



T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PANDEMİ DÖNEMİNDE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN KORONAVİRÜS-19 FOBİSİ İLE SİBERKONDRİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Zeynep Nehir SARI

Çankırı 2022

PANDEMİ DÖNEMİNDE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN KORONAVİRÜS-19 FOBİSİ İLE SİBERKONDRİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Zeynep Nehir SARI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK

Çankırı 2022

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 198202006 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep Nehir SARI, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Pandemi Döneminde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Koronovirüs-19 Fobisi ile Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı:	**Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğr. Üyesi Sevcan TOPTAŞ KILIÇ** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğr. Üyesi Cansu POLAT DÜNYA** **İstanbul Üniversitesi**	**……** **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza
Prof. Dr. Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdür

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Pandemi Döneminde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Koronovirüs-19 Fobisi ile Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
…/…/2021
Zeynep Nehir SARI

ÖN SÖZ

Bu tez çalışmam boyunca bana danışmanlık yapan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübesi ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK'E, bilgisi ve deneyimlerini her zaman bizlerle paylaşan Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı sayın Doç. Dr. Satı DİL'e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince yardım ve desteğini hissettiğim arkadaşlarım Çiğdem Yıldız, Nilay Göktaş ve Emre Göktaş'a

Sevgi, sabır ve anlayışları ile yaşamımın her döneminde bana destek olan ailem ve değerli halam Esma Şakacı'ya

Ayrıca tez savunmama katılarak kritik noktalar da yapıcı eleştiriler getirerek tezin son şeklini almasını sağlayan değerli hocalarıma

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY……. iii
ETİK BEYANNAMESİ……. iv
ÖN SÖZ……..... v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER……..... viii
ÇİZELGELER LİSTESİ……..... ix
ŞEKİLLER LİSTESİ……..... x
ÖZET……..... xi
SUMMARY……..... xii
1. GİRİŞ – BAŞLIKLAR……..... 1
1.1. Çalışmanın amacı……..... 4
1.2. Problemler……..... 4
1.3. Sınırlılıklar……..... 4
1.4. Sayıltılar……..... 5
2. GENEL BİLGİLER……..... 6
2.1. Koronavirüs-19 Pandemisi……..... 6
2.1.1. Koronavirüs-19 Pandemisinin Sosyal ve Psilolojik Etkileri… 7
2.1.2. Koronavirüs-19 Fobisi…..……..... 8
2.2. Kronik Hastalık Tanımı ve Özellikler……..... 9
2.2.1. Dünya Ve Türkiye' de Kronik Hastalıklar Epidemiyoloji…… 11
2.2.2. Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Yaklaşımı…… 13
2.2.3. Koronavirüs -19 Salgınının Kronik Hastalıklara Etkisi……... 13
2.3. Siberkondri……..... 15
2.3.1. Siberkondria Tanımı ve Özellikleri……..... 15
2.3.2. Koronavirüs-19 Pandemisinde Siberkondri……..…….. 19
2.3.3. Siberkondride Hemşirelik Yaklaşımı…..…… 20
3. MATERYAL VE YÖNTEM……. 22
3.1. Araştımanın Amacı ve Tipi…….……..... 22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı…… ……..... 22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi…….. 22
3.4. Araştırmanın Örneklem Hacminin Belirlenmesi…..…….. 23
3.5. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri…….……..... 24

3.6. Veri Toplama Araçları……..... 24
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu……..... 24
3.6.2. Siberkondri Şiddeti Ölçeği…… 25
3.6.3. Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği……... 26
3.6.4. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması……... 26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü……..... 26
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi……..……. 27
4. BULGULAR……..……. 28
5. TARTIŞMA……..……. 46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…...…… 55
6.1.Sonuçlar……...…….. 55
6.2. Öneriler…….……....…… 56
KAYNAKLAR…… 57
EKLER……. 66
EK 1 : Kişisel Bilgi Formu…….……..…….. 66
EK 2 : Siberkondri Şiddeti Ölçeği…….……..…… 68
EK 3 : Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği…….……..…… 70
EK 4 : Siberkondri Şiddeti Ölçeği İzin Belgesi…… 71
EK 5 : Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği İzin Belgesi……..…….…… 72
EK 6 : Etik Kurul İzin Formu……..…….…… 73
EK 7 : Kurum İzin Belgesi……..…..…… 74

ÖZGEÇMİŞ……..…… 75

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

CDC : Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi

DM : Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HT : Hipertansiyon

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH : Kardiyovasküler Hastalıklar

SARS-CoV-2: Şiddetli Ani Solunum Yetmezliği Sendromu- Koronavirüs 2

SVH : Serebrovasküler Hastalıklar

TCSB : Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

TÜBA : Türkiye Bilimler Akademisi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1: Hastaların sosyodemografik ve mesleki özellikleri..... 28
Çizelge 4.2: Hastaların SŞÖ ve K19FÖ Puan ortalamaları..... 30
Çizelge 4.3: Hastaların SŞÖ ve K19FÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 31
Çizelge 4.4: Hastaların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre K19FÖ puan ortalamaları……..…….. 33
Çizelge 4.5: Hastaların Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine göre SŞÖ puan ortalamaları……..……... 37
Çizelge 4.6: Katılımcıların siberkondri düzeyinin koronavirüs-19 fobisi düzeyi üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi…….……..... 42
Çizelge 4.7: Katılımcıların koronavirüs-19 fobisi düzeyinin siberkondri düzeyi üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi……..…….…….. 43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1: G-Power Analiz Sonucu..... **23**

PANDEMİ DÖNEMİNDE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN KORONOVİRÜS-19 FOBİSİ İLE SİBERKONDRİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

ÖZET

Koronavirüs-19 salgınında kronik hastalığı olan bireylerin, Koronavirüs-19 fobisi ile siberkondri düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan kesitsel, tanımlayıcı çalışmanın örneklemini Aralık 2020 ile Nisan 2021 tarihleri arasında ayaktan ya da yatarak tedavi alan ve kronik hastalığı olan 292 birey oluşturmuştur. Veriler online veri toplama yöntemi ile toplanmıştır. Verileri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ) ve Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği (K19FÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, Anova testi, t testi, Tukey ve Bonferroni çoklu karşılatırma testleri, korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların %56.4'nün kadın, %35,7'nin 50 yaş ve üzerinde, %82,3'ü evli, %54,8'i çalışmaktadır. Katılımcıların %83'ü koronavirüs-19 ile ilgili internetten araştırma yaptığını, %84,7'i tv/internette sağlık/koronavirüs-19 ile ilgili programları izlediğini ve %18,7'i internetten edindiği bilgilerin doğruluğuna inandığını ve %76,2'i internetten öğrendiği bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb.) takip etme, tv/internette sağlık/koronavirüs-19 ile ilgili programları izleme, internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma, tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumlarının koronavirüs fobisi ve sibekondri düzeylerini etkileyen değişkenler olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların K19FÖ puan ortalaması 55,47±12,44, SŞÖ puan ortalaması 79,37±14,66 olarak saptanmıştır. Her iki ölçektende alınabilecek en yüsek puanlar (K19FÖ :100, SŞÖ: 165) dikkate alındığında katılımcıların koronafobi ve siberkondri düzeyleri orta düzeyde olarak değerlendirilmiştir.

