır (Sorokowski ve ark., 2020). Ancak COVID-19 korkusunun, hastalığa yakalanmak veya ölmek korkusu ile sınırlı olmadığı görülmüştür. COVID-19 korkusunun ekonomik kaygılar ve hastalığı başkalarına bulaştırma korkusu gibi alanları kapsadığı da belirtilmiştir (Tanner, 2020).

Korku genel olarak, tehdit algısının yarattığı hoşnutsuz bir duyguyu tanımlamaktadır. COVID-19 korkusu ise, COVID-19 ile ilişkili korku, endişe ve çaresizlik düzeyi olarak tanımlanmaktadır Araştırmacılar, COVID-19'a ilişkin korkulara ilişkin (örn., hastalığa yakalanma korkusu) çeşitli kavramlar geliştirmiştir. Bu kavramlara örnek olarak "COVID-19 korkusu" (Ahorsu ve ark., 2020; Mertens ve ark., 2020) ve "koronafobi" (Aora ve ark., 2020) gösterilebilir.

Arora ve arkadaşları (2020), yoğun COVID-19 korkusunun gelişiminin psikososyal sürecini anlamak için koronafobi modelini geliştirmiştir. Bu kavramsal model, koronafobi gelişimi için risk faktörlerini ve altında yatan mekanizmalarını ortaya koymuştur. Bu modele göre koronafobi, COVID-19'a yakalanma korkusuna verilen aşırı tetiklenmiş tepki olarak tanımlanmıştır. Bu tepkiye eşlik eden bedensel belirtilerle yoğun uğraş, artan güvence arama davranışları, işlevsellikte belirgin bozulma, halka açık yerlerden ve kalabalıktan kaçınmanın takip ettiği belirtilmiştir. Koronafobiyi tetikleyen

faktörler olarak evden çıkmak, seyahat etmek, haberleri okumak, işe gitmek için evden ayrılmak gibi virüs bulaşma riskini içeren durumlar belirtilmiştir. Koronafobinin gelişimi için dışsal bir risk faktörü olarak değerlendirilen infodemi kavramı bilgi (information) ve salgın (pandemic) kelimelerinin bir araya gelmesi ile türetilmiştir (Hua ve Shaw, 2020). Bilgilere kolay ulaşımla birlikte artan bilgi kirliliği ve aldatıcı bilgilerin yayılmasını ifade etmektedir. Sonuç olarak, koronafobi modeli, dışsal risk faktörleri ve psikososyal süreçler ile ortaya çıkmaktadır. Önerilen modele dair şema aşağıda belirtildiği gibidir:



Şekil 1. Arora ve arkadaşları tarafından önerilen koronafobinin kavramsal modeli.

Bununla birlikte, tehdit algısı ve bunun sonucunda ortaya çıkan korku açısından bireyler arasında farklılığa sebep olabilecek bir başka faktör sağlık anksiyetesidir. Bunun sebebi olarak, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olan kişilerin, olağan bedensel duyumları ve değişiklikleri tehlikeli olarak yanlış yorumlama eğiliminde olması belirtilmiştir. (Taylor ve Asmundson, 2004; Wheaton ve ark., 2012).

Tüm bunların yanı sıra, COVID-19 pandemisi sırasında tehdit algısı ve korku yalnızca kişinin kendi fiziksel sağlığıyla ilgili olmadığı bulunmuştur (Schimmenti, Billieux ve Starcevic, 2020; Taylor ve ark., 2020b). Bu durum, pandemi bağlamında korku deneyimi çok boyutlu olduğunu açıklamaktadır. Başkalarına bulaştırma korkusu,

COVID-19 hakkında bilinmesi gerekenleri bilmeme korkusu, kendini veya başkalarını korumak için gerekli olabilecek her türlü önlemi almamış olmak gibi diğer korkuları da içerdiği görülmüştür (Schimmenti, Billieux ve Starcevic, 2020).

Yüksek düzeyde COVID-19 korkusu, kişilerin koronavirüsle başa çıkarken mantıklı karar vermesini ve gerçekçi değerlendimeler yapmasını engellemesi bağlamında olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Ahorsu ve ark., 2020).

1.2.2. COVID-19 Korkusu Gelişiminde Risk Faktörleri

COVID-19 pandemisi, birden çok sosyoekonomik ve psikolojik sonucu beraberinde getirmiştir. COVID-19 ile ilgili yapılan araştırmalar ve çeşitli medya raporları, virüsle ilgili korkularda bir artış olduğunu ortaya koymuştur. Pandemiler sırasında korku yaygın bir psikolojik sonuçtur (Roy ve ark., 2020). Ancak COVID-19 pandemisi kendine özgü risk faktörlerine sahiptir. Bu risk faktörlerinden biri gelişen teknoloji ile birlikte artan problemli İnternet kullanımı ve medya aracılığı ile salgınla ilişkili bilgilere maruz kalmak olarak belirtilmiştir (Tewari, 2020)

İnternet ve medya aracılığı ile yayılan belirsiz ve yanıltıcı bilgiler, toplum için risk oluşturmaktadır. Çünkü kamuoyunun, COVID-19 krizi sırasında kritik bilgilere ulaşmak ve gerekli önlemleri almak için medyaya güvendiği görülmüştür. Ancak bu bilgiler yanlış, eksik veya yanıltıcı olduğunda korku ve psikolojik sıkıntı ile sonuçlanan tehdit değerlendirmelerine yol açmaktadır (Garfin, Silver ve Holman, 2020).

Yukarıda belirtildiği gibi, COVID-19 gibi olağanüstü salgın krizlerinin korkuyu tetiklediği görülmüştür (Pakpour ve Griffiths 2020). Mertens ve arkadaşları (2020), belirsizliğe tahammülsüzlüğün, sağlık anksiyetesinin ve bilgi kaynaklarına artan ilgi ve uğraşın (örneğin, düzenli web kaynaklı haber siteleri veya sosyal medyayı kontrol etmek) COVID-19 korkusuyla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Literatüre bakıldığında, COVID-19 ile ilişkili tehdit algısı ve bunun sonucunda ortaya çıkan korku açısından bireyler arasında büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin, bazı araştırmalar, COVID-19 için risk grubunda yer almadıkları düşünülen genç bireyler arasında daha yüksek kaygı düzeyleri bildirmiştir (Moghanibashi-Mansourieh, 2020). Bu araştırmalara göre; COVID-19 korkusunun yüksek seviyelerinin nedenleri

çeşitlidir. Özetle bu nedenler ve risk faktörleri, genetik yatkınlık gibi biyolojik faktörleri, nevrotiklik, belirsizliğe karşı düşük tolerans gibi psikolojik faktörleri ve hastalığa karşı toplumsal tutumlar, hastalıkla ilgili bilgilere ulaşmak ve bu bilgilere maruz kalmak gibi çevresel faktörleri içermektedir. Bu faktörlerin rolü bireylere göre farklılık göstermektedir.

1.3. Sağlık Anksiyetesi

1.3.1. Sağlık Anksiyetesi Tanımı

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyumların ve değişikliklerin tıbbi bir sorunun işareti olarak yanlış algılanması ve yorumlanması ile ortaya çıkan bir deneyimdir (Asmundson ve ark., 2010; Reiser ve ark., 2014). Bu algılama ve yorumlama, sağlıkla ilgili aşırı ve uygunsuz korkuları ortaya çıkarır ve kişi algılanan tehdit ile başa çıkamayacağını hisseder (Abramowitz ve Braddock, 2010). Şiddetli sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler, genel olarak hastalıklara veya belirli bir hastalığa karşı savunmasız olduklarına inanmaktadırlar. Yaygın korkular arasında kanser, kalp krizi, AIDS, felç ve akıl hastalığı yaşama endişeleri yer almaktadır (Rachman, 2012).

Sağlık anksiyetesi, ciddi bir hastalık veya yakın birinin ölümü durumunda veya sonrasında ortaya çıkabilir (Asmundson ve ark., 2001). Görgen ve arkadaşları (2014), özellikle stresli koşullar altında bireylerin duygusal deneyimleri tanımlayamama ve anlayamaması nedeniyle bedensel duyumlarını yanlış bir şekilde tıbbi bir durum olarak atfetmelerine yol açabileceğini belirtmiştir.

Yakın zamanda yapılan bir çalışma, sağlıkla ilgili bilgilere İnternet aracılığıyla kolaylıkla ulaşılması ve medyada sağlık ile ilgili uğraşlara artan ilginin sağlık anksiyetesinin sürdürülmesine ve şiddetinin artmasına katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, sağlık anksiyetesinin genel popülasyonda giderek yaygınlaştığını düşündürmektedir (Tyrer ve ark., 2019)

Ferguson (2008), bireylerin sağlıkla ilgili kaygılarının niceliksel olarak farklılaştığını belirtmiştir. Benzer şekilde bilişsel davranışçı modeller, sağlık anksiyetesini çok düşük şiddetten çok yüksek şiddet seviyelerinde değişen bir spektrumda açıklamıştır (Asmundson ve ark., 2010). Düşük şiddette sağlık anksiyetesi, bedensel

değişiklikleri ve organik rahatsızlıkları fark edebilmek konusunda adaptif olabilmektedir. Ancak şiddetli sağlık anksiyetesi, yersiz sıkıntıya neden olması sebebiyle uyumsuzdur (Asmundson ve ark., 2010). Bu spektrumun en ekstrem ucunda şiddetli sağlık anksiyetesi olarak kişinin günlük işlevselliğini etkileyen ve alıkoyan bir durum olan hipokondriyanın bulunduğu belirtilmiştir.

Ancak, hipokondriya, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (5. baskı; DSM–5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) bir bozukluk olarak sınıflandırılmaktan çıkarılmıştır. Hipokondriya, bedensel belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluklarıyla yer değiştirmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.3.2. Sağlık Anksiyetesi DSM-5 Sınıflandırması

DSM 5'in yayınlanmasından önce, hipokondriya, kişinin bedensel belirtilerini aşırı derecede abartması veya olmadığı halde bir rahatsızlığı varmış gibi göstermesi olarak görülmeye başlanmıştır. "Hipokondriyak" etiketi, sağlık sorunları için doyumsuz bir güvence arama ihtiyacını ima ettiği düşünülmüş ve ayrıca hastayı "başa çıkılması zor" olarak etiketleştirmiştir (Barsky ve ark., 1992). Bu nedenle, DSM-5'te yeni tanı isimleri tanıtılmıştır; Daha önce hipokondriya teşhisi konacak hastalar şimdi iki ayrı kategoriden biriylee yeniden sınıflandırılmaktadır: belirgin bedensel belirtiler bağlamında sağlıkları hakkında endişe duyanlar artık "Bedensel Belirti Bozukluğu" ölçütlerini karşılamaktadır; somatik belirtileri olmayan sağlık anksiyetesi olan hastalar ise, "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" tanısı almaktadır. Şiddetli sağlık anksiyetesi yaşayan kişilerin DSM-5'teki "Bedensel Belirti Bozukluğu" veya "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" tanılarını alma ihtimali yüksektir (APA, 2013).

1.3.3. Sağlık Anksiyetesi Epidemiyolojisi

Şiddetli sağlık anksiyetesinin oluşumuna dair verilerin yetersizliğine vurgu yapılsa da tahminler genel popülasyonda %6 ile %13 arasında yaygınlık gösterdiğine işaret etmektedir (Creed ve Barsky, 2004). Şiddetli sağlık anksiyetesinin genel popülasyonda yaşam boyu tekrarlanma sıklığı ise % 0.2 ile % 7.7 arasında bulunmuştur (APA, 2000).

Looper ve Kirmayer (2001), 533 kişinin katıldığı ve ortalama yaşın 46 olduğu bir araştırmada, katılımcıların %6'sının yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip olduğunu bulmuştur. Buna ek olarak, demografik ve tıbbi değişkenler kontrol edildiğinde sağlık anksiyetesinin bedensel duyumları algılamada hassasiyetin, yardım arama davranışlarının ve işlevsellikte azalmanın bir yordayıcısı olduğu ortaya konmuştur.

Başka bir çalışma, genel popülasyonda (N = 2050, 14 ila 92 yaş) sağlık anksiyetesini incelemiştir. Araştırma sonuçları, katılımcıların %10'unun tıbbi bir tanısı olmamasına rağmen, yüksek sağlık anksiyetesi veya ciddi bir hastalığa sahip olma korkusu bildirdiğini, sağlık anksiyetesinin şiddetinin yaşla birlikte artış gösterdiğini ortaya koymuştur (Rief ve ark., 2001).

Hastane kliniklerine başvuran yetişkinlerde ise sağlık anksiyetesinin yaygınlığının endokrinoloji hastalarında %17.5, nöroloji hastalarında ise %24,7 arasında değiştiği görülmüştür. Bu durum, şiddetli sağlık anksiyetesinin tıbbi bir hastalığı olan yetişkinlerde daha yaygın problem olduğunu düşündürmektedir (Tyrer ve ark., 2019). Çeşitli tıbbi tanıları olan bireylerde sağlık anksiyetesi düzeyleri yüksek seviyelerde bulunmuştur (Looper ve Kirmayer, 2001). Bu tıbbi tanılar; multipl skleroz (Kehler ve Hadjistavropoulos, 2009), kronik ağrı (Rode ve ark., 2006), meme kanseri (Grassi ve ark., 2004) kardiyovasküler hastalık (Zvolensky v ark., 2003) olarak belirtilmiştir.

Şiddetli sağlık anksiyetesi, hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde hem de ikinci basamak sağlık hizmetleri ortamlarında nispeten yaygın olarak bulunmuştur. Oranları, birinci sağlık basamak hizmetlerinde % 3.05'i bulmaktadır İkinci sağlık basamak hizmetlerinde ise % 4.2 ile %10 arasında değişmektedir (Magarinos ve ark., 2002).

DSM-5'te sağlık anksiyetesinin genel popülasyondaki 1-2 yıllık yaygınlığının %1.3 ile %10 aralığında arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Ayakta tedavi edilen tıbbi popülasyonda 6 aylık ve 1 yıllık yaygınlık oranlarının %3 ile %8 arasında arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Kadın ve erkekler arası karşılaştırmada ise yaygınlık oranlarının benzer olduğu bulunmuştur (APA, 2013). Türkiye ruh sağlığı profili çalışmalarında hipokondriyanın 1 yıllık yaygınlık oranı kadınlarda %0.8, erkeklerde %0.3 ve toplam nüfusta %0.6 olarak belirtilmiştir (Kılıç, 1998).

1.3.4. Sağlık Anksiyetesinin Başlangıç ve Gidişatı

Şiddetli sağlık anksiyetesinin en yaygın başlangıç yaşının erken yetişkinlik olduğu düşünülmektedir (APA, 2013). Buna rağmen çocukluk ve ergenlik döneminde başlangıcı ve görülme sıklığının incelendiği ilgili araştırmalar sınırlıdır (Asmundson, Stapleton ve Taylor, 2004). Ancak yapılan son çalışmalar sağlık anksiyetesinin çocuklukta da gelişebileceğini göstermektedir (Delparte ve ark., 2015; Rask ve ark., 2016).

Sağlık anksiyetesini açıklayan yaklaşımlar erken dönem yaşantılarının ve aileye özgü psikososyal faktörlerin sağlık anksiyetesi gelişiminde önemli rol oynadığını vurgulamaktadır (Thorgaard ve ark., 2018). Örneğin sağlık anksiyetesi ile olumsuz çocukluk deneyimleri (Noyes ve ark., 2002; Reiser ve ark., 2014), stres ve yaşam krizleri kişisel hastalıklar, yakın aile bireyleri ve akrabalarda hastalık, yanlış teşhis konulması durumları arasında ilişkiler bulmuştur (örn., Warwick ve Salkovskis, 1990).

Özetle, araştırma bulguları sağlık anksiyetesi yaşayan birçok yetişkinin çocukluk döneminde sağlıkla ilgili zorlu deneyimler yaşadığını göstermektedir. Bu zorlu deneyimler bireyin sağlığının kötü olması, ciddi ve kronik bir hastalığı olan aile bireyine sahip olmak ile açıklanmaktadır (Noyes ve ark., 2002). Zorlu deneyimlere ek olarak güvensiz bağlanma stilleriyle ilişkili olarak ayrılık anksiyetesi, anne ile ilişkide ihmal, baba ile ilişkide aşırı koruyucu tutum gibi gelişimsel faktörlerin sağlık anksiyetesinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Wright, Reiser ve Delparte, 2017).

Sağlık anksiyetesinin altında yatan yatkınlaştırıcı bireysel faktörler, kaygı duyarlılığı, nevrotiklik ve depresyon ile açıklanmıştır (McLure ve Lilienfeld, 2001; Williams, 2004). Hollifield, Tuttle, Paine ve Kellner (1999), sağlık ve hastalığa karşı kişilik tipini ve bireysel tutumları incelemiştir. Sonuçlar, şiddetli sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin daha düşük sağlık anksiyetesi yaşayanlara göre daha nevrotik, daha az dışa dönük olduklarını göstermiştir. Bazı araştırmalar, sağlık kaygılı bireylerin, bu tür nevrotikliğin yanı sıra güvensiz, korkulu, bağlanma stiline sahip olduğunu öne sürmüştür (Noyes ve ark., 2002). Bu durum, bu tür bireylerde artan güvence arama ihtiyacına işaret etmektedir.

Sağlık anksiyetesi yaşayan kişiler sağlık bakım kaynaklarını sağlık sistemi için uyumsuz ve maliyetli şekillerde kullanırlar (Barsky, Ettner, Horsky ve Bates, 2001; Rask ve ark., 2016). Doktora sık ve çoğu zaman yersiz ziyaretler, tıbbi muayeneler, tanı için yapılan testler ve doktor değiştirmek yaygındır. Tekrarlanan prosedürler maliyetlidir ve çeşitli zorlukları beraberinde getirir (APA, 2000). Sağlık anksiyetesi ile tıbbi hizmet kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (örneğin, Fergus, Bardeen, Gratz, Fulton ve Tull, 2015; Fergus, Griggs, Cunningham ve Kelley, 2017; Longley, Watson ve Noyes, 2005). Sağlık bakım kaynaklarının etkili olmayan kullanımı, sağlık anksiyetesi ilişkili davranışların önemli bir sonucudur. Sağlık anksiyetesinin, hastalıkla ilgili medya bilgilerine maruz kaldıktan sonra da ortaya çıkabildiği görülmüştür (Martin, Lemos ve Levanthal, 2001).

1.3.5. Sağlık Anksiyetesi ile İlişkili Psikolojik Bozukluklar

Sağlık anksiyetesi, diğer birçok ruhsal sağlık durumuyla ilişkilidir. Bazı bireyler için şiddetli sağlık anksiyetesi bağımsız bir bozukluk gibi görünse de şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerde genellikle kaygı bozukluğu ve depresif bozukluklarla birlikte kliniğe başvurdukları görülmüştür (APA, 2013). Ancak şiddetli sağlık anksiyetesi olan bireylerde psikiyatrik eştanı oranı konusunda mevcut araştırmalarda güncel bir fikir birliği yoktur.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), panik bozukluk ve depresyon gibi sağlık anksiyetesine benzer belirtilerle karakterize olan birkaç bozukluk bulunmaktadır (Noyes, 2001). Yüksek sağlık anksiyetesi, majör depresif epizodların, kalıcı düşük ruh halinin ve DSM-IV YAB semptomlarının ortaya çıkmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür (Lee ve ark., 2014).

Bir başka çalışma, YAB'li bireylerde yüksek sağlık anksiyetesinin yaygın olduğunu ve bu durumun YAB'nin şiddetinin artmasına işaret edebileceğini bulmuştur. Şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerde YAB oranları diğer psikiyatrik rahatsızlıkları olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Barsky ve ark. 1992).

Ek olarak, epidemiyolojik araştırmalar, sağlık anksiyetesi ile YAB, agorafobi, panik bozukluk ve bipolar bozukluk gibi diğer eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar

arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Sunderland ve ark., 2013). Buna ek olarak araştırmalar, şiddetli sağlık anksiyetesi, panik bozukluk ve OKB semptomları arasında önemli bir örtüşme bulmuştur (örneğin, Deacon ve Abramowitz, 2008).

1.3.6. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli

Bilişsel davranışçı model, çeşitli bozukluklar (yaygın anksiyete, sağlık anksiyetesi, depresyon vb.) için popüler bir tedavi modelidir ve klinik psikolojideki diğer herhangi bir tedavi modelinden daha fazla ampirik araştırmaya konu olmuştur (Corey, 2008). Bilişsel davranışçı teori, psikolojik bozuklukların bireyin olayları yorumlamalarından kaynaklandığını öne sürmektedir. Olaylara yüklenen anlamların, çocuklukta veya diğer yaşam deneyimleriyle geliştirilen inanç ve varsayımlardan (şemalar) kaynaklanlandığı vurgulamaktadır. BDT teorisi, bu şemaların genellikle mantıksız, katı ve işlevsiz olduğunu varsaymaktadır. Kritik bir olay (örneğin hastalık) meydana geldiğinde, bu şemalar kullanılarak değerlendirilir. Bu şemalar işlevsizse, sonuç olumsuz otomatik düşüncelerin (OOD'ler) ortaya çıktığını belirtmektedir. Sıkıntıyı sürdüren davranışlara ve bilişlere yol açtıklarından, OOD'lerin genellikle ilişkili bozukluk için başlangıç noktası olduğu varsayılmaktadır (Beck ve Tompkins, 2007). Bu faktörlerin hastayı bir kısır döngüye hapsederek bozukluğu sürdürdüğü ortaya konmuştur.

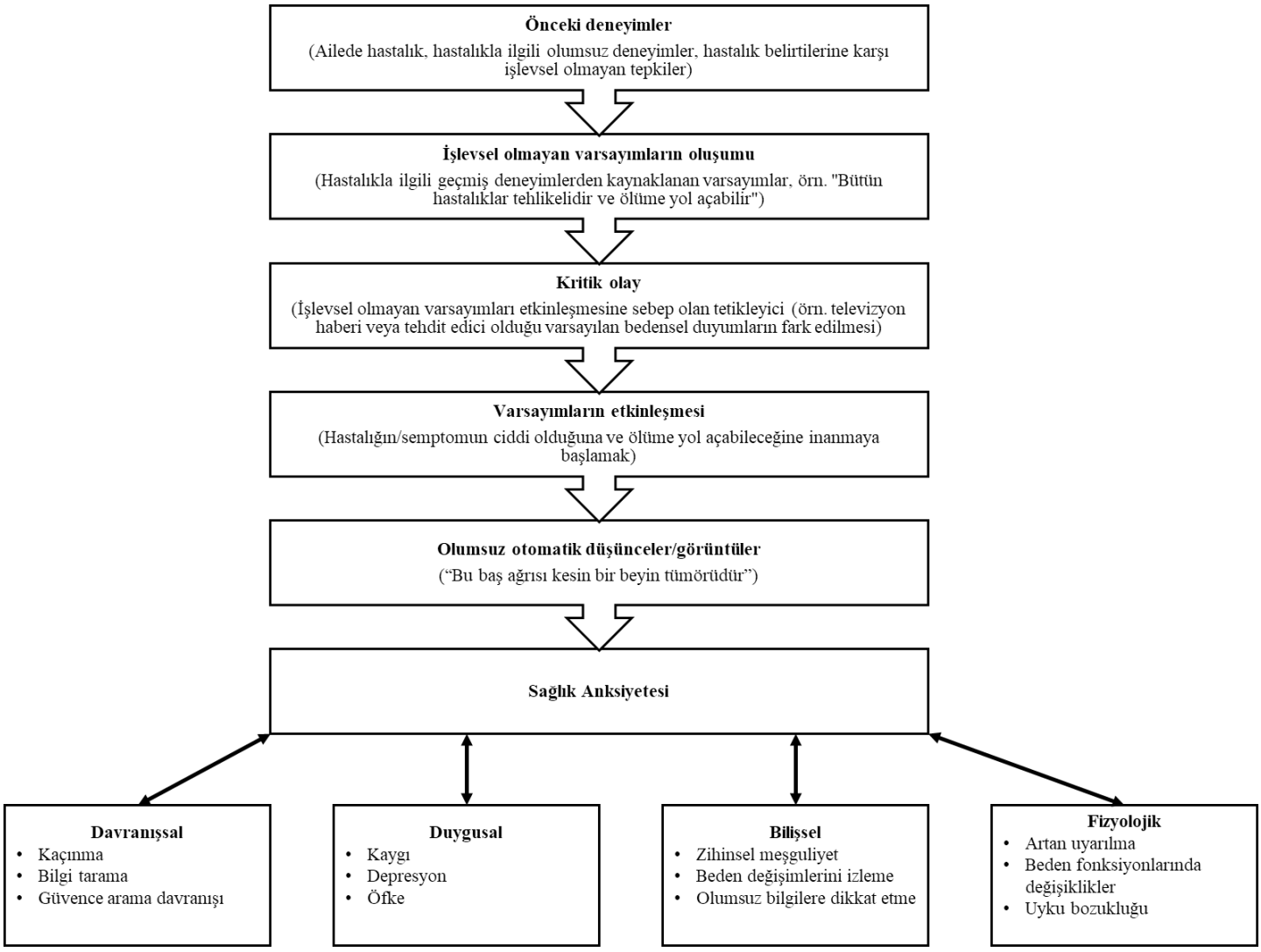
Bilişsel davranışçı terapi modelinde birçok bozukluğa özgü model geliştirildiği görülmektedir. Sağlık anksiyetesini açıklayan yaklaşımlar arasında literatürde en çok desteklenen modellerinden birinin bilişsel davranışçı yaklaşım olduğu görülmüştür. Bilişsel davranışçı yaklaşım, sağlık anksiyetesinin oluşumu, gelişimi ve sürdürülmesinde etkili olan faktörleri açıklamıştır (Salkovskis ve ark., 2003). Sağlık anksiyetesi gelişimi için, modelin başlangıç noktası, genellikle çocuklukta (örneğin bir aile üyesinin ciddi şekilde hastalanması veya ölmesi) sağlık ve hastalık hakkında işlevsiz inançlara yol açan sağlıkla ilgili geçmiş deneyimlerdir. Bu deneyimlerin bireyin olumsuz erken dönem yaşantıları, aile içi deneyimlerinden veya hasta ebeveynlerin hastalık süreçlerinden ileri gelen öğretileri kapsadığı öne sürülmüştür (Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014). Bu bulgular, şiddetli sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin çocukluklarında daha fazla ciddi hastalık, şiddet ya da yaralanma deneyimlemiş veya gözlemlemiş olduğunu ortaya koymuştur (Noyes ve ark., 2002). Bu deneyimlerle birlikte gelişen işlevsel olmayan

inançlar, gelecekteki sağlık tehditleri hakkında nasıl düşünüleceği ve sürecin yönetileceği konusunda esnek olmayan bir çerçeveden oluşan inançlardır (Thorgaard ve ark., 2018).

Sağlık anksiyetesi yaşayan bir hastada işlevsiz bir varsayım örneği olarak, "iyi olduğumdan emin olmanın tek yolu tıbbi testler yaptırmaktır" veya "belirtiler her zaman ciddi bir hastalığın belirtisidir" gösterilmektedir. Bu inançlar, belirli bir uyaran tarafından tetiklenmedikçe uyku halinde olduğu belirtilmiştir. Bahsedilen tetikleyiciler, dışsal (örneğin bir haber raporu) veya içsel (örneğin hızlı bir kalp atışını fark etmek) olabilmektedir. İşlevsiz inançlar tetiklendiğinde, olayın bir sağlık tehdidi olarak yorumlanmasına neden olarak, hastalık hakkında olumsuz otomatik düşüncelere (sözlü bilişler ve zihinsel görüntüler dahil) yol açtığı bulunmuştur. Bilişsel davranışçı modele göre bütün bireyler çeşitli işlevsiz inançlara sahiptir. Ancak sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde bu inançlar, tehdit edici olmayan veya belirsiz olayları tehdit edici olarak yanlış yorumlamalarına veya gerçek tehditlere, sıkıntıyı abartacak şekilde yanıt vermelerine neden olmaktaıdır. Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler için otomatik düşünceler olumsuz düşünceyi güçlendirmeye ve varolan kaygının şiddetinin artmasına sebep olmaktadır (Marcus, Gurley, Marchi ve Bauer, 2007).

Bu açıdan bakıldığında sağlık anksiyetesi, zararsız bedensel duyumların ciddi veya ölümcül bir hastalığın belirtileri olduğu şeklindeki yanlış yorumlamalardan kaynaklanır. Tehditlere karşı artan dikkat (özellikle sağlıkla ilgili tehditler), tehdit edici anıların birikmesi ve bilişsel önyargılar dahil olmak üzere diğer bilişsel faktörlerin de sağlık anksiyetesinin sürdürülmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Rachman, 2012). İstenmeyen, araya giren görüntüler de endişe uyandırabilir ve sağlık anksiyetesine katkıda bulunabilir; bu görüntüler tipik olarak geleceğe odaklanır ve hastalık veya ölüm temalarına sahiptir (Muse, McManus, Hackmann, Williams ve Williams, 2010; Wells ve Hackmann, 1993). Hastalıkla ilgili sürekli endişe ile birlikte işlevsiz inançlar, kaygıyı azaltmak için uyumsuz başa çıkma davranışlarına (örneğin, güvence arama, kaçınma, kontrol etme davranışları, ilaç kullanımı, bilgi arama) neden olur (Abramowitz ve Moore, 2007; Taylor ve Asmundson, 2004). Amaçlananın aksine, bu güvenlik davranışları işlevsel değildir ve bunun yerine sağlık anksiyetesinın sürdürülmesinden kısmen sorumludur (Rachman, Radomsky ve Shafran, 2008). Güvenlik davranışları, kaygının kendi kendine sönmesine engel olarak, yanlış inançların ve yorumlamaların

yanlışlanmasına engel olarak ve sağlık ile ilgili meşguliyeti artırarak sağlıkla ilgili kaygıların sürdürülmesine katkıda bulunur (Salkovskis, 1991). Warwick ve Salkovskis (1990) tarafından sunulan sağlık anksiyetesinin bileşenleri, aşağıdaki şemada ayrıntılı biçimde açıklanmaktadır:



Şekil 2. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli (Warwick ve Salkovskis, 1990)

1.3.7. Sağlık Anksiyetesinin Tedavisi

Şiddetli ve kronik vakalarda sağlık anksiyetesinin kişi için zorlayıcı sonuçları olduğuna dair bulgular ortaya konmıştur (olde Hartman ve ark., 2009). Yetişkinlerle yürütülen bir çalışmada, bilişsel davranışçı terapinin sağlık anksiyetesi için etkili bir müdahale yöntemi olduğu bulunmuştur (Cooper, Gregory, Walker, Lambe ve Salkovskis, 2017). Bahsedilen etki, semptomlarda azalma ile birlikte bireylerin iyi oluşunu desteklemesi ile açıklanmıştır. Ancak sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler, semptomlarının nedeninin fizyolojik olduğuna inanabilecekleri için genellikle terapiye katılmakta isteksizdirler (Warwick, 1989). Bu durum terapide güvensizlik ve direnci beraberinde getirebilmektedir.

BDT, duygusal sıkıntıya neden olan uyumsuz bilişleri belirlemek, değiştirmek ve azaltmak amacıyla, bilimsel bir yaklaşım kullanarak bu sorunları ele almaktadır. Bu tür bilişlerdeki azalmaların uyumsuz sürdürme davranışlarını da azalttığına inanılmaktadır (Hofmann, Sawyer ve Fang, 2010). BDT duygusal rahatsızlığı sürdüren çarpık düşünce kalıplarını ve işlevsiz davranışları ele almak için çeşitli teknikleri kullanan yüksek düzeyde yapılandırılmış bir müdahale olarak tanımlanmaktadır. Sosyalleşme, bilişsel-davranışçı modelin hastaya sunulduğu ve terapi hedeflerinin belirlendiği terapötik süreci başlatmaktadır (Wells, 1997). Sözel ve davranışsal yeniden yapılandırma teknikleri daha sonra bilişlere ve ilgili bakım davranışlarına meydan okumak için kullanılmaktadır. Akut semptomlar çözüldüğünde, terapi, nüks olasılığını azaltmak amacıyla altta yatan işlevsiz şemalara meydan okunmaktadır (Beck ve Tompkins, 2007).

Tüm bunların ötesinde, başarılı bir müdahale için terapötik ittifak oluşturmanın çok önemli olduğu belirtilmektedir. Terapistin, hastanın endişelerini/sıkıntısını kabul etmesi gerektiği ve hastanın hastalığı taklit ettiğine veya abarttığına ve 'sadece kişinin kafasında olmadığına' inanmadığına dair hastaya güvence vermesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (Warwick, 1989). Vaka formülasyonunu takiben, olumsuz inançlarının geçerliliğini sorgulamaya, kanıt/karşıt kanıtları değerlendirmeye ve sorunları hakkında daha uyumlu düşünme yöntemleri geliştirmeye teşvik etmek için bilişsel/davranışsal teknikler ve yeniden yapılandırma teknikleri kullanılmaktadır (Warwick, 1989; Wells, 1997).

1.4. İnternette Sağlık Bilgisi Arama Davranışı

İnternet, 2012 itibariyle dünya çapında tahmini 2,4 milyar kullanıcıyla (on yıl öncesine göre %566 artışla; Miniwatts Marketing Group, 2013) her tür bilgi için en önemli kaynaktır. Çevrimiçi sağlıkla ilgili hizmetler ve bilgiler tüketiciler için faydalı olabilmektedir. İnternet, sağlık hizmetleri bilgilerine erişmek için hızlı ve uygun bir yöntem olarak görülmekte (Gray, Klien, Noyce, Sesselberg ve Cantrill, 2005) ve doktorlara danışma ihtiyacını azaltmaktadır (Fox ve Duggan, 2013). Ayrıca, çevrimiçi sağlık kaynaklarını kullanmanın anonimlik/gizlilik (Gray ve ark., 2005; Robinson, Patrick, Eng ve Gustafson, 1998), maliyetin düşük olması (Goldzweig, Towfigh, Maglione ve Shekelle, 2009), daha iyi/daha verimli sağlık hizmeti iletişimi vb. (Buntin, Burke, Hoaglin ve Blumenthal, 2011) gibi avantajları vardır.

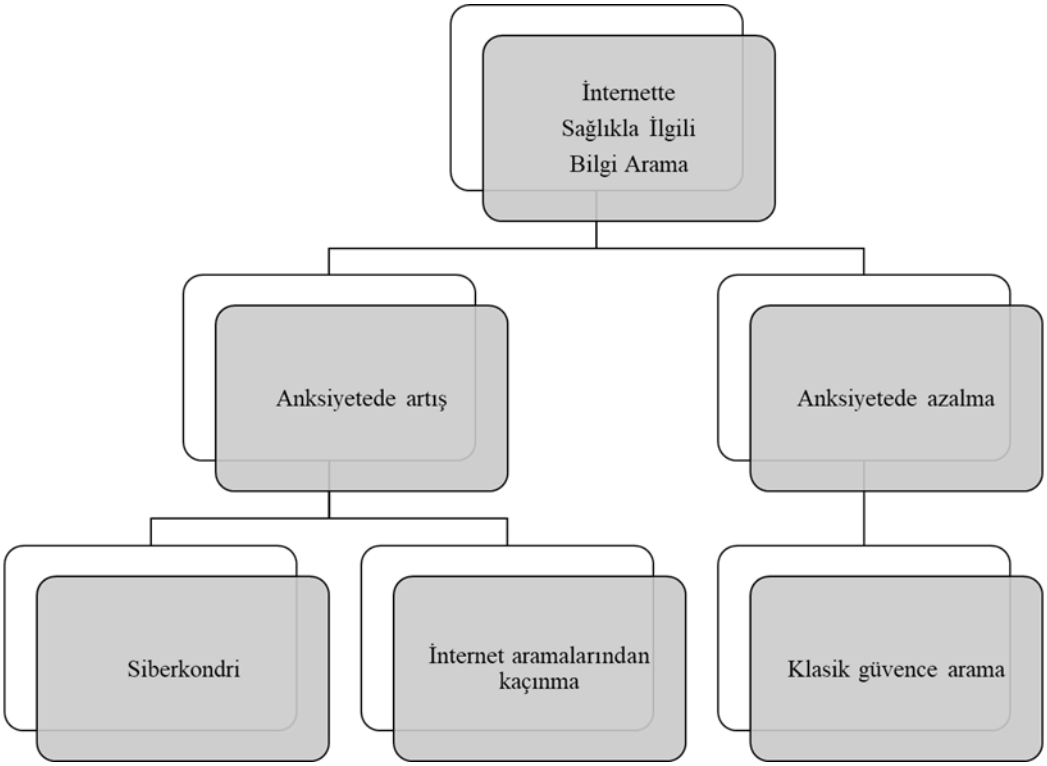
Bu bilgiler, çevrimiçi sağlık bilgilerinin hem hastalar hem de profesyoneller için faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Bu belirgin faydalara rağmen, çevrimiçi sağlık bilgilerinin neden olduğu potansiyel zararlar söz konusudur (Cline ve Haynes, 2001). Yapılan çalışmalar, çevrimiçi sağlık bilgilerinin bolluğu ve düzensizliğinin bazı riskler taşıdığı göstermiştir (LaPerriere, Edwards, Romeder ve Maxwell-Young, 1998; McKinney, Cattermole ve Oliver, 1999). Örnek olarak inandırıcılıktan yoksun bilgiler (Gagliardi ve Jadad, 2002; Marra, Carleton, Lynd, Marra, McDougal, Chow ve McKerrow, 1996) ve bu bilgilerin kaygıyı şiddetlendirmesi (Harding, Skritskaya, Doherty ve Fallon, 2008; White ve Horvitz, 2009) gösterilmiştir. Bu tür olumsuz sonuçların, profesyonel hastane ortamı dışındaki sıradan bir kullanıcı için daha olası olduğu bulunmuştur (Fox, 2013).