Koronavirüs pandemisinde arttığı düşünülen siberkondrinin erken dönemde belirlenmesi, kronik hastalıkların doğru yöneltilmesi açısından önemlidir. Hemşireler kronik hastalığa sahip bireylere tanı konulur konulmaz danışmanlık vermeli ve sağlık okuryazarlığını öğretmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Koronavirüs-19 Fobisi, Kronik Hastalık, Siberkondri

DETERMINING THE CORONAVIRUS-19 PHOBIA AND CYBERCHONDRIA LEVEL IN INDIVIDUALS WITH A CHRONIC ILLNESS DURING THE PANDEMIC AND THE AFFECTING FACTORS

SUMMARY

The sample of this descriptive cross sectional study which sought to determine the coronavirus-19 phobia and cyberchondria in individuals with a chronic illness during the coronavirus-19 pandemic and the affecting factors comprised 292 inpatients and outpatients with a chronic illness between December 2020 and April 2021. The researcher collected the data via an online data collection method. As data collection tools, the researcher used the Personal Information Form, the Cyberchondria Severity Scale (CSS) and the Coronavirus-19 Phobia Scale (C19PS). In evaluation of the data, the researcher used number, percentage, ANOVA test, t-test, Tukey and Bonferroni multiple comparison test, correlation and regression analysis.

Of the study participants, 56.4% were female, 35.7% were aged 50 years and above, 82.3% were married and 54.8% were employed. 83% of the participants stated that they had searched the internet for coronavirus-19, 84.7% watched shows related to health/coronavirus-19 on the TV/internet and 18.7% believed in the accuracy of the information they had obtained from the internet and 76.2% were psychologically affected by the information they had obtained from the internet in a negative direction.

The participants' gender, educational background, state of following a publication related to health (such as books, journals), state of watching shows related to health/coronavirus-19 on the TV/internet, state of believing in the accuracy of the information they had obtained from the internet related to health state of being psychologically affected by the information they had obtained from the TV/internet in a negative direction were the variables affecting their coronavirus-19 phobia and cyberchondria level ($p<0.05$).

The participants' mean C19PS score was 55.47±12.44 and mean CSS score was 79.37±14.66. Considering the highest scores to be obtained from the two scales (C19PS:100, CSS: 165), the participants had a moderate level of coronavirus-19 phobia and cyberchondria.

Early identification of cyberchondria which is believed to have increased during the coronavirus-19 pandemic is crucial for properly managing chronic illnesses. Nurses are to consult individuals with a chronic illness as soon as they are diagnosed and teach them health literacy.

Keywords: Nursing, Coronavirus-19 Phobia, Chronic İllness, Cyberchondria

1. GİRİŞ

Yaşam boyu insanlığın karşılaştığı, ölümlere sebep olan afetlerden birisi de salgın hastalıklardır (Yiğit ve Gümüşçü, 2016). Salgın hastalıklar, dünya tarihi boyunca insanların yaşam ve yönetim biçimlerinde değişikliklere yol açan ve küresel etkileri olan sağlık olaylarıdır. Bu salgın hastalıkların dünya genelinde birden fazla ülke ya da kıtada, oldukça geniş bir alanda etkisini göstermesi pandemi olarak adlandırılır. Bir hastalık veya salgının pandemi olabilmesi için Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre üç kriter aranmaktadır. Bu kriterler; yeni bir virüs veya mutasyona uğramış bir etken olması, insanlara kolayca bulaşması ve insandan insana kolay ve sürekli bulaşma halinde olması olarak sıralanmaktadır (TÜBA, 2020).

İnsanlık tarihi üzerinde en fazla etki bırakan salgın hastalıklar; veba, kolera, tifüs, çiçek, ebola ve grip şeklinde sıralanabilir (TÜBA, 2020). İçinde bulunduğumuz dönemde de tüm dünyayı etkileyen Koronavirüs-19 insandan insana yüksek bulaşma özelliğine sahip olması nedeniyle dünya çapında kolayca yayılım göstermiş ve 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi ilan edilmiştir (TCSB, 2020).

Yeni Koronavirüs Hastalığı (Koronavirüs-19), ilk olarak Çin Halk Cumhuriyetinin Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada görülmüş ve yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de yeni bir virüs olarak tanımlanmıştır (TCSB, 2020). Hastalıktan en çok etkilenenler ise özellikle 60 yaş üstü ve ciddi kronik hastalıklara (kalp hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik solunum yolu hastalığı, kanser gibi) sahip olan bireylerdir. Dünyada ve ülkemizde ölüm ve sakatlıkların en önde gelen sebepleri arasında gösterilen, Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak tanımladığı kronik hastalıklar, 6 ay ve daha uzun süre devam eden, yavaş yavaş ilerleyen, tam tedavi edilemeyen, bireyin bedensel fonksiyon kapasitesini olumsuz yönde etkileyerek sürekli tıbbi destek almasına neden olan hastalıklardır (Aydemir ve Çetin, 2019; Akt. Hançerlioğlu, 2014; WHO, 2014). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya da her yıl 40 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı ölmektedir (WHO, 2020).

Koronavirüs-19 salgınında mortalite oranlarını arttıran risk faktörlerinden biri olan kronik hastalıklar tüm dünyada ölüm nedenlerinin başında gelmiştir (WHO, 2020). Bilim insanlarının erken dönemde elde ettikleri verilere göre; Koronavirüs-19, kronik hastalığı olan bireylerde klinik tablonun daha ağır seyretmesine neden olmaktadır. Ocak 2020'de Wuhan'dan yayınlanan bir çalışmada, 99 hastanın %51'inde en az bir kronik hastalık varlığı tespit edilmiş, bu hastalıkların çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve serebrovasküler hastalıkların olduğu bildirilmiştir (Chen ve ark., 2020).

Çin'de Koronavirüs-19 hakkında 1099 hasta ile yapılan epidemiyolojik bir başka çalışmada, yaş ortancasının 47 (%25-75=35.0-58.0) olduğu, hastalığın %52,1 ile erkeklerde daha sık görüldüğü ve hastaların %23,7'sinde eşlik eden hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi en az bir kronik hastalığın olduğu saptanmıştır (Guan ve ark., 2020).

İnsanlar sağlıklarını etkileyecek bu hastalık ve salgınlar ile ilgili sürekli yenilenen bilgi ve verilere ihtiyaç duymuş ve arayış içine girmişlerdir (Önder, 2014). Kitle iletişim teknolojisinin gelişimine paralel olarak bireylerin sağlık bilgisi konusunda faydalandıkları kaynaklarda değişime uğramış önceden sağlık profesyonellerinden elde ettikleri bilgilere günümüzde daha kolay ulaşabilecekleri kaynaklardan (internet, tv, sosyal medya vs) elde eder hale gelmişlerdir (Avcı ve Sönmez, 2013). Geleneksel bilgi kaynaklarını geride bırakan internet, anonimlik, düşük maliyet, bilgi miktarı, sosyal destek gibi birçok avantaj sağlamasının yanında bireylerin, çelişkili, kafa karıştırıcı, güvenilmez, yanlış ve eski bilgilere maruz kalmasına ve dijital bölünmeye neden olarak sağlık eşitsizliklerini arttırmasına ortam hazırlamaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Kişilerin sağlık anksiyetesini arttırması bu olumsuzlukların en önemlilerinden birisidir (Fergus, 2014).