Güvence arama, sağlık anksiyetesinin sürdürülmesinde rol oynayan, sağlıkla ilgili İnternet kullanımı şeklinde kendini gösterebilen önemli bir faktördür. İnterneti bir güvence arayışı biçimi olarak kullanmanın, sağlık anksiyetesi yaşayam bireylerde yaygın olduğu düşünülmektedir (Wells, 1997). Aşırı güvence arayışının, sağlık bilgilerini arama amaçlı orantısız internet kullanımına neden olması özellikle muhtemeldir (White ve Horvitz, 2009) Ancak herhangi bir yaygın fiziksel semptomu bir İnternet arama motoruna yazmak, bir dizi ciddi durumla sonuçlanabilmektedir.

1.4.1. Siberkondri Tanımı

İnternette baş ağrısı ile ilgili arama yapmak kişiyi ya beyin tümörü gibi ölümcül olabilecek bir durumu olduğuna ikna olmaya ya da kafein yoksunluğu gibi ciddi olmayan bir sonuca götürebilmektedir. İnternet aramaları sonucu ulaşılan bu iki olası sonuç, siberkondri ile yakından ilgilidir. Kişilerin baş ağrısından yola çıkarak yaptıkları İnternet aramaları sonucunda beyin tümörü gibi ihtimallere odaklanarak daha fazla kaygı yaşamaya başlaması, siberkondriyi düşündürtmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiler için internette aşırı veya tekrarlanan aramalarla artan sağlık anksiyetesi veya sıkıntı, siberkondri olarak adlandırılır (Starcevic ve Berle, 2013). Çevrimiçi sağlık bilgisi arama ile siberkondri arasındaki ayrım, davranışın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgilidir. Yani, siberkondri yalnızca çevrimiçi sağlık bilgisi aramakla sınırlı olmayıp,aynı zamanda sıkıntı ve endişeye yol açan aşırı aramaları içerir.

Starcevic ve Berle'nin (2013) sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerde İnternette sağlıkla ilgili bilgi aramanın yarattığı sonuçları açıkladığı model aşağıda belirtilmiştir:



Şekil 3. Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerde İnternette sağlıkla ilgili bilgi aramanın yarattığı sonuçlar

Çevrimiçi sağlık bilgisi arama kendi başına "uyumsuz" olmasa da, siberkondri, çevrimiçi ortamda aşırı miktarda zaman geçirmeyi ve aramadan sonra anksiyetede artış yaşamayı içerir. Siberkondrinin sürdürülmesine katkıda bulunan bir faktör, çevrimiçi sağlık bilgilerinin belirsizliğidir. Bu bilgiler genellikle yanlış, yanıltıcı veya eksiktir (Eysenbach ve ark., 2002).

Yapılan araştırmalar, daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesinin, sağlıkla ilgili bilgileri aramak için İnternet kullanımının artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yani, daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olan kişiler, çevrimiçi sağlık destek gruplarını ve/veya sağlıkla ilgili İnternet sitelerini daha sık kullanmaktadırlar (Bajcar, Babiak ve Olchowska-Kotala, 2019).

Yanlış teşhislere ve tedavilere giden arama sonuçları, İnternet'teki bilgi kirliliğinin sebep olduğu bir durumdur. Yapılan aramalarla ulaşılan bilgiler, sağlık hizmetleriyle aşırı meşguliyet nedeniyle gereksiz endişeye ve sağlık masraflarında artışa neden olabilmektedir. Resmi bir teşhis olmamasına rağmen, tıbbi semptomlarına cevap arayan bireylerin kendilerinde ciddi bir tıbbi durumları olduğunu düşünmeleri ile açıklanmaktadır. Peterson (2012) İnternet kullanımı günlük hayatın ayrılmaz bir parçası haline geldikçe "siberkondri"nin arttığını söylemektedir.

1.4.2. Siberkondri Kavramının Tarihçesi

"Siberkondri" (cyberchondria) terimi, "siber" (cyber) ve "hipokondriya" (hypochondriasis) kelimelerinin yan yana gelmesiyle türetilmiştir. Bu terim, siber alan ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Oxford sözlüğü siberkondriyi "bazı gerçek veya hayali hastalık semptomlarını takıntılı şekilde araştıran kişi" ("siberkondri", 1990) olarak tanımlamaktadır ve bu tanımın kökenini 1990 yılı olarak belirtmektedir.

Sözlük tanımına rağmen literatürde "siberkondri" teriminin kim tarafından ortaya atıldığı veya ilk ne zaman kullanıldığına dair bir fikir birliği yoktur. Starcevic ve Berle (2013), daha önce açıklanan bu terimin Wall Street Journal'daki 1999 tarihli bir makalede kullanıldığını belirtmektedir. İlerleyen yıllarda ise birçok popüler gazetede (Sunday

Times, The Independent, BBC) bahsi geçmiş ve ilgi görmeye başlamıştır (Usborne, 2009).

Bu gazetelerde anlatılan vakalardan biri Catherine vakasıdır. Catherine kas seğirmesi yaşamış ve bu belirtiyi İnternetten araştırmıştır. Araştırmaları sonucunda, Creutzfeldt-Jakob hastalığının semptomlarından birinin kas seğirmesi olduğunu bulmuş ve bu durumu bu hastalığa sahip olabileceği şeklinde yanlış yorumlamıştır (Senelick, 2011).

Siberkondri terimi 2000 yılından itibaren bilimsel alanda değerlendirilmeye başlamıştır. Ancak günümüzde siberkondri, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM) geçen resmi bir tanı değildir.

1.4.3. Siberkondrinin Bilişsel Davranışçı Modeli

Sağlık bilgilerine çevrimiçi olarak ulaşmanın yarattığı önemli zorluklarından biri siberkondridir. Bir çeşit kompulsiyon olarak tanımlanan siberkondri, İnternette sağlık bilgisi aramanın bir sonucudur (Fergus ve Spada, 2017).

Sağlıkla ilgili İnternet kullanımı ile sağlık anksiyetesi arasındaki olası bir ilişki, hem klinisyenler hem de araştırmacılar tarafından gündeme getirilmektedir. Bilişsel davranışçı modele göre, çevrimiçi sağlık bilgisi aramak, kişileri belirsizliği artıran çelişkili bilgilere maruz bırakarak sağlıkla daha çok meşgul olmaya ve kaygıda artışa sebep olabilmektedir (Warwick, 1989). İnterneti hastalığın varlığını kanıtlamak veya çürütmek amacıyla bir güvence arayışı yöntemi olarak kullanmanın sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde yaygın olduğu düşünülmektedir (Wells, 1997). Bazı araştırmacılar, "hipokondriyakların" yaklaşık %90'ının İnternete veya çevrimiçi kaynaklara erişim sağladığında sağlık bilgisi aradığını ve bu olası ilişkiyi tanımlamak için "siberkondri" teriminin ortaya çıktığını belirtmektedir (White ve Horvitz, 2009).

Siberkondri ile ilgili teoriler, sağlıkla ilgili İnternet kullanımının sağlık anksiyetesine katkıda bulunabileceği çeşitli yollar önermektedir. Örneğin, İnterneti sağlık bilgisi elde etmek için kullanmak, bir bireyi endişe verici veya korkutucu bilgilere maruz bırakarak sağlık anksiyetesini tetikleyebilir, böylece pasif durumda olan işlevsiz inançlar aktive olarak olumsuz otomatik düşünceleri ortaya çıkarır. Bir kez tetiklendiğinde, sağlık

anksiyetesi olan bireylerin sıkıntı veren bilgiler hakkında derin derin düşünmeleri daha olasıdır (Marcus, Hughes ve Arnau, 2008); İnternetin pratikliği, sağlık bilgilerinin daha uzun sürelerle ve daha sık araştırılmasına izin verir. Bu da ruminasyon ve hastalıkla meşguliyetle birlikte kaygıda daha fazla artışa yol açtığı görülmüştür.

Hastalığa dair inançlar aktive olduğunda, kişi çevrimiçi sağlık bilgilerinden güvence almaya çalıştığı belirtilmiştir. İnternet'in pratik kullanımı, bu tür bir güvence arama davranışının daha sık yapılmasını sağlamaktadır. Kişi, daha çok bilgiye ulaştıkça hastalıkla ilgili meşguliyeti artar (Wells, 1997).

İnternetin sağlık bilgileri için kullanılmasının sağlık anksiyetesinin gelişimine ve sürdürülmesine katkıda bulunma potansiyeline rağmen, sağlık anksiyetesinin internetin sağlık amaçlı kullanımıyla nasıl ilişkili olduğunu özel olarak ele alan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Eastin ve Guinsler (2006), sağlık anksiyetesi, İnternette sağlık bilgisi arama ve hasta sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sağlık anksiyetesi yaşayan katılımcılar, doktora daha sık gittiklerini ve çevrimiçi arama yaptıktan sonra doktordan randevu alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışma, sağlık anksiyeteli bireylerin çevrimiçi okudukları bilgilere tepki verme biçimlerinde bir fark olduğunu göstermiştir.

1.4.4. COVID-19 Pandemisinde Siberkondri

İnternetin ortaya çıkması ile bilgi kirliliği artmış ve bu durum gerçek dünyada çeşitli sorunlara sebep olmuştur. İnternetteki bilgilerin çeşitliliği, kullanıcıların güvenilir bilgileri şüpheli veya kötü niyetli içerikten ayırt etmesini zorlaştırmaktadırr. Bu durum, COVID-19 pandemisi sırasında, aldatıcı ve kötü niyetli içeriklerin yayılması ile tekrar gündeme gelmiştir. Bilgilere kolay ulaşımla birlikte artan bilgi kirliliği ve aldatıcı bilgilerin yayılması infodemi olarak adlandırılmaktadır. Çok çeşitli bilgilerin ve doğru olmayan içeriklerin hızlı ve geniş çapta yayılması, COVID-19 pandemisinin büyümesine infodeminin eşlik ettiğini doğrular niteliktedir (Zarocostas, 2020).

Arora ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 korkusunun gelişiminin psikososyal sürecini anlamak için koronafobi modelinde yer alan dışsal risk faktörlerinden biri "infodemi" kavramıdır. İnfodemi, COVID-19 salgını sırasında tekrar gündeme gelen bir

kavram olmuştur. Bu kavram, bilgi (information) ve salgın (pandemic) kelimelerinin bir araya gelmesi ile türetilmiştir (Hua ve Shaw, 2020).

Sosyal psikolog Serge Moscovici (2015), henüz yeterince bilmediğimiz ve ilgimizi çeken bir fikir, nesne veya fenomenle karşılaştığımızda onu anlama, tanıdık bir bağlama yerleştirme ihtiyacı hissettiğimizi belirtmiştir. Bu sebeple, milyonlarca insan, pandemi sırasında yeni koronavirüs hakkında bilgi için web'de aramalar yapmaya başladığı gözlemlenmiştir. Pan Amerikan Sağlık Örgütü'ne göre Nisan 2020'de YouTube'a 30 günde "COVID-19" ve "COVID 19" başlıklarıyla 361 milyon video yüklenmiştir. Mart 2020'de yaklaşık 550 milyon tweet koronavirüs, COVID-19 veya pandemi terimlerini içermiştir. Genel olarak, aramalar diğer konuların yanı sıra dünya çapında salgın, hükümetler tarafından alınan sosyal önlemler, ölüm sayısı, etkili müdahaleler, insanların sosyal ağlar hakkındaki görüşleri ile ilgili verileri içerdiği görülmüştür. Ancak bilgi salgını karşısında çok az sayıda yayın net ve güvenli olduğu bildirilmektedir. İçeriklerin büyük çoğunluğu, özellikle virüsün kökeni, bulaşma yolları ve tedavi yöntemleri ile ilgili olarak yanlış ve yanıltıcıdır (Gottlieb ve Dyer, 2020).

Starcevic ve arkadaşları (2020), COVID-19 pandemisi sırasındaki siberkondri modelini ortaya koymuştur. Bu modelde siberkondri, tehdit algısını daha olası kılan ve pandemi kaynaklı belirsizlikle başa çıkmayı zorlaştıran çeşitli biyolojik ve psikolojik faktörlerle açıklanmıştır. COVID-19 yeni tanımlanmış ve yeterince anlaşılmamış bir hastalık olması sebebiyle, COVID-19 ile ilgili bilgilerin çevrimiçi olarak aranması, hastalığın getirdiği tehdit ve belirsizliğin olağan bir sonucudur. COVID-19 ile ilgili çevrimiçi bilgilerin fazlalığı ve gereksiz bilgileri filtreleme zorluğu, çevrimiçi aramaları daha da karmaşık hale getirmektedir. Gerekli ve güven veren bilgiyi bulamamak, daha fazla korku ve sıkıntıya yol açar, bu da tehdit ve belirsizlik algısını güçlendirmektedir. Siberkondri, daha fazla zorlayıcı çevrimiçi arama ve güvence arama yoluyla korkuyu artıran bir sarmalda kendini sürdürmüş olur (Arora ve ark., 2020).

1.5. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar, Sağlık Anksiyetesi, Siberkondri ve COVID-19 Korkusu

Yapılan çalışmalarda, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondrinin ilişkili olduğuna yönelik bazı kanıtlar bulunmuştur (Baumgartner ve

Hartmann 2011; Muse ve ark., 2012). Söz konusu çalışma bulguları, İnternetin sağlıkla ilgili aramalar için kullanımının yaygın ve popüler olduğunu, ancak bu durumun kullanıcılar için potansiyel olarak tehlikeli olabileceğini göstermektedir. Bilişsel davranışçı model teorisi, özellikle sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin bu tehlikelere karşı daha savunmasız olabileceğini öne sürmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlıkla ilgili işlevsiz inançların, sağlık anksiyetesi ve siberkondriye katkıda bulunduğu öne sürülmüştür (Fergus 2014; Fergus ve Dolan, 2014). Ek olarak, sağlık anksiyetesi ve siberkondri, COVID-19 korkusu için zemin oluşturmaktadır (Olatunji ve ark., 2007; Salkovskis, Rimes, Warwick, ve Clark, 2002). Bununla birlikte, sağlık anksiyetesinin İnterneti sağlık bilgileri için kullanmayla nasıl ilişkili olduğu konusunda çok az araştırma yapılmıştır. (Sutter, 2011). Örneğin, İnternetin sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler tarafından nasıl kullanıldığı, aramadan önce, arama sırasında veya arama sonrasında İnternetin sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler üzerindeki etkisi, sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler İnterneti bir sağlık bilgisi kaynağı olarak nasıl değerlendikleri gibi faktörler hakkında çok az şey bilinmektedir. Bunların yanı sıra, bu güne kadar yapılan çalışmalarda, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisini bir aracılık modeli ile ele alınmamıştır.

1.6. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin seri aracılık etkilerini incelemektir. Çalışmanın bağımsız değişkeni sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, bağımlı değişkeni COVID-19 korkusu, aracı değişkenler ise sırasıyla sağlık anksiyetesi ve siberkondridir.

Bu amaç doğrultusunda katılımcıların demografik bilgileri alınmış, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları ölçülmüş, siberkondri ve sağlık anksiyetesi seviyelerinin araştırması yapılmış ve ardından COVID-19 Korkusu Ölçeği uygulanmıştır.

Yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

Hipotez 1: Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, COVID-19 korkusunun anlamlı bir yordayıcısıdır.

Hipotez 2: Siberkondri, COVID-19 korkusunun anlamlı bir yordayıcısıdır.

Hipotez 3: Sağlık anksiyetesi, siberkondrinin anlamlı bir yordayıcısıdır.

Hipotez 4: Sağlık anksiyetesi, COVID-19 korkusunun anlamlı bir yordayıcısıdır

Hipotez 5: Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesinin anlamlı bir yordayıcısıdır.

Hipotez 6: Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, siberkondrinin anlamlı bir yordayıcısıdır.

Hipotez 7: Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu arasında sağlık anksiyetesinin aracı etkisi vardır.

Hipotez 8: Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu arasında siberkondirinin aracı etkisi vardır.

Hipotez 9: Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde, sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin seri aracılık etkileri vardır.

Literatür taraması sonucunda araştırmada ölçümlenen dört değişkenin aynı anda incelendiği araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin seri çoklu aracılık rolünü konu alan bir çalışmanın bulunmaması, bu çalışmanın en önemli ve en özgün yönüdür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, iki aracılığın aynı anda incelenmesi için Hayes modellerinin kullanılması nadir rastlanan yöntemlerden birisidir.

Araştırma kapsamında ele alınan değişkenlerin (sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondri, COVID-19 korkusu) etkileri, hem çoklu regresyon analizi hem bütünleşik tek bir yapısal modelde ayrı ayrı incelenmiştir. Bu nedenle çalışmanın analiz yönteminin çok güçlü olduğu düşünülmektedir.

Ek olarak siberkondrinin önerilen teorik modellerine rağmen, siberkondrinin gelişimi için risk faktörlerini araştıran çok az sayıda araştırma vardır (Starcevic ve Berle,

2015). Aynı sınırlılık, COVID-19 korkusu için de söz konusudur (Tanner, 2020; Taylor ve ark., 2020). Özetle, literatürde, COVID-19 ile pek çok yayın olup, bu salgının özellikle psikolojik etkisi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu sebeple, bu çalışmada COVID-19 hastalığı korkusunu etkileyen faktörlerin ve bu faktörleri belirleyen psikiyatrik değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır. Bu sayede mental sağlığı korumaya yönelik önlemlerin alınması, gerekli tedavi edici stratejilerin uygulanabilmesi, gelecekte olası benzer durumlar için yol gösterici olabilmesi, bunların yanı sıra sürece akademik anlamda katkı sağlanması amaçlanmıştır.

1.7. Varsayımlar

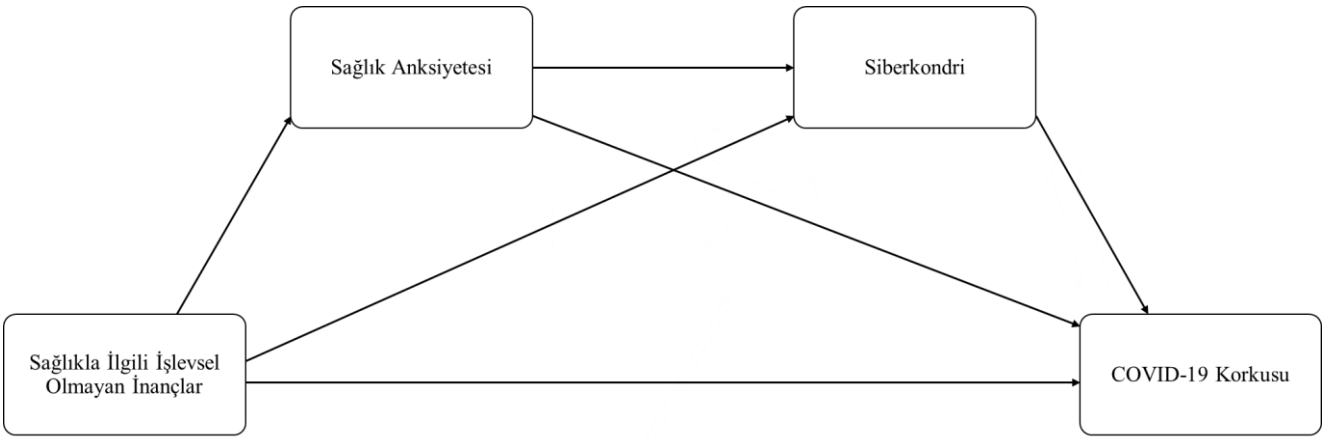
Araştırmanın varsayımları şunlardır:

1. Araştırmanın örneklemini oluşturan kişiler, araştırma evrenini doğru şekilde temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Ankete katılan gönüllülerin yanıtlarını doğru bir şekilde verdikleri varsayılmıştır.
3. Anket soruları, ulaşılmak istenen sonuçları ölçebilmek açısından yeterli olduğu varsayılmıştır.
4. Araştırmada kullanılacak olan ölçme araçlarının değişkenler arasındaki seri aracılık ilişkisini ölçeceği varsayılmıştır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondri ve COVID-19 korkusu ilişkilerinde seri aracılık etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bağımsız değişkeni sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, bağımlı değişkeni COVID-19 korkusu, aracı değişkenler ise sırasıyla sağlık anksiyetesi ve siberkondridir. Araştırma Modeli Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Araştırma Modeli

Araştırmada betimsel ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelleri, iki ve daha çok sayıda değişken arasında meydana gelen değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Büyüköztürk ve ark., 2015).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemi 18 – 75 yaş aralığındaki 206 kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, Wolf ve arkadaşlarının (2013) önerdiği kriterler doğrultusunda hesaplanmıştır. olarak Aaraştırmada kartopu örneklem yöntemi kullanılmış ve katılımcılara bu yolla

ulaşılmıştır. Dışlama kriteri olarak şu anda tıbbi bir tanısı olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Katılımcıların, %68,0'ı (n=140) kadın, %32,0'ı (n=66) erkektir. Katılımcıların, %9,7'si (n=20) 17-22 yaş, %35,9'u (n=74) 23-28 yaş, %21,8'i (n=45) 29-34 yaş, %15,5'i (n=32) 35-40 yaş ve %17,0'ı (n=35) 41 yaş ve üzeri yaş aralığındadır. Katılımcıların, %8,7'si (n=18) lise, %51,0'ı (n=15) üniversite ve %40,3'ü (n=83) lisansüstü eğitim durumundadır. Katılımcıların, %18,4'ü (n=38) COVID-19 geçirirken, %81,6'sı (n=168) COVID-19 geçirmemiştir.Son olarak, katılımcıların, %15,0'ı (n=31) 0-2 saat, %47,1'i (n=97) 3-6 saat, %23,8'i (n=49) 7-10 saat ve %14,1'i (n=29) 10 saat üstü günlük İnternet kullanmaktadır. Katılımcıların demografik bilgilerine ait ayrıntılı veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	**Gruplar**	**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	140	62.0
	Erkek	66	32.0
Yaş	17-22 yaş	20	9.7
	23-28 yaş	74	35.9
	29-34 yaş	45	21.8
	35-40 yaş	32	15.5
	41 yaş ve üzeri	35	17.0
Medeni Durum	Bekar	118	57.3
	Evli	84	40.8
	Boşanmış	4	1.9
Eğitim Durumu	Lise	18	8.7
	Üniversite	105	51.0
	Lisansüstü	83	40.3
Psikiyatrik tanı	Evet	13	6.3
	Hayır	193	93.7
Fiziksel Hastalık	Evet	11	5.3
	Hayır	195	94.7

Kronik Hastalık	Evet	28	13.6
	Hayır	178	86.4
COVID-19 Enfeksiyonu	Evet	38	18.4
	Hayır	168	81.6
Günlük İnt. Kullanımı	0-2 saat	31	15.0
	3-6 saat	97	47.1
	7-10 saat	49	23.8
	10 saat üstü	29	14.1

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın çalışma grubuna sırasıyla; Demografik Bilgi Formu (Ek 1), Siberkondri Şiddeti Ölçeği (Kısa Versiyon) (Ek 2), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Ek 3) ve Sağlık Bilişleri Ölçeği (Ek 4) Koronavirüs (COVID-19) Korkusu Ölçeği (Ek 5) uygulanmıştır.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu (Ek 1)

Form, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, daha önceden tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk öyküleri, pandemi sırasındaki çalışma koşulları, süreçte COVID-19 enfeksiyonu geçirip geçirmedikleri, evlerinde yalnız yaşayıp yaşamadıkları, 65 yaşından büyük bir aile üyesi ile birlikte yaşayıp yaşamadıkları, pandemi sürecinde evlerine dışarıdan gelip gitmek zorunda olan kimse olup olmadığı, kronik hastalık öyküleri, birlikte yaşadıkları kimselerde kronik hastalık bulunup bulunmadığı, günlük İnternet kullanım süreleri ile ilgili bilgiler alınmıştır.

2.3.2. Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ)

Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ), McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilmiştir. İnternette sağlık aramaları yapma ile ilişkili anksiyetenin bir şekli olarak tanımlanan siberkondriyi ölçmek için geliştirilmiş olan psikometrik bir ölçektir. SŞÖ 33

soruluk 5'li Likert tipinde (1-Asla, 2-Nadiren, 3-Ara sıra, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman) ve aşağıda belirtilen 5 alt ölçekten oluşmaktadır:

Faktör 1: Zorlantı (compulsion) (3.,6.,8.,12.,14.,17.,24.,25. sorular),
Faktör 2: Aşırı Kaygı (distress) (5.,7.,10.,20.,22.,23.,29.,31. sorular),
Faktör 3: Aşırılık (excessiveness) (1.,2.,11.,13.,18.,19.,21.,30. sorular),
Faktör 4: İçini Rahatlatma (reassurance) (4.,15.,16.,26.,27.,32. sorular),
Faktör 5: Doktora Güvensizlik (mistrust of medical professional) (9.,28.,33. sorular)

5. Faktörü oluşturan 9.,28.,33. sorular ters puanlanmaktadır. SŞÖ kategorik değil sürekli bir ölçektir. Kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanlar toplanarak kişinin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan ne kadar yüksekse siberkondri düzeyi de o kadar yüksek demektir. Literatürde ölçeğin puan ortalaması 60-75 arasında değişmektedir.

Siberkondri Şiddeti Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Uzun ve arkadaşları tarafından (2018) yapılmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin dil ve kapsam geçerliliği sonrası. açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) yapılmıştır. Uzun ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ölçeğin toplam Cronbach Alpha Değeri 0.89 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının Cronbanch Alpha Değeri 0.65 ile 0.85 arasında değişmektedir. Mevcut çalışma için ölçeğin toplam Cronbach Alpha Değeri 0.93 bulunmuş olup alt boyutlar için bu değer 0.72 ile 0.92 arasında değişmektedir.

2.3.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) (Ek 3)

Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilen Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Health Anxiety Inventory) sağlık anksiyetesinin, sağlıkla ilgili düşük şiddetli bir endişeden yüksek şiddete kadar tüm şiddet aralığına duyarlı bir öz bildirim ölçeğidir.

Kısa formda 18 madde bulunmaktadır ve 4'lü Likert tipindedir. Ölçek maddeleri Gövde ve Hastalığın Negatif Sonuçları olmak üzere 2 alt boyutu temsil etmektedir. Alt boyutlardan ve ölçeğin toplamından alınan puanların artması sağlık anksiyetesinin yükseldiği anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık değeri Gövde boyut için .89 ve

Hastalığın Negatif Sonuçları boyutu için .72 olarak bulunmuştur. Hem klinik hem de klinik olmayan sağlık anksiyetesine uygulanabilir bu ölçeğin, sağlık anksiyetesini ayırt edebildiği belirtilmiştir (Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark, 2002).

Ölçeğin kısa versiyonunun Türkçe uyarlama çalışması, Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2012) tarafından yapılmıştır. Gerçekleştirilen uyarlama çalışmasında, ölçek orijinalinde olduğu gibi iki boyutlu 18 maddelik bir yapıdadır. İç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunan ölçeğin test tekrar test güvenirliği .57 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bedensel belirtilere yönelik kaygıyı değerlendirmeye uygun olduğu da ortaya konmuştur (Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz, 2012). Mevcut çalışmada Cronbach Alfa değeri 0.88 bulunmuştur. Ölçeğin Gövde alt boyutu için bu değer 0.88, Hastalığın Olumsuz Sonucu ile ilgili alt boyutu içinse 0.70 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Sağlık Bilişleri Ölçeği (Ek 4)

Sağlık Bilişleri Ölçeğinin, orijinal formu Heather D. Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipinde (Hiç katılmıyorum 1, Çok katılmıyorum 2, Kararsızım 3, Biraz Katılıyorum 4, Tamamen katılıyorum 5) hazırlanmıştır. 4 faktörlü yapıda ve 20 sorudan oluşmaktadır. Bu 4 faktör ve soru sayıları sırasıyla;

1. Hastalık Olasılığı (8, 12, 5, 3),
2. Hastalığın Korkunçluğu (1, 17, 14, 13),
3. Hastalık İle Başa Çıkma Zorluğu (10,2,4,19,9,20,6,16),
4. Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği (15,7,18,11) şeklinde oluşturulmuştur.

Ölçeğin orijinal formu geliştirilirken iç tutarlılık, madde puanlarının temelinde hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin 4 faktörlü yapısının iyi uyum verdiği görülmüştür. Sağlık Bilişleri Ölçeği'nin güvenirliğini test etmek amacıyla Cronbach's Alpha İç Tutarlık Güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda Sağlık Bilişleri Ölçeği'nin iç tutarlık katsayıları Hastalık ile Başa Çıkma Zorluğu alt boyutu için 0.84, Hastalık Olasılığı alt boyutu için 0.75, Hastalığın Korkunçluğu alt boyutu için 0.77 ve Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği alt boyutu için ise 0.65 şeklinde hesaplanmıştır.

Sağlık Bilişleri Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Altay ve Yüksel (2018) tarafından yapılmıştır. Sağlık Bilişleri Ölçeği'nin her bir maddenin tüm maddeler ile ilişkilerini değerlendiren madde toplam korelasyon sayılarına bakıldığında .47 ile .84 arasında değişim gösterdiği görülmüştür. Bu oranlar ise istatistiksel olarak anlamlıdır. Sağlık Bilişleri Ölçeği'nin güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha İç Tutarlık Güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına göre Sağlık Bilişleri Ölçeği'nin iç tutarlık katsayıları Hastalık ile Başa Çıkma Zorluğu alt boyutunda 0.84, Hastalık Olasılığı alt boyutunda 0.75, Hastalığın Korkunçluğu alt boyutunda 0.77 ve Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği alt boyutunda ise 0.65 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre Sağlık Bilişleri Ölçeği Alt boyutlar ölçeğin bütünüyle anlamlı ve güvenilirdir.

Mevcut çalışmanın analiz sonuçlarına göre ise Sağlık Bilişleri Ölçeği'nin iç tutarlık katsayıları Hastalık ile Başa Çıkma Zorluğu alt boyutunda 0.85, Hastalık Olasılığı alt boyutunda 0.71, Hastalığın Korkunçluğu alt boyutunda 0.79 ve Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği alt boyutunda ise 0.73 olarak hesaplanmıştır.

2.3.5. COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ) (EK-5)

Ahorsu ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. 717 İranlı katılımcı örneklem olarak alınmıştır. 7 maddeden oluşan likert tip ölçektir. Her seçenek 1'den 5'e derecelendirilmiştir. Toplam puan 7-35 arası değerlendirilmektedir ve skor ne kadar yüksek olursa COVID-19 korkusunun o kadar yüksek olacağını öngören bir puanlama sistemine sahiptir. Geliştirilmesi sırasında Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ile Hastalığa Karşı Algılanan Hassasiyet Ölçeği'nden eşzamanlı geçerliliği ölçmek amacıyla (?) yararlanıldığı belirtilmiştir (Aharsu ve ark., 2020). Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Satıcı ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır.

2.4. İşlem

Kullanılacak ölçme araçlarının 05.03.2021 tarihinde T.C Maltepe Üniversitesi Etik Kurulunca onaylanmasının ardından internet ortamına aktarılan araştırmanın değişkenlerine ait ölçekler ve demografik bilgi formu katılımcıların erişimine sunulmuştur.

Araştırmanın verileri internet üzerinden oluşturulan anket sistemi (https://docs.google.com/forms/u/0/) ile online olarak toplanmıştır. Anketin doldurulması 15-20 dakika aralığında sürmüştür. Katılımcılara anket link aracılığıyla ulaştırılmıştır. Araştırma gönüllülük esasına dayandırıldığı için ilk sayfada belirtilen "gönüllü katılım formu" nu okuyup imzaladıktan sonra katılımcıların ölçekleri doldurması sağlanmıştır.

2.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

İstatistiksel analizler için Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı'nın (SPSS) 24.0 sürümü kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum), yanı sıra niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları basıklık ve çarpıklık değerlerinin kesme noktaları (sınırları) çarpıklık (Skewness) değerleri ile sınanmıştır. Araştırmada kullanılacak değişkenlerin katılımcıların demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş ve günlük İnternet kullanımı) göre farklılaşmasına yönelik bağımsız gruplar t-test, Kruskal Wallis ve One Way ANOVA analizlerinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası etkiyi belirlemek için regresyon analizi yapılmıştır. Aracılık etkisini ölçmek için ise Hayes tarafından geliştirilmiş PROCESS makrosundan yararlanılmıştır. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

Bulgular bölümünde, ilk olarak verilerin düzenlenmesine ilişkin adımlar açıklanmıştır. Verilerin düzenlenmesinde normallik dağılımlarına bakılarak aykırı ve uç değerleri tespit edilmiş, daha sonrasında normalliği bozan veriler veri setinden çıkartılmıştır. Normal dağılım için basıklık ve şişkinlik değerlerine bakılmıştır. Ardından araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimsel istatistiklere ve ölçeklere güvenirlik analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Güvenirliği belirlemek için içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) kullanılmıştır.

İkinci olarak araştırmada kullanılacak sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondri ve COVID-19 değişkenlerinin cinsiyet, yaş ve günlük İnternet kullanımı durumuna göre farklılaşmasına yönelik bağımsız gruplar t-test, Kruskal Wallis ve One Way ANOVA analizlerine yer verilmiştir. Ardından bağımsız değişkenler arasında oluşabilecek olası çoklu bağlantı sorununun önüne geçebilmek için yapılmış olan korelasyon katsayılarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Sonrasında araştırmada kullanılacak sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi ve siberkondri değişkenlerinin COVID-19 korkusunu yordamasına yönelik çoklu regresyon analizine yer verilmiştir. Ardından araştırmanın hipotezlerine yönelik yapılmış olan basit doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına yer verilmiştir. Son olarak değişkenler arası ilişkilerin tespitinin ardından Hayes tarafından geliştirilen Model-6 seri çoklu regresyon analizi ve bootstrap yöntemi ile elde edilen dolaylı etki bulguları aşağıda açıklanmıştır.

3.1. Ölçeklerinin Puanlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçeklerin betimsel özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri

Ölçekler	***N***	***Ort***	***SS***	**Min-Max**	**Cronbach's Alpha**
SŞÖ	206	2.13	0.59	1-3.55	***0.93***
Zorlantı	206	1.57	0.7	1-3.88	***0.92***

Aşırı Kaygı	206	2.07	0.77	1-4	***0.90***
Aşırılık	206	2.64	0.82	1-4.5	***0.87***
İçini Rahatlatma	206	2.38	0.83	1-4.17	***0.81***
Doktora Güvensizlik	206	1.97	1.92	1-5	***0.74***
SAE		0.85	0.4	0-2.17	***0.88***
Gövde Boyut	206	0.87	0.44	0-2.21	***0.88***
Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili	206	0.77	0.51	0-3	***0.70***
SBÖ		2.98	0.46	1.7-4.35	***0.84***
Hastalık Olasılığı	206	3	0.62	1.25-4.5	***0.71***
Hastalığın Korkunçluğu	206	3.49	0.76	1.75-5	***0.79***

SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği

Dağılımın normal bir dağılım gösterip göstermediğine karar vermek için çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınmıştır. Bu noktada basıklık ve çarpıklık değerlerinin kesme noktaları (sınırları) çarpıklık (Skewness) için mutlak değer olarak 3 ve basıklık (Kurtosis) için mutlak değer olarak 10'un üzerinde olmamasına dikkat edilmiştir (Kline 2011). Çalışmada bulunan tüm değerler belirtilen sınır aralıklarında yer aldığı için normal dağılıma uygundur.

Ölçeklerin Cronbach Alpha değerlerinin 0.70 ile 0.99 olması güvenilir olduğunu göstermektedir (Tavakol ve Dennick, 2011). Çalışmada bulunan tüm değerler belirtilen sınır aralıklarında yer aldığı için güvenilirdir.