İnternette sağlık bilgisi aramanın oluşturduğu olumsuz sonuçları açıklamak için "siber"(cyber) ve "hipokondriyazis" (hypochondriasis) kelimelerinden türetilmiş olan "siberkondriyazis"(cyberchondriasis) terimi kullanılmaktadır (Starcevic, 2017). Hipokondriazis, bireyin vücut hareket ve belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığının olacağına ya da ciddi bir hastalığının olduğu düşüncesine sahip olması, gerekli tıbbi değerlendirme yapılması ve güvence verilmesine rağmen bu düşüncelerinin devam etmesi ile karakterize bir bozukluktur (Abramowitz ve

Braddock, 2006). Hipokondriazisin modern bir "versiyonu" olarak kabul edilen "Siberkondria", bireyin sağlığı ile ilgili endişe ve sıkıntısını giderebilmek için internetin aşırı kullanımı olarak tanımlanır. Terim ayrıca bireyin içinde bulunduğu aşırı kaygılı durumu da kapsar. Günümüzde internete erişimin kolaylaşması sonucu internet kullanımının artması, insanların sağlık problemleri konusunda sık sık internette araştırma yapmalarını da beraberinde getirmektedir. Ancak insanların bir kısmında bu araştırmalar sonucu elde edilen bilgiler kişiyi rahatlatmak yerine sağlık konusundaki endişelerini arttırmaktadır (Gençer ve ark., 2018). Bilmediği yada güvence almak için web sitelerinden sürekli tekrarlayıcı aramalar yapmasıyla karşımıza çıkan siberkondri kavramı Koronavirüs-19 salgınında da baş göstermiştir. Koronavirüs-19 hakkında çevrimiçi bilgilerin fazlalığı ve gereksiz bilgileri filtreleme zorluğu çevrimiçi aramaların karmaşık hale gelmesine neden olmuştur. Bu durum da bireylerde tehdit ve berlisizlik algısı artışına ve kaosa sebep olmuştur (Arora ve ark., 2020).

Bireylerin sağlık bilgisi için interneti kullanmalarının yararları olduğu gibi başta kaygı, stres vb. olmak üzere, sağlık hizmet kullanımını arttırma gibi olumsuzluklara yol açtığı görülmektedir (Yalçın, 2021; Güzel, 2020; Gencer ve ark, 2018; Güleşen, 2020). Koronavirüs-19 pandemisinin bireylerde yarattığı anksiyete ve uygulanan bazı yasaklara bağlı olarak sağlık olanaklarının kısıtlanması, bireyleri internette sağlık ile ilgili bilgi aramaya yöneltmiştir. Bu durum pandemi döneminde hızla yayılan ve yeni bir kavram olan siberkondriyi araştırılması gereken bir kavram haline getirmiştir (Efendioğlu, 2022). Pandemi döneminde bireylerin siberkondri düzeyini ve koronafobiyi azaltmak için sosyal medya ve arama motorlarında pandemi hakkında doğru-güvenilir bilgilerin paylaşılmasının yararlı olabileceği bildirilmiştir (Jungmann ve Witthöft, 2020). Sağlık bilgisi arama da internet ortamında daha güvenli sayfaların oluşturulması, sağlık bilgisine yer veren sitelerin denetlenmesi ve sağlık bilgisinin toplumla paylaşılması konusunun tüm bileşenlerle (sağlık çalışanları, akademisyenler, halk ve bilişim sektörü) ele alınması önemlidir (Güzel, 2020; Güleşen. 2019).

Hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalıkları ile ilgili bilgilere ulaşma konusunda hastaları güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirme, bilgi gereksinimini karşılama konusunda aktif rol almalıdır. Pandemi kapanma döneminde

kronik hastalığa sahip bireylerin poliklinik hizmetlerinden yararlanması, uzman hemşirelerden danışmanlık alabilmesi imkansız hale gelmiştir. Bireyler daha çok online veri kaynaklarından yararlanmış, güvenilir olmayan bilgilerle karşı karşıya kalmışlardır. Konuya ilişkin ulusal ve uluslararası literatürde araştırma yapılmamış olmasından dolayı literatüre katkı sağlayacağı düşünülülen bu araştırmanın amacı; koronavirüs-19 salgınında kronik hastalığı olan bireylerin koronafobi ile siberkondri düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

1.1 Çalışmanın Amacı

Pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin koronavirüs-19 fobisi ile siberkondri düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1.2 Problemler

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır. Pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin;

- Katılımcıların koronavirüs-19 fobi düzeyi nedir?
- Katılımcıların siberkondri düzeyi nedir?
- Katılımcıların koronavirüs-19 fobisi ile siberkondri düzeyleri ve etkileyen faktörler nedir?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre K19FÖ puanları arasında fark var mıdır?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SŞÖ puanları arasında fark var mıdır?
- Katılımcıların K19FÖ ve SŞÖ puanları arasında ilişki var mıdır?

1.3 Sınırlıklar

Bu araştırmadan elde edilen veriler sadece Çankırı ili bünyesindeki devlett hastanesine başvuran ve kronik hastalığı olan bireylerden elde edilen veriler olması nedeniyle Türkiye evrenine genellenemez. Çalışmanın yapıldığı dönem de koronavirüs-19 salgının olması, enfekte olma ya da yakın temaslı olma durumlarını

en aza indirmek için araştırma elektronik ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Çalışma, bu dönemde koronavirüs-19 salgını sebebiyle kısıtlamaların olması, hastaneye başvuran hasta sayısını azalması ve çalışmaya uygun bireylerin bir kısmının akıllı telefon kullanmaması gibi olağanüstü koşullar nedeniyle sınırlı bir örneklemde kalmış; çalışmaya uygun, kronik hastalık olup akıllı telefon kullanan bireylerin katılımı ile tamamlanmıştır.

1.4 Sayıltılar

Araştırma için kulanılan veri toplama yönteminin amacına uygun olduğu, araştırmaya katılan bireylerin çalışmaya katılım onamları alınarak çalışma anketlerini samimi ve özenli cevapladıkları, çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu, çalışmada kullanılan K19FÖ ve SŞÖ'nin kronik hastalığı olan bireylerin koronavirüs-19 ve siberkondri düzeylerini belirleyeceği sayıltılarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüs-19 Pandemisi

Koronavirüs-19, Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan şehrin de Aralık 2019 tarihin de ilk vakaların görülmesiyle başlayan ve çok kısa sürede tüm dünyaya yayılarak 21.yüzyılda insanlığın gördüğü en büyük salgın haline gelmiştir. DSÖ, Koronavirüs-19'u 30 Ocak 2020'de "uluslararası kamu sağlığı acil durumu" 11 Mart 2020'de ise pandemi olarak ilan etmiştir (WHO, 2020).

Koronavirüs-19, şimdiki adıyla SARS-CoV-2 (Şiddetli Ani Solunum Yetmezliği Sendromu- Koronavirüs 2), yeni keşfedilen bir koronavirüsün neden olduğu, şiddetli akut solunum problemlerine neden olabilen bir hastalıktır (Worldometers, 2020). Koronavirüs-19, asemptomatik taşıyıcılıktan akut solunum yetmezliğine kadar geniş bir klinik tabloya sahiptir (Wu ve Mc Googan, 2020). Hastalık bazı hastalar da başlangıçta asemptomatik seyredip ilerleyen günlerde semptomatik hale gelebilmektedir (Huang ve ark., 2020). Koronavirüs-19' da diğer solunum yolu enfeksiyonları gibi enfekte olmuş kişilerin öksürme, hapşırma sırasında havaya saçtıkları virüslü damlacıkların hava yolu ile alınmasıyla bulaştığı gibi virüsle kontamine olmuş yüzeylerle temastan sonra bireylerin yüzlerine dokunmasıyla da bulaştığı düşünülmektedir (Badawi ve Ryoo, 2016; Cui ve ark., 2019). Koronavirüs-19 virüsüne maruz kalan bireylerde 2 ila 14 gün sonra başlayan yüksek ateş, kuru öksürük, boğaz ağrısı, nefes darlığı, burun tıkanıklığı gibi solunum sistemi ilişkili semptomların yanı sıra baş ağrısı, yorgunluk-halsizlik, göğüste sıkışma hissi, taşikardi, yaygın vücut ağrısı, tat veya koku duyu kaybı, ishal, bulantı veya kusma gibi solunum sistemi dışında semptomlarda görülebilmekte ya da hastalık semptomsuz da seyredebilmektedir (CDC, 2021).

Koronavirüs-19 enfeksiyonu mevsimsel gribal enfeksiyona oranla daha patojen olduğu ve bulaştırıcılık oranının çok daha yüksek olduğu bilinmektedir ve tahmini mortalite oranı %0,5 ile %3 arasında değişmektedir (Murthy ve ark., 2020). Hastaneye yatışların başlıca nedenleri, %91 oranında pnömoni, %3,4 oranın da akut solunum sıkıntısı sendromu [Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)] ve %1,1 oranında şok tablosu oluşturmaktadır (Huang ve ark., 2020). Hastaların iyileşme süresi, hastalığın şiddetine göre 2 ila 6 hafta arasında değişebilmektedir.

İnvaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastalarda ölüm oranı oldukça yüksek ve semptomların başlamasından ölüme kadar geçen ortalama süre 14 gündür (Gülbahar ve Gök, 2020).

Koronavirüs-19 ile ilgili dünya genelin de 530 milyondan fazla vaka ve 6,5 milyona yakın ölüm bildirilmiştir (Worldomatter, 06/2022). Türkiye'de ilk Koronavirüs-19 vakası 10 Mart 2020'de görülmüş, ilk ölüm vakası ise 17 Mart 2020'de bildirilmiştir. Koronavirüs-19 salgını 10 Mart 2020 tarihinden bu zamana kadar; 15 milyondan fazla vaka ve 98 bine yakın ölüme neden olmuştur (TCSB, 06/ 2022). Dünya ve ülkemiz genelin de semptom göstermeyen ve hafif semptom gösteren vakaların büyük kısmının tespiti yapılamamaktadır. Bu durum göz önüne alındığın da dünya ve ülkemiz genelin de vaka sayılarının yüksek olabileceği tahmin edilmektedir (TCSB, 2021).

Hastalığın mortalitesinin yaş ile doğru orantılı olduğu bildirilmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada; 80 yaş ve üzeri virüse maruz kalmış bireyler de mortalite oranın 3 kata kadar arttığı bildirilmiştir (Wu ve McGoogan, 2020). İtalya'da yapılan araştırma sonuçlarında da koronavirüs -19'dan dolayı ölümlerin %83'ünün 70 yaş ve üzeri bireyler olduğu saptanmıştır (Rosenbaum, 2020). Kore'de yapılan bir çalışma da ise koronavirüs-19'un tüm hastalardaki mortalite oranı %0,9 ve 80 yaş üzerinde bu oranın %9,3 olduğu saptanmıştır **(**Kang, 2020).

Bir çok ülkede virüsün insan hayatın da yıkıcı etkileri olmuştur. Virüsün semptomları, ölüm oranları hakkın da kapsamlı raporlar yayılanmaktadır. Düzenli aralıklarla güncellenen resmi Koronavirüs-19 rapoarlarına göre, küresel çapta vaka ve ölüm oranlarının artmaya devam etmesi sebebiyle, bilim dünyası Koronavirüs-19 aşı çalışmalarına öncelik vermiş ve bu konuda önemli gelişmeler kaydetmiştir. Koronavirüs-19 aşılarının bir çok ülke de kullanıma sunulmasına karşın pandemi ile ilgili belirsizlikte küresel çapta devam etmektedir (Skegg ve ark., 2021).

2.1.1. Koronavirüs-19 Pandemisinin Sosyal Ve Psikolojik Etkileri

Koronavirüs-19 pandemisi, bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarını değil sosyal yaşamlarını da etkilemektedir. Bir çok ülke virüsün kitle olarak yayılmasını önlemek amaçlı uzun süreli sokağa çıkma yasağını da içeren bir dizi sosyal izolasyon

önlemleri uygulamıştır. Ülkemizde de kısa süreli sokağa çıkma yasağı, devlet kurumların da esnek mesai kavramı, özel sektör de çalışan personelin evinden çalışması ve gönüllü sosyal izolasyon gibi politikalar uygulanmıştır (Aşut, 2020). Kısıtlamalardan dolayı evde kalmak zorunda olan bireyler zamanlarını nasıl geçirecekleri konusunda kendilerini baskı altında hissetmişlerdir. Üretim sektörünün kısmi sekteye uğraması ve temel ihtiyaç mazlemelerine ulaşamama korkusu, insanları temel gıda, temizlik malzemesi ve koruyucu ekipman stoklamaya yöneltmiştir (Choi ve ark., 2020).

Sosyal ilişkilerin stresörlere karşı tampon görevi gördüğü bu dönemler de, zorunlu kısıtlamaların olması bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Aşut, 2020). Kısıtlamalar, bulaş hızı ve ölüm oranlarının yüksek oluşu, tedavi protokolleri ve yan etkileri hakkında net bilgilerin olmaması, hastalığın tekrarlama ihtimalinin oluşu, hastalığın seyri ve uzun dönemdeki sonuçlarının belirsiz olması gibi sebepler bireyler de Koronavirüs-19 ile ilgili endişe ve korkuları arttırmaktadır. Ayrıca bu dönem, bireylerin çaresizlik ve damgalanma duygusunu daha yoğun hissetmelerine sebep olmuştur (Choi ve ark., 2020).

Cao ve arkadaşlarının (2020) Çin'de yaptığı bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık %25 ile %35'inin Koronavirüs-19 pandemisi sırasında anksiyete semptomları veya psikolojik stres ile ilgili zorluklar yaşadığı belirlenmiştir. Yine Çin'de Chen ve arkadaşlarının (2020) Koronavirüs-19 tebdbileri ve üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında, özellikle izolasyonun obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), depresyon, hipokondri, korku gibi belirtilerin ortaya çıkmasın da önemli rol oynadığını saptamışlardır.

Ayrıca virüsün kitle olarak yayılmasını önlemeye yönelik uygulanan kısıtlamalar buna eşlik eden ekonomik sıkıntılar psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir (Aşut, 2020).