3.2. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

3.2.1. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 7'de cinsiyete göre siberkondri puanının ortalamasının farklılaşma gösterip göstermediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t testinde sonuçlarına göre; siberkondri ($t(204)= 0.52$, $p>.05$) kadınlar ($M= 2.14$, $SS= 0.56$) ile erkeklerin ($M= 2.10$, $SS= 0.64$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Cinsiyete göre sağlık anksiyetesi puan ortalamasının farklılaşma gösterip göstermediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t testine sonuçlarına göre; sağlık anksiyetesi ($t(204)= 0.91$, $p>.05$) kadınların, $M=0.86$, $SS= 0.39$) ile erkeklerin ($M= 0.80$, $SS= 0.41$)

puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Cinsiyete göre sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar puanının ortalamasının farklılaşma gösterip göstermediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar (t(204) =1.22, p>.05) kadınlar (M=3.00, SS =0.48) ile erkeklerin (M=2.92, SS=0.39) puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Cinsiyete göre COVID-19 korkusu puanının ortalamasının farklılaşma gösterip göstermediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre; COVID-19 korkusunun (t(204) =2.20, p>.05) kadınlar (M=2.44, SS =0.63) ile erkeklerin (M=2.22, SS=0.78) puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

Tablo 3. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	**Cinsiyet**	**n**	**Ort**	**ss**	**t**	**p**
SŞÖ	Kadın	140	2.14	0.56	0.52	0.59
	Erkek	66	2.10	0.64		
SAE	Kadın	140	0.86	0.39	0.91	0.36
	Erkek	66	0.80	0.41		
SBÖ	Kadın	140	3.00	0.48	1.22	0.22
	Erkek	65	2.92	0.39		
CKÖ	Kadın	140	2.44	0.63	2.20	0.02
	Erkek	66	2.22	0.78		

SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği *p<0.05

3.2.2. Değişkenlerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. Yaş Gruplarına Göre Değişkenlerin Farklılaşıp Farklılaşmadığını İncelemeye Yönelik Gerçekleştirilen Kruskall Wallis Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş Grupları	n	Sıra O.	X^2	sd	p
SŞÖ	17-22 yaş	20	120,23	12.19	4	.016
	23-28 yaş	74	117,93			
	29-34 yaş	45	95,89			
	35-40 yaş	32	80,77			
	41 yaş ve üzeri	35	94,01			
SAE	17-22 yaş	20	121,68	10.23	4	.037
	23-28 yaş	74	111,91			
	29-34 yaş	45	108,90			
	35-40 yaş	32	82,14			
	41 yaş ve üzeri	35	87,91			
SBÖ	17-22 yaş	20	127,50	12.26	4	.015
	23-28 yaş	74	111,28			
	29-34 yaş	45	101,76			
	35-40 yaş	32	99,39			
	41 yaş ve üzeri	34	75,60			
CKÖ	17-22 yaş	20	105,98	5.22	4	0.26
	23-28 yaş	74	104,05			
	29-34 yaş	45	113,76			
	35-40 yaş	32	83,13			
	41 yaş ve üzeri	35	106,37			

SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği *p<0.05

Tabloda da görüldüğü üzere katılımcıların sağlık anksiyetesi ve COVID-19 korkusu için gözlenen puan sıra ortalamaları yaş grupları değişkenine göre manidar seviyede farklılaşmamıştır (p>.05). Diğer taraftan, siberkondri ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar için gözlenen puan sıra ortalamaları yaş grupları değişkenine göre istatistiksel olarak manidar düzeyde farklılaşmaktadır (p<.05). Gerçekleştirilen Kruskal Wallis testi sonuçları gözlenen bu farklılaşmanın siberkondri için 23-28 yaş ve 35-40 yaş grupları arasında olduğunu ve 23-28 yaş grubunun puan sıra ortalamalarının istatistiksel olarak manidar düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir (p<.05). Benzer şekilde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar için de bu farklılaşmanın 23-28 yaş ve 41 ve üstü yaş grupları arasında olduğu ve 23-28 yaş grubunun puan sıra ortalamalarının istatiksel olarak manidar düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (p<.05).

3.2.3. Değişkenlerin Günlük İnternet Kullanım Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 5. Günlük İnternet Kullanım Süresine Göre Değişkenlerin Farklılaşıp Farklılaşmadığını İncelemeye Yönelik Gerçekleştirilen Anova Testi Sonuçları

Değişkenler		**Kar T.**	**Sd**	**Kar O.**	**f**	**Gruplar**	**P**	$\overline{X}$	**ss**
SŞÖ	Gruplar A.	5.68	3	1.89	5.74	0-2 saat	0.001	1.88	0.61
	Gruplar İ.	66.32	201	0.33		3-6 saat		2.08	0.57
	Toplam	72.01	204			7-10 saat		2.17	0.59
						10 saat üstü		2.48	0.47
SAE	Gruplar A.	0.34	3	0.11	0.70	0-2 saat	0.552	0.80	0.42
	Gruplar İ.	32.49	201	0.16		3-6 saat		0.83	0.38
	Toplam	32.83	204			7-10 saat		0.83	0.36
						10 saat üstü		0.94	0.48
SBÖ	Gruplar A.	1.82	3	0.60	2.94	0-2 saat	0.034	2.88	0.49
	Gruplar İ.	41.35	201	0.20		3-6 saat		2.96	0.40
	Toplam	43.17	204			7-10 saat		2.95	0.51
						10 saat üstü		3.20	0.44
CKÖ	Gruplar A.	1.06	3	0.35	0.73	0-2 saat	0.53	2.24	0.68
	Gruplar İ.	97.37	201	0.48		3-6 saat		2.34	0.65
	Toplam	98.43	204			7-10 saat		2.46	0.70
						10 saat üstü		2.43	0.82

SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği *p<0.05

Tabloda görüldüğü üzere sağlık anksiyetesi ve COVID-19 korkusu değişkenleri için için elde edilen puan sıra ortalamaları günlük İnternet kullanımı değişkenine göre istatistiksel olarak manidar düzeyde farklılaşmamaktadır (p>.05). Diğer taraftan siberkondri ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar değişkenleri için günlük İnternet kullanım sürelerine göre gözlenen farklılaşmalar istatistiksel olarak manidar düzeydedir (p<.05). Gözlenen bu farklılaşmaların hangi alt gruplar arasında olduğunun belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen Tukey Post Hoc testi sonuçlarına göre siberkondri için bu farklılaşmanın hem 10 saat üstü ve 0-2 saat grupları hem de 10 saat üstü ve 3-6 saat grupları arasında olduğunu, 10 saat üstü grubunun puan sıra ortalamalarının istatiksel olarak manidar düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (p<.05). Yani günlük İnternet kullanımı 10 saat ve üzeri olan katılımcıların siberkondri puan sıra ortalamaları, günlük internet kullanımı 0-2 saat ve 3-6 saat aralığında olan katılımcıların siberkondri puan sıra ortalamalarından istatiksel olarak manidar düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar değişkeni için farklılaşmanın hangi alt gruplar arasında olduğunun belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen Tukey Post hoc analiz sonuçları gözlenen bu farklılaşmanın yalnızca günlük İnternet kullanımı 10 saat üzeri ve 0-2 saat arasında olan gruplar arasında olduğunu ve 10 saat üzeri kullanımı olanların puan sıra ortalamalarının manidar bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir (p<.05).

3.3. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon İlişkilere Yönelik Analiz Sonuçları

Siberkondri şiddeti ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.571; p=0.001; p<0.01). Siberkondri şiddeti ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.437; p=0.001; p<0.01). Sağlık anksiyetesi ile sağlık ilgili işlevsel olmayan inançlar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.566; p=0.001; p<0.01). Sağlık anksiyetesi ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.377; p=0.001; p<0.01). Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.173; p=0.013; p<0.05).

Tablo 6. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1.Siberkondri Şiddeti	1	0.777**	0.891**	0.826**	0.813**	0.064	0.571**	0.553**	0.367**	0.406**	0.305**	0.422**	0.306**	0.076	0.437
2.Zorlantı		1	0.682**	0.416**	0.504**	0.034	0.421**	0.420**	0.234**	0.256**	0.333**	0.209**	0.178*	0.011	0.245**
3.Aşırı Kaygı			1	0.659**	0.637**	-0.044	0.642**	0.622**	0.411**	0.447**	0.331**	0.458**	0.348**	0.078	0.440**
4.Aşırılık				1	0.690**	-0.109	0.435**	0.429**	0.256**	0.284**	0.101	0.349**	0.216**	0.090	0.419**
5.İçini Rahatlatma					1	-0.145*	0.389**	0.360**	0.300**	0.323**	0.182**	0.407**	0.217**	0.077	0.341**
6.Doktora Güvensizlik						1	0.008	-0.006	0.049	0.094	0.170*	-0.028	0.119	-0.010	-0.007
7.Sağlık Anksiyetesi							1	0.967**	0.648**	0.566**	0.449**	0.487**	0.441**	0.157*	0.377**
8.Gövde Boyut								1	0.431**	0.465**	0.440**	0.409**	0.325**	0.120	0.387**
9.Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili									1	0.607**	0.247**	0.500**	0.584**	0.196**	0.179*
10.Sağlık Bilişleri										1	0.525**	0.738**	0.858**	0.505**	0.173*
11.Hastalık Olasılığı											1	0.304**	0.260**	0.052	0.187**
12.Hastalığın Korkunçluğu												1	0.587**	0.071	0.228**
13.Hastalık ile Başa Çıkma Zorluğu													1	0.236**	0.114
14.Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği														1	-0.034
15.COVID-19 Korkusu															1

r=Pearson Correlation **p<0,05* ***p<0,01*

3.4. Araştırma Değişkenleri Arasında Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Aracılığın incelenmesine yönelik seri çoklu aracılık gerçekleştirilmesi için öncelikli olarak aracı değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik ham regresyon katsayıları ve regresyon katsayılarının standart hatalarının incelenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda siberkondrinin bağımlı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve sağlık anksiyetesi değişkeninin bağımsız değişken olduğu bir model oluşturularak test edilmiştir ve elde edilen bulgulara Tablo 7'de yer verilmiş, sonrasında ise COVID-19 korkusunun bağımlı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi ve siberkondri değişkeninin ise bağımsız değişken olduğu bir model kurulmuş ve elde edilen bulgular Tablo 8'de yer verilmiştir.

Tablo 7. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondriyi Yordamasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Model 1	**B**	**β**	**T**	**P**
(Constant)	1.03		4.45	.00
SBÖ	0.15	0.12	1.73	0.08
SAE	0.74	0.50	7.25	.00
F= 51.42				
Model (p) = .00				
R^2 = 0.33				

p < .05, ** p < .01, *** p < .001; SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği

Tablo 7'den de görüldüğü Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve sağlık anksiyetesinin değişkenlerinin siberkondri üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek adına uygulanan çoklu regresyon analizi sonuçları modelin anlamlı olduğunu göstermiştir ($F(2,202)= 51.42$, $p \leq .001$). Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri incelendiğinde, yalnızca sağlık anksiyetesinin ($p \leq .001$) siberkondriyi anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Tablo 8. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar, Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondrinin COVID-19 Korkusunu Yordamasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Model 1	**B**	**β**	**T**	**P**
(Constant)	1.65		5.36	.00
SŞÖ	0.39	0.33	4.42	.00
SAE	0.45	0.26	3.09	0.00
SBÖ	-0.16	-0.11	-1.47	0.14
F= 20.05				
Model (p) = .00				
R^2 = 0.23				

p < .05, ** p < .01, *** p < .001; SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği

Tablo 8'den görüldüğü üzere sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi ve siberkondri değişkenlerinin COVID-19 korkusu üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek adına uygulanan çoklu regresyon analizi sonuçları modelin anlamlı olduğunu göstermiştir ($F_{(3,201)}$= 20.056, p ≤.001). Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri incelendiğinde, yalnızca sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin (p ≤.001) COVID-19 korkusunu anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre sağlık anksiyetesi ve siberkondri COVID-19 korkusu üzerindeki göreli önem sırasının, siberkondri (β=.336) ve sağlık anksiyetesi (β= .261) şeklinde olduğu görülmüştür.

3.5. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve COVID-19 Korkusu İlişkisinde Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondrinin Seri Çoklu Aracılık Rolünün İncelenmesine Yönelik Mediatör Analizi

Yapılan seri çoklu aracılık analizine göre; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 üzerindeki toplam etkisi (C yolu) (β:0.260. SE:0.104 %95 CI[0.054 , 0.466]. t:2.497. p=0.013) pozitif yönde anlamlı düzeydedir.

Yapılan seri çoklu aracılık analizine göre; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi üzerinde (a1 yolu) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır (β: 0.493. SE:0.050 %95 CI[0.393. 0.592] t: 9.776. p=0.001).

Yapılan seri çoklu aracılık analizine göre; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların siberkondri üzerinde (a2 yolu) istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur (β: 0.155. SE:0.089 %95 CI[-0.021 . 0.327] t: 1.737, p=0.083).

Yapılan seri çoklu aracılık analizinde birinci aracı değişken olan sağlık anksiyetesinin ikinci aracı değişken olan siberkondri üzerinde (d yolu) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (β: 0.746. SE:0.102 %95 CI[0.543. 0.946] t: 7.255 . p=0.001).

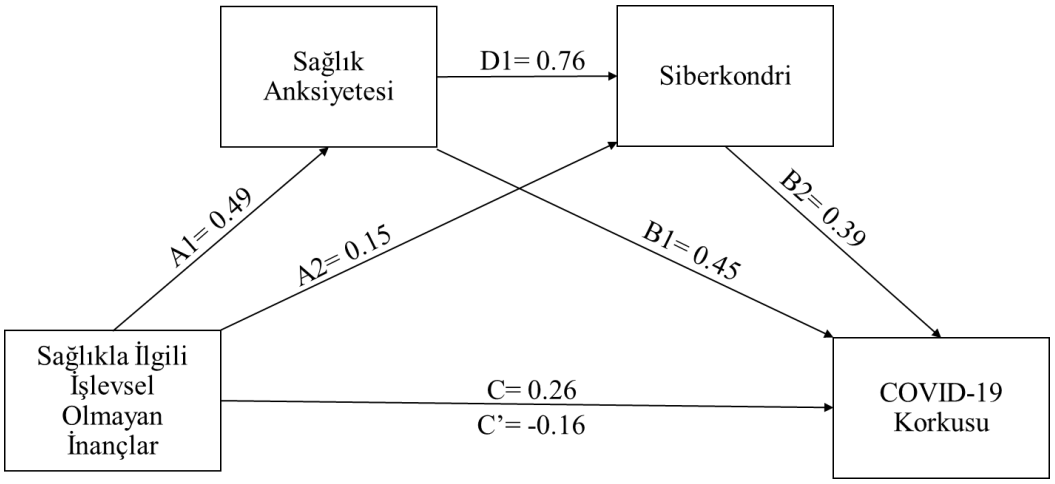
Yapılan seri çoklu aracılık analizine göre; sağlık anksiyetesi düzeyinin COVID-19 korkusu üzerinde (b1 yolu) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (β: 0.451. SE:0.145 %95 CI[0.163. 0.738] t: 3.091 . p=0.002).

Yapılan seri çoklu aracılık analizine göre; ikinci aracı değişken olan siberkondrinin COVID-19 korkusu üzerinde (b2 yolu) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (β: 0.393. SE:0.088 %95 CI[0.217. 0.568] t: 4.422 . p=0.001).

Yapılan seri çoklu aracılık analizine göre; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve her iki aracı değişken aynı anda denkleme girdiğinde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 korkusuna etkisi (C'yolu) istatistiksel olarak anlamı olmadığı tespit edilmiştir (β: -0.167. SE:0.114 %95 CI[-0.393 . 0.572] t: -1.470 . p=0.142).

Modeldeki dolaylı yolların anlamlı olup olmadığına yönelik gerçekleştirilen analiz sonucundaki bootstrap katsayısı ile %95 güven aralıkları alt ve üst limitleri Tablo 9'da yer almaktadır. Tablodan da görüldüğü üzere toplam etki değerinin 0.260, doğrudan etki değerinin -0.167, toplam dolaylı etki değerinin 0.427 olduğu saptanmıştır. Birinci dolaylı etkide; Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların (X). sağlık anksiyetesi (M1) aracılığıyla COVID-19 korkusu (Y) üzerinde anlamlı etkisinin olduğu (bootstrap= 0.222. %95 CI= 0.9094. 0.368) bulunmuştur. İkinci dolaylı etkide sağlıkla ilgili işlevsel olmayan

inançların (X), siberkondri (M2) aracılığıyla COVID-19 korkusu (Y) üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı (bootstrap= 0.061. %95 CI=-0.001. 0.150) bulunmuştur. Bu durum. güven aralıklarının içerisinde sıfır olmamasından kaynaklanmaktadır. Üçüncü dolaylı etkide ise sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi ve siberkondri aracılığıyla COVID-19 korkusunu anlamlı olarak etkilediği (bootstrap= 0. 144. %95 CI=0.068. 0.273) tespit edilmiştir. Dolayısıyla sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde. sağlık anksiyetesi. siberkondrinin seri aracılık etkileri olduğu bulunmuştur.



Tablo 9. Seri-Çoklu Aracı Etkiye Ait Boostrapt Sonuçları

Model 1				
			%95 Güven Aralıkları	
Etki	**Boostrapt Katsayısı**	**Standart Hata**	**Alt Limit**	**Üst Limit**
Toplam Etki	0.26	0.10	0.05	0.46
Doğrudan Etki	-0.16	0.11	-0.39	0.05
Toplam Dolaylı Etki	0.42	0.08	0.27	0.61
Dolaylı Etki (SBÖ – SAE – CKÖ)	0.22	0.06	0.09	0.36
Dolaylı Etki (SBÖ – SŞÖ – CKÖ)	0.06	0.03	-0.00	0.15
Dolaylı Etki (SBÖ – SAE – SŞÖ – CKÖ)	0.14	0.05	0.06	0.27

SŞÖ=Siberkondri Şiddeti Ölçeği, SAE=Sağlık Anksiyetesi Envanteri, SBÖ=Sağlık Bilişleri Ölçeği, CKÖ=COVID-19 Korkusu Ölçeği

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda öncelikle değişkenlerin cinsiyete, yaş gruplarına ve günlük İnternet kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair sonuçlar tartışılmıştır. Ardından değişkenler arası korelasyon ilişkilerinin tartışmasına yer verilmiştir. Sonrasında değişkenler arası etkilere bakmak amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları tartışılmıştır. Devamında sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin seri aracılık etkilerini saptamak amacıyla yapılan seri çoklu aracılık analizi bulguları ilgili literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın sınırlılıkları ve öneriler bölümüne yer verilmiştir.