2.1.2. Koronavirüs-19 Fobisi

İnsanlık tarihinin bilinen en eski duygusu korkudur. En güçlü korku türü ise bilinmeyene karşı oluşan korkudur (Carleton, 2016). Korku gerçekçi bir duygu olsa

da bireyin günlük yaşam işleyişini bozabilir. Bazı bireyler şiddetli kaygının sonucu olarak sağlıklarıyla ilgili maladaptif davranışlar sergileme eğiliminde olabilirler. Sağlıklarıyla ilgili kaygı duyan bireyler sürekli tekrarlanan hayati değerleri kontrol etme (vücut ısısını, nabız vs), hastalık olmadığını teyit etme ve sterilizasyon gibi obsesif-kompulsif semptomlar geliştirebilirler (Dilbaz ve ark., 2020). Bu tarz davranışların devam etmesi korkunun sürmesine ve fobiye dönüşmesine yol açabilir (Li ve ark., 2020). Antik Yunan'da 'korku' anlamına gelen fobi, bir durum ya da nesne karşısın da sürekli ve aşırı bir korku duyma ile tanımlanan bir anksiyete bozukluğudur **(**APA, 2013). Fobiler; agorafobi, sosyal fobi ve özgül fobi olmak üzere 3'e ayrılır. Arpacı ve arkadaşları (2020), koronavirüs-19 salgının bireyler de aşırı kaygı ve korkuya neden olmasını göz önünde bulundurarak koronavirüs-19 fobisini özgül fobi olarak değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar, koronavirüs-19 salgının etkileri ve sonuçlarına yönelik bireyler de oluşan aşırı kaygı ve korkuyu belirtmek için 'koronavirüs-19 Korkusu' ve 'Koronafobi' terimlerini kullanmışlardır (Arora ve ark., 2020; Lee ve ark., 2020).

Koronavirüs-19, bulaştırıcılık ve mortalite oranının yüksek oluşu, tedavi protokellerinin uzun vadede etkinliği hakkında belirsizlik oluşu ve yaşamın her alanını etkilemesi sebebiyle farklı sonuçları da beraberinde getirmiş ve özellikle bireyler üzerin de aşırı kaygı ve korkuya yol açmıştır (Sorokowski ve ark., 2020, Ahorsu ve ark., 2020). Bu aşırı kaygı ve korku durumu bireyler de koronavirüs- 19 fobisini oluşturmuştur. Geleceğin ön görülememesi, normale dönme olasığının düşük görülmesi, sağlık sistemine güvensizliğin oluşması ve bilgi kirliliği gibi etmenlerde fobiye sebep olabilmektedir (Sağlık ve Duygun, 2021).

2.2. Kronik Hastalık Tanımı Ve Özellikleri

Kronik hastalıklar, 6 ay ve daha uzun süre devam eden, yavaş yavaş ilerleyen, tam tedavi edilemeyen, bireyin bedensel fonksiyon kapasitesini olumsuz yönde etkileyerek sürekli tıbbi destek almasına neden olan, gelişimin de sosyoekonomik ve genetik faktörlerin yer aldığı, genellikle non- enfeksiyöz tipte olan hastalıklar şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2014; Akt.Hançerlioğlu, 2014). Kronik hastalığı akut hastalıktan ayıran belirgin özellik, tam iyileşmenin olmaması ve ilerleyişinin

kendi ile sınırlı olmayıp farklı tıbbi sorunlara neden olması olarak belirtilmektedir (WHO, 2014). Bundan dolayı kronik hastalıklar, uzun süreli tedavi, özel iyileştirme eğitimi ve gözlem süreci gerektirmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2014).

Kronik hastalıkların gelişimin de sosyoekonomik, bireye ait yapısal ve genetik faktörler rol almakla birlikte birçok önlenebilir risk faktörleri de yer almaktadır (Karakoç ve Taşkın, 2014). Hareketsiz yaşam tarzı, sağlıksız beslenme ve fazla kilolu olma, sigara, alkol tüketimi vb. etkenler kronik hastalıkların oluşumunda önlenebilir risk faktörleridir (WHO, 2020). Kronik hastalıklar genellikle 40 yaş ve üzeri bireyler de sık görülse de yaşlanma-yaşlılık sorunları ve kronik hastalık kavramlarının birbirinden farklı kavramlar olduğunu belirtmek gerekir. Çocuklar da bir kronik hastalık olabileceği gibi her yaşlı birey de herhangi bir kronik hastalık olmayabilir (Karakoç ve Taşkın, 2014).

Kronik hastalıklar bulaşıcı olmayan bir kaynağa ve uzun süre belirti vermeyen bir döneme sahiptirler. Hafiften çok şiddetliye kadar değişen farklı bir klinik tablo gösterebilirler. Remisyon ve alevlenme dönemleri vardır ancak tüm kronik hastalıklar da görülmeyebilir. Alevlenme ya da akut dönem de hastalığın tedavisi hastane de yapılırken, normal süreçte bakım ve tedavi evde yürütülmektedir. Kronik hastalıklar ve zamanla gelişen komplikasyonları, bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına, fiziksel aktivite performansının düşmesine ve sosyal izolasyonuna sebep olduğu gibi bireyin aile ve sosyal ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Karakoç ve Taşkın, 2014; Türkmen, 2012).

Kronik hastalıklar genelde orta yaşlar da başlayıp ve ömür boyunca devam eder. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, yaşam süresinin uzamasını ve bir çok ülke de bulaşıcı hastalıkların önlenme ve kontrolünü sağlarken; teknolojik gelişmelere bağlı olarak fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, hızlı kentleşmeye bağlı artan stresörler ve dünya nüfusunun yaşlanması gibi etkenler kronik hastalıkların insidans ve prevelansın da artışa neden olmaktadır (Türkmen, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bulaşıcı olmayan hastalıklar (Noncommunicable Diseases) (BOH) olarak tanımladığı kronik hastalıklar özellikle

kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum hastalıkları dünya da önde gelen ölüm nedenlerindendir ve tüm ölümlerin %70'inden fazlasından sorumludur (WHO, 2017; WHO, 2020). Hipertansiyon, diabetus mellitus (DM), kalp hastalıkları, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalığı başlıca kronik hastalıklardır (WHO, 2017).

2.2.1. Dünya ve Türkiye'de Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar, dünya ve ülkemiz genelinde ölüm ve sakatlıkların önde gelen sebepleri olarak gösterilmektedir. DSÖ 2014 verilerine göre; dünya genelinde kronik hastalık sebebiyle ortaya çıkan ölümler tüm ölümlerin %60'ını, kronik hastalığa bağlı sakatlıklar ise küresel hastalık yükünün %43'ünü kapsadığı bildirilmiştir (UN News Center, 2014). DSÖ'nün 2018 yılı raporuna göre ise Türkiye'de 2016 yılında toplam 455.000 ölüm meydana gelmiş ve bunların yaklaşık %89'unun bulaşıcı olmayan hastalıklardan olduğu bildirilmiştir (WHO, 2018). Dünya geneli ve ülkemizde de bulaşıcı olmayan hastalık nedenli ölümlerin başın da kardiyovasküler hastalıklar (%34) gelmekte ve bunu kanser (%23), kronik solunum yolu hastalıkları (%7), diyabet (%5) takip etmektedir. Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin %21 oranında iken, enfeksiyöz hastalıklar, maternal, perinatal durumlar ve nutrisyonel yetersizlikler %4, yaralanmalar ve kazalar ise %6'sı oranındadır (WHO, 2018).

Yine DSÖ'nün 2010 yılın da yayınladığı rapora göre; 2008 yılında dünya genelinde 57,000 ölümün 36,000'i (%63) DM, Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH), kanser ve Kronik Solunum Yolu Hastalıkları (KSYH) başta olmak üzere Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan kaynaklandığını bildirmiştir. Ülkemizde TÜİK'in 2018 yılı ölüm verilerine göre tüm ölümlerin %38,4'ü kardiyovasküler hastalıklardan, %19,7' si kanserlerden, %12,5' i ise solunum sistemi hastalıklarından meydana geldiği bildirilmiştir. Bu ölüm oranlarını %4,9 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, % 4,8 ile endokrin, beslenme ve metabolizmal hastalıklar ve %4,4 ile dışsal yaralanma nedenli ölümler ve zehirlenmeler takip etmiştir. Kardiyovasküler sistem kaynaklı ölümlerin %39,7'sinin iskemik kalp hastalığı, %22,4'ünün serebro-vasküler hastalıklardan ve %8,3'ünün ise hipertansif hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir (TÜİK, 2018).

Amerika, Doğu Akdeniz, Avrupa, Güney Doğu Asya' daki çoğu ülkede en sık ölüm nedenlerinin başında yine bulaşıcı olmayan hastalıklar gelmektedir. Afrika bölgesin de bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler sık görülse de bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranı da hızla artış göstermekte ve 2030 yılına kadar en yaygın ölüm nedenleri haline geleceği öngörülmektedir (Forouzanfar ve ark., 2016). 2012 yılın da yayınlanan raporda da dünya da ölümlerin %68' inin yine bulaşıcı olmayan hastalıklardan olduğu ve %40'ının erken ve önlenebilir hastalıklar olduğu bildirilmiştir (Forouzanfar ve ark., 2016). Bulaşıcı olmayan hastalıklar da erken ölümler ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışma da BOH' a bağlı ölümlerin; düşük ve orta gelirli ülkelerde tüm ölümlerin %48'ini, yüksek gelirli ülkelerde ise %26'sını oluşturduğu ve ölenlerin 70 yaş altı bireyler olduğu belirtilmiştir. Ülkeler arasındaki bu farkın genç yaş aralıklarında daha da belirgin olduğu bildirilmiştir (WHO, 2020)TÜİK'in 2018 yılı ölüm verilerine göre tüm ölümlerin %38,4'ü kardiyovasküler hastalıklardan, %19,7' si kanserlerden, %12,5' i ise solunum sistemi hastalıklarından meydana geldiği bildirilmiştir. Bu ölüm oranlarını %4,9 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, % 4,8 ile endokrin, beslenme ve metabolizmal hastalıklar ve %4,4 ile dışsal yaralanma nedenli ölümler ve zehirlenmeler takip etmiştir. Kardiyovasküler sistem kaynaklı ölümlerin %39,7'sinin iskemik kalp hastalığı, %22,4'ünün serebro-vasküler hastalıklardan ve %8,3'ünün ise hipertansif hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir (TÜİK, 2018).

DSÖ'nün 2018 yılı raporuna göre Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar dünya genelin de yıllık 41 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %71'i) neden olduğu ve bu ölümlerin her yıl 15 milyonunun 30-69 yaş arası gerçekleşen erken ölümler olduğu bildirilmiştir. Özellikle ölümlerin (%85'i) düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği görülmüştür. Bulaşıcı olmayan hastalıklar grubu ölümler de kardiyovasküler hastalıklar ilk sıra da yer almaktadır. Bunu sırayla kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet takip etmektedir. Yine bu 4 grup hastalığın erken ölümlerin %80'lik kısmını oluşturduğu bildirilmiştir (DSÖ, 2018).

2.2.2. Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Yaklaşımı

Kronik hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve uygun bakımın sağlanmasında hemşireler önemli role sahiptir. Uluslararası Hemşireler Birliğine (International Council of Nurses- ICN)'e göre kronik hastalıklarla daha etkin mücadele için hemşirelerin uygun rol modellerle topluma sağlıklı davranışlar kazandırması, hemşirelik bakımının devamlılığını sağlaması ve bilgilerini arttırmaları gerektiği vurgulanmaktadır. ICN 2011 yılında kronik hastalıklar ve bakımın da ulusal hemşire birliklerinin rolleri konusun da yayılandığı rapora göre; hemşirelerin, bilgiyi yayma ve savunuculuk rolü, yasal düzenlemeler oluşturulması sürecindeki rolü, ortaklıkların oluşturulması rolü ve kapasitenin geliştirilmesi sürecindeki rolü olmak üzere dört ana başlık altında belirlenmiştir (ICN, 2011; Akt. Akdemir ve Ünsar, 2021).

Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalık belirtileri ile baş etmek, tedavinin getirdiği sıkıntı ya da kısıtlamalar, geleceğe yönelik yaşanan endişeler gibi pek çok olumsuz duygu bireyin fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamını etkiler. Bu nedenle tedavi planı yapılırken kronik hastalıkların birey üzerindeki etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi vurgulanmakta ve hastalığın tedavisinin yaşam kalitesini yükseltilmesine yönelik girişimleri de içermesi önerilmektedir. Genellikle kronik hastalığa sahip bireyler yaşam biçimi, bakım ve tedavi ile ilgili doğru seçim ve davranışlarda bulunur fakat aksi durumlarda hemşirelerin olumsuz davranışları fark etmesi ve bireyde olumlu değişiklik için ekibin diğer üyeleriyle birlikte çalışması beklenilen bir durumdur. Bireyin yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarındandır ve bu noktada hemşirelerin çok fazla sorumluluğu vardır. Hemşireler kronik hastalıklara yönelik yenilikçi çözümlerle hastaların ve ailelerin hayatlarında olumlu değişiklikler yaratabileceklerdir (Akpınar ve Ceran, 2019; Kumsar ve Yılmaz, 2014).

2.2.4 Koronavirüs -19 Salgınının Kronik Hastalıklara Etkisi

Koronavirüs-19 salgınında mortalite oranını arttıran risk faktörlerinden biri olan kronik hastalıklar son dönemlerde tüm dünyada ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır (WHO, 2020). Virüsün insanlar üzerinde etkisini arttırmasında ve klinik

tablonun ağır seyretmesinde, kronik hastalığın mevcut oluşu zemin hazırlamıştır. Bilim insanlarının erken dönemde elde ettikleri verilere göre, Koronavirüs-19 hastalığı, kronik hastalığı olan bireylerde (Garg ve ark., 2020), 60 yaş üstü bireylerde ve sigara kullanan bireylerde daha ağır bir klinik tabloyla seyretmektedir (WHO 2020).

Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (2020), Koronavirüs-19 yüksek mortalite ve kötü prognoz ile ilişkili risk faktörlerini, belirlenmiş ve olası risk faktöleri şeklinde sınıflandırmıştır. Belirlenmiş risk faktörleri olarak; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik böbrek yetmezliği, organ transplantasyonu, kanser, ciddi kardiyovasküler hastalıklar (kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, kardiyomiyopatiler), obezite (beden kitle indeksi >30), tip 2 diyabet, orak hücreli anemi, olası risk faktörleri olarak; hipertansiyon, astım (orta- ağır şiddet), karaciğer hastalıkları, kistik fibrozis, serebrovasküler hastalıklar, tip 1 diyabet, talasemi, immünsupresan ilaç kullanımı, sigara kullanımı, demans gibi nörolojik durumlar şeklinde belirtmiştir.