4.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondri ve COVID-19 korkusunun katılımcılara ait cinsiyet, yaş ve günlük İnternet kullanımı gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Sonuçlarda ilk olarak, bütün değişkenlerin (sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi, siberkondri, COVID-19 korkusu) cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmüştür. Literatürde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların cinsiyete göre farklılaşmasına yönelik araştırmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan bir çalışma cinsiyetler arası farklılık olmadığını ortaya koymuştur (Dai ve ark., 2019). Literatürde sağlık anksiyetesi düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bir fikir birliği yoktur. Sağlık anksiyetesinin kadınlarda daha fazla olduğu gösterilen çalışmalar (Li ve Graham, 2017; Marcus ve Church, 2003; Remes ve ark., 2016) ile birlikte kadın ve erkeklerde eşit olduğu (Noyes ve ark., 2002) gösterilen çalışmalar mevcuttur. Ancak sağlık anksiyetesinin kadın katılımcılarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmaların daha fazla olduğu görülmektedir (Bridou ve Aguerre, 2013; Hall, 2011; MacSwain ve

ark., 2009). COVID-19 korkusu düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin araştırmalar ise literatürde sınırlıdır. Ancak yapılan araştırmalar, kadınların erkeklere göre daha fazla COVID-19 korkusu deneyimlediğini bulmuştur (Moghanibashi Mansourieh, 2020; Qiu ve ark., 2020). Siberkondrinin (White ve Horvitz, 2009) kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Buna karşın siberkondri için anlamlı bir cinsiyet farklı belirtmeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Özyurt ve ark., 2020: Uzun, 2016).

Gerçekleştirilen Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre katılımcıların sağlık anksiyetesi ve COVID-19 korkusu değişkenlerinin yaş gruplarına göre manidar seviyede farklılaşmadığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında Bourgault-Fagnou ve Hadjistavropoulos (2009) yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireylerin genç yetişkinlere göre daha az sağlık anksiyetesi yaşadığını ortaya koymuştur. Öte yandan Gerolimatos ve Edelstein (2012) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık anksiyetesi skorlarının yaşa göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu durum sağlık anksiyetesinin şiddetinde yaşla ilişkili değişkenlerin etkili olduğunu göstermektedir. Ancak mevcut araştırmanın bulguları, literatür ile tutarlılık göstermemektedir. Diğer taraftan, siberkondri ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar değişkeninin yaş gruplarına göre farklılaştığı görülmüştür. Gerçekleştirilen Kruskal Wallis testi sonuçları gözlenen bu farklılaşmanın siberkondri için 23-28 yaş ve 35-40 yaş grupları arasında olduğunu ve 23-28 yaş grubunun 35-40 yaş grubuna göre siberkondri puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Siberkondrinin genç yetişkinlerde daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Andreassen ve ark., 2007). Bu durumun genç insanların İnterneti daha yaygın kullanması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, siberkondrinin yaşla birlikte artış gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Bu durum genç insanların İnternette sağlık bilgileri aradıktan sonra rahatlama yaşarken ileri yaş gruplarında arama sonrası rahatlama yerine sağlık anksiyetesinde artış yaşanması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (McMullan ve ark., 2019).

Katılımcıların siberkondri düzeyleri, günlük İnternet kullanım sürelerine farklılaşmaktadır. Siberkondri için bu farklılaşmanın hem 10 saat üstü ve 0-2 saat grupları hem de 10 saat üstü ve 3-6 saat grupları arasında olduğunu, 10 saat üstü grubunun

siberkondri daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yani günlük İnternet kullanımı 10 saat ve üzeri olan katılımcıların siberkondri puan sıra ortalamaları, günlük internet kullanımı 0-2 saat ve 3-6 saat aralığında olan katılımcıların siberkondri puan sıra ortalamalarından istatiksel olarak manidar düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Siberkondrinin İnternette yapılan aşırı ve tekrarlayıcı sağlık bilgisi arama ile karakterize (Starcevic ve Berle, 2013) olduğu düşünüldüğünde bu beklendik bir sonuçtur (Starcevic ve Berle, 2013). Çünkü İnternette geçirilen süre arttıkça İnternette sağlık bilgisi arama davranışının da arttığı bilinmektedir (Rice, 2006).

4.2. Araştırma Değişkenlerinin Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, sağlık anksiyetesi arttıkça siberkondri şiddeti artmaktadır. Araştırmalar, sağlık anksiyetesi olan kişilerde sağlık amaçlı İnternet kullanımının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Muse ve ark., 2012; Singh ve Brown, 2014). Starcevic ve Berle (2013), siberkondriyi sağlık anksiyetesinin davranışsal bir bileşeni olarak tanımlamıştır. Bu sebeple, siberkondrinin halihazırda yüksek sağlık anksiyetesi yaşayan kişilerde ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Öte yandan, sağlık anksiyetesinin yarattığı endişe ve güvence arama davranışı, tekrarlayan çevrimiçi sağlık bilgisi araştırmaları ile yakından ilişkilidir (McElroy ve Shevlin, 2014; Starcevic ve Berle, 2013). Bu nedenle siberkondrinin, sağlık anksiyetesinin duygusal ve davranışsal bileşenleri ile bir araya gelmesi mümkündür. Bu sonuçlar, siberkondrinin sağlık anksiyetesi ile ilişkili olarak örtüşen, ancak ayrı olarak ele alınması gereken bir kavram olduğunu göstermektedir (Mathes ve ark., 2018). Sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki söz konusu ilişki, güncel bir meta-analiz çalışması ile literatürde desteklenmiştir. Yapılan meta analiz çalışmasının sonuçları iki yapı arasında güçlü ilişkiler olduğunu bulmuştur (McMullan ve ark., 2019). Bazı çalışmalarda da sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasında orta düzeyde ilişkiler olduğunu belirtmiştir (Barke ve ark., 2016; Fergus, 2015). Tüm bu sonuçlar mevcut çalışmanın bulgularının, sağlık anksiyetesinin bilişsel davranışçı modeli ile tutarlı olduğu görülmektedir (Warwick ve Salkovskis, 1990).

Siberkondri şiddeti ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur Bu sonuç, ilgili literatürle tutarlılık göstermektedir (Hua ve Shaw, 2020; Zarocostas, 2020; Zhou ve ark., 2020). Bu sonuçların ortaya çıkmasında COVID-19'un hızla yayılması ve artan yıkıcı etkilerinin, virüs ile ilgili korkuları beraberinde getirmesinin etkili olduğu düşünülebilir. Çünkü kişilerin bu korkuyla başa çıkmak için COVID-19 ile ilgili bilgileri çevrimiçi olarak araştırması, olağan bir sonuçtur. Bununla birlikte, pandemi koşulları gereği getirilen kısıtlamalarla birlikte İnternet kullanımında artış gözlenmiştir (Rovetta ve Bhagavathula, 2020).

Sağlık anksiyetesi ile sağlık ilgili işlevsel olmayan inançlar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bilişsel davranışçı modele göre sağlık anksiyetesi gelişimi için başlangıç noktası, genellikle çocukluk döneminde yaşanan sağlık ve hastalık hakkında işlevsel olmayan inançlara ve varsayımlara yol açan sağlıkla ilgili önceki deneyimlerdir (örneğin bir aile üyesinin ciddi şekilde hastalanması veya ölmesi). Bir başka deyişle, sağlık anksiyetesine sahip bireyler, sağlık ve hastalık hakkında işlevsel olmayan inançlara ve varsayımlara sahiptir (Warwick ve Salkovskis, 1989). Bu bilgiyle tutarlı şekilde, mevcut araştırmanın bulguları sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların, sağlık anksiyetesinin anlamlı bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlara sahip kişilerin, çeşitli içsel ve dışsal uyaranların etkisiyle bu inançları tetiklendiğinde bedensel belirtileri ve değişimleri ciddi bir hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlayarak sağlık anksiyetesi yaşayabilecekleri beklenen ve sağlık anksiyetesinın bilişsel davranışçı modeliyle uyumlu bir bulgudur. Bu durum, sağlık anksiyetesi ile ilgili işlevsel olmayan inançların gücü azaldığında sağlık anksiyetesinin tedavisi kolaylaştığı gibi bilgilerle desteklenmektedir (Taylor ve Asmundson, 2004). Christensen, Moran ve Wiebe (1999) kişilerin sağlıkla ilgili kararlarının ve davranışlarının, sağlık konusunda sahip olduğu bilgilerden ve bu bilgilerin mantıkdışı değerlendirmelerinden veya çarpıtmalardan etkilendiğini belirtmiştir.

Siberkondri şiddeti ile sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bahsedilen ilişkiyi açıklarken insanların İnterneti sağlık amacıyla kullanmaya yatkın hale getiren sorunlar ve

deneyimler göz önünde bulundurulabilir. Bu yatkınlığı oluşturan faktörler söz konusu hastalığın ciddiyetine yönelik yapılan içsel değerlendirmeler ve hastalığa verilen duygusal tepki olmaktadır (Singh ve Brown, 2014). Belirtilen faktörlerin, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlarla (hastalığa yakalanma olasılığı, hastalığın korkutuculuğu, hastalıkla baş etmede güçlük, hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği) örtüştüğü söylenebilir. Kişiler, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların mevcudiyetine paralel şekilde, bu değerlendirmeler ve tepkilere bağlı olarak bir İnternet araması yapmaya başlayabilirler.

Sağlık anksiyetesi ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, önceki çalışmalardan elde edilen sonuçları tekrarlamaktadır. Yani sağlık anksiyetesi, mevcut koronavirüs pandemisinde artan korku ile ilişkilidir. Benzer ilişkiler 2009-2010 Domuz gribi pandemisi ve 2015-2016 Zika virüsü salgınında yapılan çalışmalarda (Blakey ve Abramowitz, 2017; Wheaton ve ark., 2012) bulunmuştur. Domuz gribi ve Zika virüsü salgınlarında da sağlık anksiyetesinin salgınla ilişkili korkuları etkilediği ortaya konmuştur.

4.3. Değişkenler Arası Regresyon Analizlerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve sağlık anksiyetesinin değişkenlerinin siberkondri üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek adına uygulanan çoklu regresyon analizi sonuçları modelin anlamlı olduğunu göstermiştir. Kurulan modelde yalnızca sağlık anksiyetesinin siberkondriyi anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık anksiyetesi ve siberkondri değişkenlerinin COVID-19 korkusu üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek adına uygulanan çoklu regresyon analizi sonuçları modelin anlamlı olduğunu göstermiştir. Kurulan modelde yalnızca sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin COVID-19 korkusunu anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Kurulan modelde sağlık anksiyetesi ve siberkondri COVID-19 korkusu üzerindeki göreli önem sırasının, önce siberkondri sonra sağlık anksiyetesi şeklinde olduğu görülmüştür.

Bahsedilen iki model, araştırmanın istatiksel gücünü artırmak amacıyla kurulmuş ve test edilmiştir. Process Macro analizi Baron ve Kenny'nin (1986) yönteminde kullanılan sıralı regresyon analizleri yerine tüm modeldeki katsayıları aynı analiz içinde belirlediği (Hayes, 2017) için değişkenler arası yordayıcılık etkilerinin detaylı tartışmasına seri çoklu aracılık analizi bulgularının tartışmasında yer verilecektir.

4.4. Seri Çoklu Aracılık Analizine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın temel amacı sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin seri aracılık etkilerini incelemektir. Yapılan analizler sonucunda, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi ve siberkondri aracılığıyla COVID-19 korkusunu anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde, sağlık anksiyetesi, siberkondrinin seri aracılık etkileri bulunmuştur.

Araştırmanın birinci hipotezi, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 korkusunu doğrudan etkileyeceğidir. Araştırmanın amaçlarından ilki sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların, COVID-19 korkusu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir. COVID-19 korkusu veya Asmundson ve Taylor'ın (2020) belirttiği gibi "koronafobi" hakkındaki korku ve endişe üzerine yapılan araştırmalar hala devam etmektedir. Ancak bilindiği kadarıyla, literatürde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 korkusu ile ilişkisinin araştırıldığı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, araştırmalar sağlık anksiyetesine sahip bireylerin sağlık anksiyetesine sahip olmayan bireylere göre pandemi ve sağlıkla ilgili strese, streresöre karşı korku yoğun duygusal sıkıntı ile tepki verme eğiliminde olduğunu göstermiştir (Garfin, Silver ve Holman, 2020). Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesinin gelişimindeki rolü göz önünde bulundurulduğunda bu inançların COVID-19 korkusunu da etkileyeceği varsayılmış ve bu varsayım araştırma kapsamında sınanmıştır. Elde edilen bulgularla bu hipotez desteklenmiştir. Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 üzerindeki toplam etkisi, pozitif yönde anlamlı düzeydedir. Erken dönem yaşantıları ile birlikte oluşan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan

inançların, sağlık anksiyetesi için bir yatkınlık faktörü olduğu belirtilmiştir. Buna ek olarak sağlık anksiyetesinin, COVID-19 korkusu gelişimi için psikolojik bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (Wheaton ve ark., 2012). Bu perspektiften bakıldığında araştırma bulgularının bir kısmı literatür ile paralellik göstermekteyken, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların COVID-19 korkusunun bir yordayıcısı olduğunu ortaya koyması ile literatürde mevcut olmayan bir bilgiyi ortaya koymuştur.

Araştırmanın ikinci hipotezi, siberkondrinin, COVID-19 korkusunu anlamlı düzeyde etkileyeceğidir. Analiz sonuçları siberkondrinin COVID-19 korkusu üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunduğunu göstermiştir. Bu bulgular, geçmiş çalışmalarla paralellik göstermektedir (Hua ve Shaw, 2020; Zarocostas, 2020; Zhou ve ark., 2020). Bu sonuçların ortaya çıkmasında COVID-19'un hızla yayılması ve artan yıkıcı etkilerinin, virüs ile ilgili korkuları beraberinde getirmesinin etkili olduğu düşünülebilir. Çünkü kişilerin bu korkuyla başa çıkmak için COVID-19 ile ilgili bilgileri çevrimiçi olarak araştırması, olağan bir sonuçtur. Bununla birlikte, pandemi koşulları gereği getirilen kısıtlamalarla birlikte İnternet kullanımında artış gözlenmiştir (Rovetta ve Bhagavathula, 2020). COVID-19 pandemisi sırasında sosyal medya, haber kanalları, İnternetteki sağlık forumlarının rolü hakkında yapılan birçok çalışma, bu araçların sık kullanımının toplum için taşıdığı çeşitli risklerden bahsedilmiştir. Örneğin, Ssosyal medya kullanımın psikolojik sorunlarla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Gao et al., 2020). Bu bilgilerden yola çıkarak, İnternet aramaları sırasında eksik ve yanıltıcı bilgilere maruz kalmak daha fazla korku ve sıkıntıya yol açtığı sonucuna varılabilir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi sağlık anksiyetesinin siberkondriyi anlamlı düzeyde etkileyeceğidir. Yapılan analizler sonucunda birinci aracı değişken olan sağlık anksiyetesinin ikinci aracı değişken olan siberkondri üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin İnterneti sağlık bilgisi toplamak için önemli bir kaynak olarak gördüklerini doğrulamaktadır. Sağlık anksiyetesinin bilişsel davranışçı modeline göre, bir güvence arama davranışı olarak (hastalığın varlığını kanıtlamak/çürütmek için) İnternette sağlıkla ilgili aramalar yapmak sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde yaygın olarak görülür (Wells, 1997). Bu bağlamda, mevcut çalışmanın bulgularının, sağlık

anksiyetesinin bilişsel davranışçı modeli ile tutarlı olduğu görülmektedir (Warwick ve Salkovskis, 1990).

Bilişsel davranışçı model, sağlık anksiyetesi yüksek kişilerin çevrimiçi sağlık araştırmalarına daha fazla zaman ayırmasının bir dizi olası nedenini önerir. Bu nedenler, sağlık endişeleri hakkında güvence alma ve olası bir sağlık tehdidi ile karşı karşıya kalındığında belirsizliği azaltma ihtiyacı olarak açıklanmaktadır (Wells, 1997; Hart ve Bjorgvinsson, 2010). Bu sebeple, İnternetin mevcudiyeti, sağlık anksiyetesi yüksek olanlar kişiler tarafından büyük avantajlar barındırmaktadır. Çünkü İnternet, sağlık anksiyetesi yüksek kişiler tarafından güvence almak ve belirsizliği gidermek amacıyla kullanılabilir. Güvence aramak için çevrimiçi sağlık bilgilerini kullanmak, siberkondri ile ilişkili yaygın bir davranış kalıbıdır (Baumgartner ve Hartmann, 2011; Eastin ve Guinsler, 2006; Muse ve diğerleri, 2012; Singh ve Brown, 2014). Sağlık anksiyetesi artan kişilerin, bununla başa çıkabilmek güvence aramaları, konuyla ilgili farklı kaynaklardan araştırma yapmaları gibi davranışsal tepkiler göstermeleri beklenen ve literatürle uyumlu bir bulgudur.

Araştırmanın dördüncü hipotezi, sağlık anksiyetesinin COVID-19 korkusunu anlamlı düzeyde etkileyeceğidir. Yapılan analizler sonucunda sağlık anksiyetesi düzeylerinin COVID-19 korkusu üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bulguları, literatür ile tutarlılık göstermektedir. Örneğin COVID-19 korkusunu yordayan değişkenleri araştıran bir çalışma, sağlık anksiyetesini COVID-19 korkusunun psikolojik bir yordayıcısı olarak ele almıştır (Mertens ve ark., 2020). COVID-19 yeni tanımlanmış ve yeterince anlaşılmamış bir hastalık olması sebebiyle birçok tehdit ve belirsizliği beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, tehdit algısı ve bunun sonucunda ortaya çıkan korku açısından bireyler arasında farklılığa sebep olabilecek bir başka faktör sağlık anksiyetesidir. Bunun sebebi olarak, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olan kişilerin, olağan bedensel duyumları ve değişiklikleri tehlikeli olarak yanlış yorumlama eğiliminde olması belirtilmiştir. Viral salgınlar söz konusu olduğunda, geçmişteki ve mevcut salgınla ilgili bilgilere bağlı olarak, yüksek sağlık anksiyetesi olan bir kişi, olağan bir kas ağrısını veya öksürmeyi

enfekte olduğunun bir işareti olarak yanlış yorumlayabilir ve bu durum da mevcut endişeleri arttırabilir (Taylor ve Asmundson, 2004; Wheaton ve ark., 2012).