Çin Halk Cumhuriyeti hastalık önleme ve kontrol merkezinin yaptığı bir araştırmaya göre Koronavirüs- 19 tanısı ile takip edilen hastaların; 30-79 yaş aralığındaki bireylerde ölüm oranı %2,3, 70-79 yaş arası bireyler de %8, 80 yaş ve üzerindeki bireyler de ise %14,8 olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca aynı araştırmaya göre Koronavirüs-19 tanısıyla hastaneye yatışı yapılan hastaların %50'sinin kronik bir hastalığı olduğu; bu hastalıkların ise %17,1 oranında hipertansiyon, %16,4 oranında kalp ve serebrovasküler hastalık, %9,7 oranında ise diyabet olduğu belirtilmiştir (Wu ve Mcgoogan, 2020). İtalya'da Koronavirüs-19 tanısı almış hastalarda yapılan bir çalışmada, yaşamını yitiren hastaların sahip oldukları hastalıklar, sırasıyla hipertansiyon (%73,8), diyabet (%33,9), iskemik kalp hastalığı (%30,1), atriyal fibrilasyon (%22,0), kronik böbrek yetersizliği (%20,2), kanser (%19,5), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%13,7), demans (%11,9), inme (%11,2) ve kronik karaciğer hastalığı (%3,7) şeklinde belirtilmiştir (Tan ve Aboulhosn, 2020).

Çin'de koronavirüs-19 hakkında 1099 hasta ile yapılan epidemiyolojik bir başka çalışmada; yaş ortancasının 47 (%25-75=35.0-58.0) olduğu, hastalığın erkeklerde daha sık görüldüğü (%52,1) ve hastaların eşlik eden en az bir kronik

hastalığın [hipertansiyon (HT), diyabet (DM), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi] (%23,7) olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada hastaların %2,3'ünün invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç duyduğu, %5,1'inin yoğun bakım ihtiyacı olduğu ve %1,4'ünün öldüğü bildirilmiştir (Guan ve ark., 2020).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 14 eyaleti kapsayan bir çalışmada da, Koronavirüs-19 tanısı alarak hastaneye yatışı yapılan 1482 hastanın %89,3'ünün en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve hipertansiyonun %49,7 oranla ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir (Garg ve ark., 2020**).**

2.3. Siberkondri

2.3.1.Siberkondri Tanımı Ve Özellikleri

Sağlık, bireylerin en önemli ihtiyaçlarından birisidir ve bu konuda sürekli araştırma yapılması beklenen bir durumdur (Özyurt ve ark., 2020). Kitle iletişim teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak bireylerin sağlık bilgisi arayışında kullandıkları kaynaklarda zamanla değişime uğramış ve bireyler, önceden sağlık profesyonellerinden (hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları) elde ettikleri bilgilere günümüzde daha kolay ulaşabilecekleri kaynaklardan (internet, tv, sosyal medya vs.) elde eder hale gelmişlerdir. Kitle iletişim araçları deyince ilk akla gelen TV ve günlük yaşamın her alanın da kullanılan internet, bireylerin sağlık bilgisine ulaşmada en fazla kullandığı araçlar haline gelmiştir (Avcı ve Sönmez, 2013). İnternetin, sağlık bilgisine ulaşmak için bu kadar popüler bir kaynak haline gelmesinde etkili olan faktörler şu şekilde sıranabilir; ulaşımın kolay olması-özel ya da herhangi bir mekana gereksinim olmaması, hızlı olması- zaman sıkıntısı olmadan 24 saat erişim imkanın olması, evden ve bireyin kendini tanıtmadan sisteme rahatlıkla erişebilmesi, bireyin sahip olduğu hastalığa sahip diğer hastalara ulaşabilme imkanı sunmasıdır (Luth ve ark., 2013). Artan bilgi ve bilgiye erişimin kolaylığı hasta ve sağlıklı bireylerde bir takım psikolojik problemleri, sağlık anksiyetesi ve kaygı/endişe düzeylerinde artışı da beraberinde getirmektedir (Wu ve ark., 2021; Fergus, 2014). Bireyler sağlıkla ilgili endişelerini azaltmak için bir takım arayışlar içinde olmakta ve bu noktada ulaşılabilirliği kolay ve hızlı değerlendirme

imkanı sunan internetten hastalık arama davranışı sergilemektedirler. Literatürde internette sağlık/hastalık bilgisi aramanın oluşturduğu olumsuz sonuçları açıklamak için siberkondri terimi kullanılmaktadır (Chung, 2013).

"Siber"(cyber) ve "hipokondria" (hypochondria) kelimelerinden türetilmiş olan "siberkondria"(cyberchondriasis), bireyin sağlığı ile ilgili endişe ve sıkıntısını giderebilmek için internetin aşırı ve tekrarlı kullanımı olarak tanımlanmıştır (Gencer ve ark., 2018; Mcmullan ve ark., 2019). Ayrıca literatür de siberkondri ile ilgili çeşitli tanımlamalar da yapılmıştır. Starcevic ve Berle (2013) siberkondiri tanımını, sağlıkla ilgili bilgi almak için internetin aşırı ve tekrarlayıcı şekilde kullanılması sonucunda anksiyete veya endişenin artması olarak tanımlamışlardır. Hart ve Bjorgvinsson (2010), sağlık bilgisi aramak için geleneksel yöntemler yerine internetin kullanılması sonucu gereksiz korkunun oluşmasını siberkondri olarak tanımlamışlardır. Siberkondri genel anlamda dört bileşeni içermektedir; tekrarlama, sıkıntının şiddetlenmesi, günlük yaşamda aksamalar yaşama ve daha fazla güvence arayışı içinde olmaktır (Fergus, 2014; McElroy ve Shevlin, 2014).

Siberkondri terimi tıp literatürüne 2000 yılından sonra geçmiş bir kavramdır ve "yeni" bir hastalık olduğu ilk kez 2001 tarihli The Independent gazetesinde yayımlanan makalede (New disorder, cyberchondria, sweeps the internet) belirtilmiştir (Uzun, 2016; Starcevic ve Berle, 2013). Siberkondri terimi Collins sözlüğünde, "sağlık ve tıbbi internet sitelerini ziyaret ederek sağlığının durumu ile ilgili gereksiz endişe" olarak ifade edilmektedir (Collins, 2022).

"Siberkondria", hipokondriazisin dijital versiyonu olarak kabul edilmektedir (Mcmullan ve ark., 2019). Çok eski eski çağlardan beri ''hastalık hastalığı '' olarak bilinen hipokondriazis, bireyin vücudun da hissettiği anormal hareket ve belirtileri yanlış yorumlamasına ve buna bağlı olarak bireyin ciddi bir hastalığı olduğunu düşünmesine, sağlık profesyonelleri tarafından gerekli tıbbi muayene ve değerlendirmeler yapılması ve güvence verilmesine rağmen düşüncelerinin devam etmesi ile karakterize bir bozukluktur (Warwick ve Salkovskis, 1990; Akt. Marcus ve ark., 2007). Sağlık anksiyetesinin daha şiddetli formu olarak kabul edilen hipokondriazis, (DSM-V' den) tanı rehberinden kaldırılmış ve yerine somatik semptom bozukluğu ve hastalık kaygı bozukluğu terimi kullanılmıştır (Uzun, 2016;

American Psychiatric Association, 2013). Siberkondri de DSM sınıflaması içerisinde yer almamaktadır. Tanı ölçütü yoktur. Siberkondri düzeyini belirlemek için 2014 yılın da McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilen 33 soruluk Sibekondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ) kullanılmaktadır. Kesme değerleri olmayan ölçekten alınan puanların yüksekliği, siberkondri şiddetinin yüksekliğine işaret etmektedir (Uzun ve ark., 2017). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Selvi ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır (Selvi ve ark., 2016).