Araştırmanın beşinci hipotezi, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesini anlamlı düzeyde etkileyeceğidir. Yapılan analizler sonucunda sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin bilişsel davranışçı modelinde (Salkovskis & Warwick, 1986), sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar sağlık anksiyetesinin gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan temel bir yapıtaşı olarak görüldüğü düşünüldüğünde, bu bulgu şaşırtıcı değildir. Bu modele göre sağlık anksiyetesine ve anksiyete bozuklukluklarına sahip olan kişiler sahip oldukları sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlara göre farklılaşmaktadır. Bu bilgiden yola çıkarak sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesini etkileyeceği düşünülebilir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin kullanıldığı bir çalışmada (Fergus, 2014) sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesine özgü olup olmadığı obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ile karşılaştırılarak araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda sağlıkla ilgili işlevsel olmayan dört inancın obsesif kompulsif belirtilerden çok sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fergus, 2014). Bir başka çalışmada sağlık anksiyetesini yordamada bilişsel davranışçı modelin katkısı araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçları sağlık anksiyetesi ile ilgili işlevsel olmayan dört inancın sağlık anksiyetesi ile anlamlı ve olumlu yönde ilişkili olduğunu göstermiş, iki inanışın (hastalığa yakalanma olasılığı ve hastalıkla baş etmede güçlük) sağlık anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığını ortaya koymuştur (Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014). Yapılan çalışmanın sonuçları sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesinde ve tedavisinde işlevsel olmayan inançların önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Mevcut araştırmanın sonuçları bu bilgiler ile tutarlılık göstermektedir.

Araştırmanın altıncı hipotezi, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların siberkondriyi anlamlı düzeyde etkileyeceğidir. Yapılan analizler sonucunda sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların siberkondri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi olan ve sağlık anksiyetesi olmayan bireyler üzerinde oluşturduğu farklı sonuçlarla birlikte açıklanabilir. Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar; bireylerin

zararsız veya belirsiz olayları tehdit edici olarak yanlış yorumlamalarına veya gerçek tehditlere sıkıntıyı abartacak şekilde yanıt vermelerine neden olmaktadır (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Siberkondri tanımı ise sağlıkla ilgili yapılan İnternet aramaları sonucu artan sağlık anksiyetesine işaret etmektedir. Yani arama sonrasında yaşanan deneyim, sorunun algılanan ciddiyetine, tolere edilen belirsizlik düzeyine ve özellikle sağlık anksiyetesi düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Bu durum, kişilerin sağlık durumları ile ilgili felaketleştirici yorumlar yapmalarına sebep olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların siberkondriyi sağlık anksiyetesi aracılığıyla yordayacağı varsayımını oluşturmuştur. Literatürde benzer bir ilişkinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Örneğin irrasyonel sağlık inanışları ve sağlık davranışları ilişkisini konu alan bir çalışma, bu iki kavram arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, irrasyonel sağlık inanışlarının olumsuz sağlık davranışları ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Christensen ve ark., 1999). Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve irrasyonel sağlık inanışları, siberkondri ve olumsuz sağlık davranışları farklı kuramsal temellere dayanıyor olsa da bu kavramlar ve ilişkileri arasında çeşitli örtüşmeler olduğu söylenebilir (Ellis, 1994; Beck ve ark., 1979).

Araştırmanın yedinci hipotezi olan seri aracılık etkisi, bahsedilen ikili etkilerin literatüre dayandırılması ile oluşturulmuştur. Yapılan analiz sonucunda, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık anksiyetesi ve siberkondri aracılığıyla COVID-19 korkusunu anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde, sağlık anksiyetesi, siberkondrinin seri aracılık etkileri bulunmaktadır. Diğer bir deyişle, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar tek başına COVID-19 korkusu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değilken, bu durum sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile birlikte değişmektedir. Yani sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar sağlık anksiyetesi etkilemekte, sağlık anksiyetesi de siberkondriyi etkileyerek COVID-19 korkusuna neden olmaktadır.

Ancak, bu değişkenlerin ayrı ayrı etkileri incelendiğinde durum değişmektedir. Birinci dolaylı etkide; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların, sağlık anksiyetesinin aracılığıyla COVID-19 korkusu üzerinde anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur. İkinci dolaylı etkide sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların, siberkondri aracılığıyla COVID-

19 korkusu üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yani siberkondrinin tek başına sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar COVID-19 korkusu ilişkisine anlamlı bir aracı etkisinin bulunmadığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar COVID-19 korkusu ilişkisine sağlık anksiyetesi tek başına anlamlı şekilde aracılık ederken, siberkondrinin böyle bir etkisi bulunmamıştır.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisine sağlık anksiyetesi tek başına anlamlı şekilde aracılık etmesini açıklamada şu sıralama izlenebilir; Sağlık anksiyetesi (bedensel duyumların ve değişikliklerin yanlış yorumlanması), kişinin sağlık ve hastalık hakkındaki işlevsel olmayan inançları ile yakından ilgilidir. Bu inançlar, yüksek sağlık anksiyetesi olan kişilerde tüm bedensel duyumların ve değişikliklerin hastalık belirtisi olduğu ve kişinin hastalıklara karşı savunmasız olduğu varsayımları ile ilgilidir. Bu inançlar sağlıkla ilgili endişeler yaratabilir veya varolan endişeleri artırabilir. COVID-19 pandemisi göz önünde bulundurulduğunda, işlevsel olmayan inançların etkisiyle oluşan sağlık anksiyetesinin yaratacağı endişeler büyük oranda COVID-19 korkusu ile ilgili olabilir.

Araştırma kapsamında kurulan modele dair analiz bulgularına göre, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve COVID-19 korkusu ilişkisinde, sağlık anksiyetesi, siberkondrinin seri aracılık etkileri bulunmaktadır. Model tümüyle değerlendirildiğinde bulgular, literatür ile belli noktalarda paralellik göstermektedir. Bilişsel-davranışçı model, sağlık anksiyetesinın kökenlerini ve gelişimini açıklarken sağlık anksiyetesinin gelişiminde ve sürdürülmesinde rol oynayan bir dizi fizyolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal özelliği vurgular. Sağlık anksiyetesinin getirdiği endişelerin davranışsal özelliklerden biri olan güvence arama davranışı çeşitli sonuçları beraberinde getirir. Normal şartlarda güvence aramak, kaygı ile başa çıkmak için olağan bir davranıştır. Sağlıkları konusunda endişe yaşayan kişiler; tıp uzmanları, arkadaşlar ve aile gibi kaynaklardan ve sağlıkla ilgili web sitelerinden araştırma yaparak güvence aramaktadırlar (Salkovskis ve Warwick, 1986; Singh ve Brown, 2016). Ancak yüksek sağlık anksiyetesi olan kişiler sağlıkla ilgili bilgi ve güvence almaya daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Çünkü bu modelin temel varsayımlarından biri, sağlık anksiyetesi olan kişilerin, sahip oldukları işlevsel olmayan inançların etkisiyle hastalıkla ilgili bilgileri felaketleştirici

şekilde yorumlama eğiliminde olmaları ve sonuç olarak sağlıkları hakkında yoğun korku ve endişe yaşadıklarıdır. Bu nedenle, bedensel duyumlarının ve değişikliklerinin enfeksiyondan kaynaklanmadığına dair güvence almak için İnternet aramaları yapabilirler. Bu bireyler, aramalar sonucunda kısa süreli rahatlama yaşarken, uzun vadede anksiyeteden kurtulmak için daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaya başlarlar (Taylor ve Asmundson, 2004). Ek olarak, insanlar sağlık bilgisi arama sürecinde semptomlarını kendi kendilerine tanı koyma eğilimindedir. Bu tür eğilim, bilgileri taraflı olarak yorumlama ve bedensel duyumları ciddi bir hastalığın kanıtı olarak felaketleştirme olasılığını artırabilir (Warwick ve Salkovskis, 1990). Bu bağlamda güvence arama davranışlarında bulunmak psikolojik sıkıntıları ve siberkondri gibi işlevsiz davranış örüntülerini artıracaktır (Te Poel ve ark., 2016) Özetle, olumsuz etkilerle başa çıkmak için, yüksek sağlık anksiyetesi olan kişiler ısrarla güvence arayabilir, örneğin siberkondri gibi bir güvence arama davranışı sonunda daha da endişeli hissedebilirler. Yani İnternet aramalarıyla sağlanan güvence muhtemelen geçicidir, dolayısıyla bir kişiyi daha fazla tıbbi bilgi aramaya sevk eder ve bu da aslında hastalık korkusunu güçlendirerek COVID-19 korkusunu beraberinde getirebilir (Ahorsu ve ark., 2020; Kobori ve Salkovskis 2012; Salkovskis ve Warwick 2001).

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırmaya ilişkin bir sınırlılık, araştırma grubu ile ilgili olmuştur. Bu çalışmanın örnekleminin büyük bir kısmını kadınlar ve genç yetişkinler oluşturmaktadır. Yani bu örneklem, birçok sağlık komplikasyonu olan ileri yetişkinlere kıyasla sağlık anksiyetesine daha az eğilimli olan nispeten genç, sağlıklı bir popülasyonu temsil etmektedir (El-Gabalawy ve ark., 2013). Bununla birlikte, sağlık anksiyetesinin ve sağlıkla ilgili endişelere yönelik güvence alma ihtiyacının kadınlarda daha yaygın olduğu (MacSwain ve ark., 2009) düşünüldüğünde, araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet ve yaş) çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Ek olarak katılımcıların çoğunun, klinik sağlık anksiyetesi eşiğinden daha düşük bir sağlık anksiyetesi düzeyine sahip olduğu, herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığı, COVID-19 hastalığı geçirmediği ve yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Araştırma grubuna ait bu özellikler, araştırma grubunun COVID-19 salgınından daha az etkilenen, avantajlı bir örneklem olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda, araştırma değişkenlerinin belirtilen demografik özelliklere (kronik hastalık, COVID-19 geçirme durumu, eğitim düzeyi) göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için farklı yaş ve sosyoekonomik statülerdeki klinik ve klinik düzeyde olmayan sağlık anksiyetesine sahip bireylerin bir karışımını içeren bir örneklem kullanmayı düşünülebilir.

Başka bir sınırlılık, siberkondrinin fenomenolojisi tanımlanmış olmasına rağmen, tanımı konusunda bir fikir birliği olmamasından kaynaklanabilir. Siberkondri, DSM-5'te spesifik olarak belirtilmemiştir. ICD-11'de de spesifik olarak ele alınmamıştır, ancak "bilgi arama", hipokondriyazisin temel tanısal özellikleri içinde bir hastalığa sahip olma endişesi veya korkusuyla ilişkili olarak ortaya çıkan davranışlardan biri olarak belirtilmiştir (Starcevic ve Berle, 2015). Ancak siberkondriye ilişkin yeni modeller geliştirilmeye devam etmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda katılımcıların problemli İnternet kullanımına ilişkin veri toplamak siberkondri düzeylerinin yorumlanmasında fayda sağlayabilir. Bu bağlamda demografik bilgi formuna kişilerin İnternet kullanma amaçlarına yönelik sorular eklenebilir, katılımcıların İnternet kullanımına ilişkin bilgiler İnternet Bağımlılığı Ölçeği (Young, 1996) gibi objektif ölçme araçları ile değerlendirilebilir.

Sonuçlar yorumlanırken çeşitli değişkenler arasındaki etkileşimlerde karıştırıcı değişkenlerin rolü de dikkate alınmalıdır. Örneğin, COVID-19'un doğası, karantinaya ilişkin kurallar, karantinanın süresi, COVID ile ilgili stres faktörleri ve pandeminin bir kişinin yaşamının çeşitli yönlerini ne ölçüde etkilediği farklı gruplar arasında değişiklik gösterebilir. Gelecek araştırmalarda karıştırıcı değişken etkilerini göz önünde bulundurarak boylamsal çalışmalar yapmak karıştırıcı değişken etkilerini ayırt etmede faydalı olabilir.

4.6. Çalışmanın Klinik Doğurguları

Mevcut araştırmanın sonuçları COVID-19 korkusunun ortaya çıkmasında etkili olan mekanizmalara ilişkin çeşitli sonuçlar ortaya koymuştur. Bu sonuçlara göre; sağlıkla

ilgili işlevsel olmayan inançlar sağlık anksiyetesi etkilemekte, sağlık anksiyetesi de siberkondriyi etkileyerek COVID-19 korkusuna neden olmaktadır. Sağlık anksiyetesi olan bireylerin, hastalıklarını anlamada sorun yaşamaları tatmin edici cevaplar alamamaları olasıdır. Bu nedenle, semptomlarını anlamak ve etkileriyle başa çıkmak için özellikle İnternet'e yönelebilirler. Ancak bu bireyler, kendi kendine teşhis koymaya ve hatta kendi teşhis ettikleri problemlerini potansiyel olarak "tedavi etmeye" eğilimli olabilirler. Bu nedenle İnternet kullanıcıları bir tıp uzmanından tavsiye almadan kendilerini tedavi etmemeleri yönünde bilgilendirilmelidir. Bununla birlikte sağlıkla ilgili bilgilerin yer aldığı İnternet sitelerinde yalnızca genel bilgiler verildiği, bu bilgilerin, tanı koyma amaçlı kullanılamayacağına yönelik uyarılar yer alabilir. Bu uyarılar, İnternet kullanımı sırasında maruz kalınan endişe verici bilgilerin hastalıklarla ilgili korkuları artırmasına engel olabilir. Ek olarak COVID-19 korkusunun ortaya çıkmasında etkili olan mekanizmalar göz önünde bulundurulduğunda kişilerin hastalıklarla ilgili olumsuz deneyimleri sonucu gelişen işlevsel olmayan inançları üzerine çalışılması , sağlıkla ilgili endişeleri azaltabilir ve dolaylı olarak sağlık hizmetlerine güveni artırabilir. Sağlık hizmetlerine artan güven, kişilerin hastalıkları ile ilgili İnternet araştırmaları yapma ihtiyacını azaltarak siberkondri oluşumunu önleyebilir, dolayısıyla kişiler kendi kendilerine tanı koyma eğilimde olmazlar.

Sağlık hizmetlerine güvenin artması, doktor-hasta ilişkilerinde yaşanan zorlukların ele alınması ile mümkün olabilir. Doktorların hastalarla bulguları hakkında konuşurken bunu hassas bir şekilde yapmaları ve hastalardan gelen endişelere reddedici tutumlar takınmamaları önemlidir. Bununla birlikte doktorların hastalara sağlıkla ilgili güvenilir bilgilere nasıl ulaşabileceklerini açıklamaları önemlidir.

Ek olarak klinisyenler, psikoerapide sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde sağlıkla ilgili İnternet kullanımı ölçümlerinden faydalanarak sağlıkla ilgili İnternet kullanımının sorunlu alanlarını vurgulayabilir. Bununla birlikte yapılacak müdahalelerde, sağlık anksiyetesi yaşayan kişilere çevrimiçi sağlık bilgisi aramanın riskleriyle ilgili psiko-eğitim sağlanabilir.

EK'LER

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (EK-1)

1. **Cinsiyetiniz:**

   Kadın ( ) Erkek ( )

2. **Yaşınız:____**
3. **Medeni Durumunuz:**

   Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Eşi vefat etmiş ( )

4. **Eğitim durumunuz:**

   İlkokul/Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

5. **Çalışıyor musunuz?**

   Evet ( ) Hayır ( )

6. **Mesleğiniz nedir?**

   _____

7. **Aşağıdaki seçeneklerden hangisi aylık gelirinizi en iyi ifade etmektedir?**

   Gelirim yok ( )

   1.300 TL'den düşük ( )

   1.300-2.999 TL arası ( )

   3.000'den fazla ( )

8. **Şuan herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız (psikiyatrik bir tanınız) varmı?**

   ( ) Evet (belirtiniz):_____

   ( ) Hayır

9. **Geçmişte yaşadığınız herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız (aldığınız psikiyatrik bir tanınız) var mı?**

   ( ) Evet (belirtiniz): _____

   ( ) Hayır

10. **Şu an kullanmakta olduğunuz psikiyatrik bir ilaç var mı?**

    ( ) Evet ( ) Hayır

11. Şu an herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

( ) Evet (belirtiniz):_____

( ) Hayır

12. Kronik bir hastalığınız var mı?

( ) Evet *(belirtiniz)*:_____

( ) Hayır

13. Bugüne kadar herhangi bir ameliyat oldunuz mu?

( ) Evet (belirtiniz):_____

( ) Hayır

14. Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

( ) Evet (belirtiniz):_____

( ) Hayır

15. COVID-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?

( ) Evet *(belirtiniz)*:_____

( ) Hayır

16. 65 yaşından büyük bir aile üyesi ile birlikte yaşıyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

17. Pandemi sürecinde eve dışarıdan gelip gitmek zorunda olan kimse var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

18. Birlikte yaşadığınız kimselerde kronik hastalık var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

19. Günlük internet kullanım süreniz nedir?

0-2 saat ( ) 3-6 saat ( ) 7-10 saat ( ) 10 saat üstü ( )

Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ) (EK-2)

Cinsiyet: Erkek ___ Kadın___ **Yaş:**____

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size genel olarak ne şekilde uyduğunu düşününüz. Bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu, bunu gösteren sayıyı karalayarak belirtiniz.

Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Vücudumda sebebi belirsiz bir his ağrı fark edersem internette bunu araştırırım.	□	□	□	□	□
2. Aynı belirtileri internette birden fazla sefer aratırım.	□	□	□	□	□
3. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, Facebook Twitter diğer sosyal ağlarda geçirdiğim zamanı kısıtlar.	□	□	□	□	□
4. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilgili internette arama yapmak beni doktorumdan yardım almaya iter.	□	□	□	□	□
5. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internet taramalarından sonra rahatlamakta güçlük çekerim.	□	□	□	□	□
6. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, diğer konulardaki araştırmalarımı kısıtlar (örn. işim üniversitedeki projem ödevim için olan aramalar).	□	□	□	□	□

7. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internetteki aramalardan sonra daha kolay sinirlenir veya gerginleşirim.	□	□	□	□	□
8. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak boş zamanlarımdaki internet etkinliklerimi (örn. film seyretmek) kısıtlar.	□	□	□	□	□
9. Doktor ya da tıbbi uzmanın fikirlerini yaptığım internet aramalarından daha çok önemserim.	□	□	□	□	□
10. Bendeki belirtinin az görülen ciddi bir durumla ilişkili olduğunu internette okuduğum zaman paniğe kapılırım.	□	□	□	□	□

11. Belirtiler veya tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yaparken, tanı almış veya konuyla ilgili kişilerin kendi tıbbi durumlarını, belirtilerini ve deneyimlerini tartıştıkları forumları ziyaret ederim.	□	□	□	□	□
12. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internetteki aramalar, işlerimi (örn., email yazmamı, word dokümanları veya elektronik tablolar üzerinde çalışmamı) kısıtlar.	□	□	□	□	□
13. Algıladığım aynı durumla ilgili farklı web sayfalarını okurum.	□	□	□	□	□
14. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internet aramaları, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi olumsuz etkiler (arkadaşlarımla ailemle geçirdiğim zamanı azaltır).	□	□	□	□	□
15. Internette bulduğum tıbbi bilgileri doktorumla tıbbi uzmanımla tartışırım.	□	□	□	□	□
16. Doktoruma tıbbi uzmanıma internette hakkında okuduğum tanı yöntemlerinin (örn. biyopsi, özel bir kan testi gibi) benim için gerekli olabileceği yönünde öneride bulunurum.	□	□	□	□	□
17. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, beni güncel spor eğlenceli haberleri internette okumaktan alıkoyar.	□	□	□	□	□

18. Kendimde olduğunu düşündüğüm belirtilerle ilgili olarak aynı web sayfalarını birden fazla kere okurum.	□	□	□	□	□
19. Bir belirtiyi internette arattığımda, sayfanın web aramasındaki sırasının bir hastalığın görülme sıklığıyla ilişkili olduğunu, daha sık görülen hastalıkların arama sonuçlarında daha yukarıda yer aldığını hissederim.	□	□	□	□	□
20. Ciddi bir hastalık hakkında internette bir şeyler okuyana kadar kendimi daha iyi hissettiğimi düşünürüm.	□	□	□	□	□
21. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette araştırırken, güvenilir siteleri ziyaret ederim.	□	□	□	□	□
22. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette araştırdıktan sonra kendimi daha kaygılı veya stresli hissederim.	□	□	□	□	□
23. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette arattıktan sonra midemde rahatsızlık hissettiğim için iştahım kesilir.	□	□	□	□	□
24. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, benim internetteki iletişimimi (örn. anında mesajlaşma, Skype gibi) olumsuz etkiler veya yavaşlatır.	□	□	□	□	□
25. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, internet dışındaki çalışma aktivitelerimi kısıtlar.	□	□	□	□	□

26. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, beni başka tıbbi uzmanlardan (örn. uzman doktorlardan) yardım almaya iter.	□	□	□	□	□
27. Kendimde olduğunu düşündüğüm tıbbi durumlarla ilişkili internetteki bilgiyi doktorumla tartışmak beni rahatlatır.	□	□	□	□	□

28. Doktor tıbbi uzmanın tanısına internette kendi kendime koyduğum tanılardan daha çok güvenirim.	□	□	□	□	□
29. İnternette karşılaştığım belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili endişelerime engel olmak bana zor gelir.	□	□	□	□	□
30. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yaparken hem güvenilir siteleri hem de kullanıcıların yönlendirdiği siteleri ziyaret ederim.	□	□	□	□	□
31. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yaptıktan sonra karşılaştığım şeyler kafama takıldığı için uyumakta güçlük çekerim.	□	□	□	□	□
32. Bazen *"Bu belirti ya da hastalığı internette okumamış olsaydım doktora gitmezdim"* şeklinde düşünürüm.	□	□	□	□	□
33. Doktorum tıbbi uzmanım internetteki tıbbi arama sonuçlarımın doğru olmadığını söylediğinde, endişelenmekten vazgeçerim.	□	□	□	□	□

Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Form) (EK-3)

Ekbölüm 1

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımla ilgili endişelenmem.
   (b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
   (c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
   (d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
   (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
   (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
   (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
   (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
   (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
   (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
   (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
   (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
   (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
   (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
   (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
   (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
   (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
   (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
   (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
   (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
   (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
   (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
   (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
   (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.
    (b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
    (c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.
    (d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

Sağlık Bilişleri Anketi Türkçe Formu (SBA) (EK-4)

Yönergeler: Aşağıdaki sorular şu anda **tanı konulmuş tıbbi bir durumu olan** insanlar için hazırlanmıştır. Aşağıda listelenmiş her bir ifadeyi okuyunuz ve kendi inançlarınıza dayanarak, ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. İfadeye ne kadar katıldığınızı **Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan cevaplayarak, her bir soru için bir cevap seçiniz.

1. Ciddi bir sağlık sorununun olması korkunç bir şey.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
2. Eğer sağlık sorunum kötüye giderse, onunla baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
3. Gelecekte, sağlık sorunumun önemli ölçüde kötüleşme olasılığı olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
4. Gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla baş edebileceğimi hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

5. Başka sağlık sorunları da yaşama olasılığım olduğunu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
6. Gelecekte oluşabilecek ciddi sağlık sorunlarıyla baş edebileceğimden emin değilim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
7. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına doğru teşhis koyabileceğine güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
8. Sağlık sorunları yaşama ihtimalimin tanıdığım diğer insanlardan daha fazla olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
9. Eğer başka sağlık sorunlarım olsaydı, bunun hayatımı mahvedeceğini düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
10. Eğer gelecekte başka ciddi sağlık sorunları yaşarsam, her ne olursa olsun baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

11. Sağlık hizmetleri sistemine güvenmiyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
12. Sağlık sorunlarımın olma ihtimalinin, çoğu insandan daha fazla olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
13. Eğer başka sağlık sorunları yaşasaydım ya da şu anki sağlık durumum daha da kötüleşseydi bu benim için endişe verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
14. Bir sağlık sorununun olması çok üzüntü verici bir şey.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
15. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

16. Eğer başka bir kronik sağlık sorunum olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, hayatımı daha fazla kontrol edemezdim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
17. Eğer başka bir sağlık sorunu yaşasaydım ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, bu dehşet verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
18. Eğer başka bir ciddi sağlık sorunum olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19. Başka ciddi bir sağlık sorunum olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydibile, hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
20. Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

Yönergeler: Aşağıdaki sorular şu anda **<u>tanı konulmuş tıbbi bir durumu olmayan</u>** insanlar için hazırlanmıştır. Aşağıda listelenmiş her bir ifadeyi okuyunuz ve kendi inançlarınıza dayanarak, ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. İfadeye ne kadar katıldığınızı **Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılıyorum Ne katılmıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan cevaplayarak, her bir soru için bir cevap seçiniz.

1. Ciddi bir sağlık sorununun olması korkunç olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
2. Eğer bir sağlık sorunuyla karşı karşıya kalırsam, onunla baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
3. Gelecekte bir gün kronik bir sağlık sorunu yaşama olasılığım olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
4. Gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla baş edebileceğimi hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Sağlık sorunları yaşama olasılığım olduğunu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

6. Gelecekte oluşabilecek herhangi bir ciddi sağlık sorunuyla baş edebileceğimden emin değilim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
7. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorununa doğru teşhis koyabileceğine güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

8. Bir sağlık sorunu yaşama ihtimalimin tanıdığım diğer insanlardan daha fazla olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
9. Eğer bir sağlık sorunum olsaydı, bunun hayatımı mahvedeceğini düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
10. Eğer gelecekte ciddi bir sağlık sorunu yaşarsam, her ne olursa olsun baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
11. Sağlık hizmetleri sistemine güvenmiyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

12. Sağlık sorunlarımın olma ihtimalinin, çoğu insandan daha fazla olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
13. Eğer önemli bir sağlık sorunu yaşasaydım, bu benim için endişe verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
14. Bir sağlık sorununun oluşması çok üzüntü verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
15. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

16. Eğer kronik bir sağlık sorunum oluşsaydı, hayatımı daha fazla kontrol edemezdim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
17. Eğer bir sağlık sorunu yaşasaydım bu dehşet verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
18. Eğer ciddi bir sağlık sorunum oluşsaydı, aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19. Ciddi bir sağlık sorunum olsaydı bile, hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
20. Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

Koronavirüs (COVID-19) Korkusu Ölçeği (EK-5)

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanız. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum					
	1	2	3	4	5
1. Koronavirüsten (COVID-19) çok korkuyorum.					
2. Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.					
3. Koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor.					
4. Koronavirüs nedeniyle hayatımı kaybetmekten korkuyorum.					
5. Sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim.					
6. Koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum.					
7. Koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor.					

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behavior therapy, 38(1), 86–94. https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.05.001

Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., & Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. Mayo Clinic proceedings, 77(12), 1323–1330.

Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. Int J Ment Health Addict. 2020

Alberts, N. M., & Hadjistavropoulos, H. D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. Anxiety, stress, and coping, 27(2), 216–228. https://doi.org/10.1080/10615806.2013.835401

Altay, D. ve Yüksel, M. (2019). Sağlık Bilişleri Ölçeği: Geçerlilik güvenirlik çalışması. V. Turkcess Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi Tam Metin Kitapçığı, (s. 286-295) içinde. İstanbul, Türkiye.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arora, A., Jha, A. K., Alat, P., & Das, S. S. (2020). Understanding coronaphobia. Asian journal of psychiatry, 54, 102384. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102384

Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Carleton, R. N., Weeks, J. W., & Hadjistavropoulos, H. D. (2012). Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. Journal of Anxiety Disorders, 26, 246–251.

Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. Current psychiatry reports, 12(4), 306–312. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9

Asmundson, G.J.G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Journal of Anxiety Disorders, 71, 102211.

Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi, 50(4), 325-331.

Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. Journal of anxiety disorders, 28(4), 394–401.

Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. Archives of general psychiatry, 49(2), 101–108. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020021003

Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. Cyberpsychology, behavior and social networking, 14(10), 613–618.

Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. Cyberpsychology, behavior and social networking, 14(10), 613–618. https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0425

Biçer İ, Çakmak C, Demir H. Coronavirus Anxiety Scale Short Form: Turkish Validity and Reliability Study. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg. 2020;25(Special Issue on COVID 19):216–25.

Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2017). Psychological Predictors of Health Anxiety in Response to the Zika Virus. Journal of clinical psychology in medical settings, 24(3-4), 270–278.

Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2017). Psychological Predictors of Health Anxiety in Response to the Zika Virus. Journal of clinical psychology in medical settings, 24(3-4), 270–278. https://doi.org/10.1007/s10880-017-9514-y

Bollen, K. A. (1989). Structural equations with latent variables. New York: Wiley. p.278.

Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People's Mental Health? - Evidence From Chinese College Students. Frontiers in psychology, 11, 1529. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529

Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). "Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence": Correction to Christensen et al. (1999). Health Psychology, 18(3), 220. https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.3.220

Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. Journal of psychosomatic research, 56(4), 391–408. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6

Dünya Sağlık Örgütü, Timeline: WHO's COVID-19 response., Aralık 2020 tarihinde https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive timeline adresinden indirildi.

El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. Clinical psychology review, 33(8), 1096–1105. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.010

Erdoğan, T. , Aydemir, Y. , Aydın, A. , İnci, M. B. , Ekerbiçer, H. , Muratdağı, G. & Kurban, A. (2020). İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler . Sakarya Tıp Dergisi , Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Özel Sayısı , 1-10 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/smj/issue/55427/739127

Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 438–444.

Gall, M.D., Borg, W.R., & Gall, J.P. (1996). Educational Research: An Introduction, (Sixth Edition). USA: Longman.

Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. Health Psychology, 39(5), 355–357. https://doi.org/10.1037/hea0000875

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences, 30(8), 1311-1327.

Gerolimatos, L. A., & Edelstein, B. A. (2012). Anxiety-related constructs mediate the relation between age and health anxiety. Aging & Mental Health, 16(8), 975–982. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.688192

Gottlieb, M., & Dyer, S. (2020). Information and Disinformation: Social Media in the COVID-19 Crisis. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 27(7), 640–641. https://doi.org/10.1111/acem.14036

Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. BMC infectious diseases, 10, 322. https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-322

Grassi, L., Rossi, E., Sabato, S., Cruciani, G., & Zambelli, M. (2004). Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. Psychosomatics, 45(6), 483–491. https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.6.483

Hadjistavropoulos, H. D., Hadjistavropoulos, T., & Quine, A. (2000). Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. Behaviour Research and Therapy, 38(5), 425–438. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00044-3

Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D., & Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self reported medical and non-medical samples. Journal of Behavioral Medicine, 35(2), 167–178.

Hairet, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). Multivariate data analysis. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Hayes, A. F. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression based approach. New York: Guilford Publications.

Hua, J., & Shaw, R. (2020). Corona Virus (COVID-19) "Infodemic" and Emerging Issues through a Data Lens: The Case of China. International journal of environmental research and public health, 17(7), 2309. https://doi.org/10.3390/ijerph17072309

Karagöz, Y. (2017). SPSS ve AMOS Uygulamalı Nitel-Nicel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Kehler, M. D., & Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? Journal of Behavioral Medicine, 32(2), 150–161. https://doi.org/10.1007/s10865-008-9186-z

Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.

Király, O., Potenza, M. N., Stein, D. J., King, D. L., Hodgins, D. C., Saunders, J. B., et al. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. Comprehensive Psychiatry, 100, 152180.

Kirmayer, L. J., & Looper, K. J. (2001). Hypochondriasis in primary care. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady (pp. 155–180). Oxford University Press.

Kline, R.B., (2011), Principles and Practice of Structural Equation Modelling, 3rd.Edition, NY: Guilford Press.

Lee, S., Lam, I. M., Kwok, K. P., & Leung, C. M. (2014). A community-based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. Journal of anxiety disorders, 28(2), 187–194. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.002

Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., Xu, K., Li, C., Ai, Q., Lu, W., Liang, H., Li, S., & He, J. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. The Lancet. Oncology, 21(3), 335–337. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6

Longley, S. L., Watson, D., & Noyes, R., Jr (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: the multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). Psychological assessment, 17(1), 3–14. https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.3

MacSwain, K. L. H., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D., & Graham, A. R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. Personality and Individual Differences, 47(8), 938–943. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.020

Magariños, M., Zafar, U., Nissenson, K., & Blanco, C. (2002). Epidemiology and treatment of hypochondriasis. CNS Drugs, 16(1), 9–22. https://doi.org/10.2165/00023210-200216010-00002

Marcus, D. K., & Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis?. Journal of psychosomatic research, 54(6), 543–547. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00526-3

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. Clinical psychology review, 27(2), 127–139. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.003

McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). Journal of Anxiety Disorders, 28(2), 259–265.

McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 245, 270–278.

Mohammadi, M. R., Zarafshan, H., Khayam Bashi, S., Mohammadi, F., & Khaleghi, A. (2020). The Role of Public Trust and Media in the Psychological and Behavioral Responses to the COVID-19 Pandemic. Iranian journal of psychiatry, 15(3), 189–204.

Noyes R., Jr (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. The Psychiatric clinics of North America, 24(1), 41–55. https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70205-7

Noyes, R., Jr, Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. Psychosomatics, 43(4), 282–289. https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.4.282

Rachman S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. Behaviour research and therapy, 50(7-8), 502–512. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001

Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: a reconsideration. Behaviour research and therapy, 46(2), 163–173. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.11.008

Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. Child abuse & neglect, 38(3), 407–413. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.007

Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. Brain and behavior, 6(7), e00497. https://doi.org/10.1002/brb3.497

Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriasis in the general population. Psychosomatic Medicine, 63, 595–602.

Rice R. E. (2006). Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. International journal of medical informatics, 75(1), 8–28. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.032

Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., & Hanna, M. (2006). Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. Journal of psychosomatic research, 60(2), 155–161. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.005

Rugancı, R. N. (2008). Bağlanma Biçimi, Duygulanım Düzenleme, Psikolojik Rahatsızlık ve İlişkisel Dünyanın Zihinsel Yapılanması Arasındaki İlişki. Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Globalization and health, 16(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w

Salkovskis, P. M. ve Warwick, H. M. C. (1986). Case histories and shorter communications: Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behavior Research and Therapy, 24(5), 597-602.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. ve Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine, 32(05), 843-853.

Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 17(2), 41–45.

Seivewright, H., Salkovskis, P., Green, J., Mullan, N., Behr, G., Carlin, E., Young, S., Goldmeier, D., & Tyrer, P. (2004). Prevalence and service implications of health anxiety in genitourinary medicine clinics. International journal of STD & AIDS, 15(8), 519–522. https://doi.org/10.1258/0956462041558122

Selvi Y, Turan SG, Sayin AA, Boysan M, Kandeger A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. Sleep and Hypnosis (Online). 2018;20(4):241-6.

Shigemura, J., Ursano, R.J., Morganstein, J.C., Kurasawa, M., Benedek, D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. Psychiatr Clin , 74:281–282.

Skegg, D., Gluckman, P., Boulton, G., Hackmann, H., Karim, S., Piot, P., & Woopen, C. (2021). Future scenarios for the COVID-19 pandemic. Lancet (London, England), 397(10276), 777–778. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00424-4

Sorokowski, P., Groyecka, A., Kowal, M., Sorokowska, A., Bialek, M., Lebuda, I., Karwowski, M. (2020). Information about pandemic increases negative attitudes toward foreign groups: A case of COVID-19 outbreak. PsyArXivhttps://doi.org/10.31234/osf. io/j23vt.

Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: Challenges of problematic online searches for health related information. Psychotherapy and Psychosomatics, 86, 129-133.

Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Expert review of neurotherapeutics, 13(2), 205–213.

Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D., Khazaal, Y., & Viswasam, K. (2019). Cyberchondria and its relationships with related constructs: A network analysis. Psychiatric Quarterly,
90,491-505.

Starcevic, V., Schimmenti, A., Billieux, J., & Berle, D. (2020). Cyberchondria in the time of the COVID-19 pandemic. Human behavior and emerging technologies, 10.1002/hbe2.233. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/hbe2.233

Tanis, M., Hartmann, T., & te Poel, F. (2016). Online health anxiety and consultation satisfaction: A quantitative exploratory study on their relations. Patient Education and Counseling, 99(7), 1227–1232.

Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. New York, NY: Guilford Press.

Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D., & Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria. International Journal of Social Psychiatry, 65, 566–569.

Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020). Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. Comprehensive psychiatry, 99, 152167. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152167

Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. Behaviour research and therapy, 28(2), 105–117.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. Cognitive Therapy and Research, 36(3), 210–218. https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3

White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. ACM Transactions on Information Systems (TOIS), 27(4).

Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. Annual review of clinical psychology, 6, 257–283. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505

Wright, K. D., Reiser, S. J., & Delparte, C. A. (2017). The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. Journal of health psychology, 22(5), 617–626. https://doi.org/10.1177/1359105315610669

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The lancet. Psychiatry, 7(3), 228–229. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8

Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. Asian journal of psychiatry, 51, 101990. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. Precision Clinical Medicine, 3(1), 3–8.

Živadinović, K, N. (2004). Utvrđivanje osnovnih karakteristika proizvoda primjenom faktorske analize [Defining the basic product attributes using the factor analysis]. Ekonomski pregled, 55, 952–966

Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. (2003). Heart-focused anxiety and chest pain in postangiography medical patients. Journal of behavioral medicine, 26(3), 197–209. https://doi.org/10.1023/a:1023456419736