Siberkondri, bireylerin güvenilir ve güvenilir olmayan çevrimiçi bilgi kaynaklarını ayırt etme konusunda zorluk yaşamaları ile ilişkili olabilir. Bu durumu, bireyin eğitim seviyesi, bilgiyi algılama ve işleme kabiliyeti ve teknoloji kullanım durumu etkileyebilir. Güvenilir ve güvenilir olmayan web siteleri arasında ayrım yapmayan birey her iki kaynağı da aynı şekilde ele alabilir, içeriklerinde tutarsızlık varsa bu durum birey de karışıklığa ve endişeye neden olabilir (Uzun, 2016).

Siberkondri yaşayan bireylere "siberkondriyak'' denilmektedir. Siberkondriyaklar interneti bir doktor olarak kullanır, vücutlarında hissettikleri belirtileri internette arayarak, benzer belirtileri olan ciddi hastalıkların kendilerinde de olduğunu düşünerek endişe duymaktadırlar. Örneğin siberkondriyak bir kişi göğüs bölgesinde ağrı hissettiği zaman, kalp krizi geçirdiğini veya kalp yetmezliği yaşadığını düşünerek kendi kendine koyduğu teşhis doğrultusun da hastaneye/sağlık profesyoneline başvurmakta, yapılan test ve tetkikler herhangi bir hastalığı olmadığını gösterse bile kişi kaygı ve endişe yaşamaya devam etmektedir. Bu durum hastanelerin yoğunluğunun ve iş yükünün artması, kaynak israfı, kişinin zamanını boşa harcaması ve yanlış tedavilere yönelmesi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Altınışık, 2020).

Siberkondrik bireyler vücutlarının aşırı farkında olduğundan yanlış bilgilendirme kaygı düzeylerinin daha da artmasına, bu da semptomlarının daha kötü hale gelmesine ve daha yoğun stres yaşamalarına yol açmaktadır. Yoğun stres sırasıyla yüksek tansiyona, baş ağrılarına, kas kasılmalarına ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olmaktadır (Menon ve ark., 2020). Doherty-Torstrick ve arkadaşları (2016), sağlıkları konusunda orta-yüksek düzey kaygılı bireylerin, internette arama sırası ve sonrasında endişe ve kaygılarının daha da arttığı

bildirmişlerdir (Doherty-Torstrick ve ark., 2016). Altındiş ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların %85,5'i vücutların da algıladıkları durumlar ile ilgili, bir hastane veya doktara başvurmadan önce internetten araştırma yaptıklarını, %12,1'i internetten edindikleri bilgilere dayanarak kendilerine teşhis koyup ilaca başladıklarını, %38,7'si internetten edindikleri bilgilere dayanarak doktora tıbbi girişim ya da ilaç gereksinimi olduğu konusun da baskı yaptığını ifade etmişledir (Altındiş ve ark., 2018).

İnternette sağlık bilgisi aramanın oluşturduğu olumsuz sonuçları açıklamak için kullanılan siberkondri, bireylerde stres ve kaygı düzeyinin artmasına, gereksiz tıbbi harcamaya, zaman kaybına ve asıl tıbbi gereksinimi olan kişilerin doktora ulaşmasına engel teşkil edebilmektedir (Gençer ve ark., 2018; Can ve ark., 2014). Ayrıca bireylerin internetten elde ettikleri bilgilere göre hareket etmeleri hasta-doktor ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve bu durum toplum sağlığı açısından olumsuzlara neden olabilemektedir (Özyurt ve ark., 2020).

Can ve arkadaşlarının (2014) sağlığı ilgilendiren konularda bilgi paylaşımı yapan 475 web sitesinin şekil, içerik ve kurumsallık gibi özelliklerini araştırdıkları bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen sitelerin %92'sinde kanıta dayalı hiçbir bilgi olmadığı, sağlıkla alakalı bilgi veren mevcut sitelerin %40,6'sında doktor veya sağlık çalışanına yönlendirme olmadığını, %75,6'sının kişiyi hastalıkla ilgili teşhise yönlendirme yaptığını, %70,7'sinin hastalıklarla ilgili tedavi önerdiğini, yalnızca %48'inin uzman görüşü içerdiğini ve sitelerin %65,9'unun reklam içerdiği tespit etmişlerdir (Can ve ark., 2014).

Güleşen (2019) kalp hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında, kalp hastalarının %38,7'sinin hastalığıyla ilgili internetten araştırma yaptığını, %36'sının internetten edindikleri bilgiler doğrultusunda sağlıkları ile ilgili karar aldıklarını, %12,7'sinin doktor önerisi dışında ilaç kullandığını, %8,8'inin doktor önerisi olmadan test yaptırdığını saptamıştır. Aynı çalışmada internet üzerinden hastalığı ile ilgili araştırma yapmış kişilerin siberkondri puanlarının da daha yüksek olduğu saptamıştır (Güleşen, 2019).

Bireylere internette doğru sağlık bilgisine ulaşmada kullanacağı siteleri nasıl tanıyabileceği, bu sitelerden elde ettikleri bilgileri nasıl değerlendirebileceği ve

internetteki bilgi kirliliği konusunda eğitim önemlidir. Bireyleri internette her soruya sağlıklı cevap bulmasının mümkün olmayacağı ve internetin kendi kendine tanı koyabileceği bir kaynak olmadığı konusunda bilinçlendirmektir (Starcevic, 2017; Güleşen, 2019). Bireylerin sağlık okur-yazarlığı konusunda farkında olmaları ve internetten okudukları her bilgiyi doğru kabul etmemeleri konusunda bilinç geliştirmeleri siberkondriyi önleme de önemli bir adımdır (Başoğlu, 2018).

2.3.2. Koronavirüs-19 Pandemisinde Siberkondri

Koronavirüs-19 pandemisinde, bir yandan hastaların tedavisi ve salgının önüne geçmek için çabalar devam ederken bir yanda da salgın ile ilgili bilgiler ve yaklaşımlar güncellenmekte ve bilimsel çalışmalar yapılmaktadır. Salgın döneminde doğru davranışın sergilenebilmesi için bilgi kaynaklarının eksiksiz, güncel ve kanıta dayalı olması gerekmektedir.

Kamusal ve diğer profesyonel bilgi kaynaklarının toplum ve sağlık çalışanları tarafından denetimi yapılsada Koronavirüs-19 sürecinde toplumun yanlış bilgilenme ve yönlenmesine neden olan gerçekdışı-yanlış bilgiler kısıtlama olmaksızın yayılması da toplum da kaosa neden olmaktadır (Alpyıldız ve Aslan, 2020). Sosyal medya platformları ve diğer kuruluşlar aracığıyla hızla yayılan bilgi kirliliği(salgını) halk sağlığı için problem teşkil etmektedir. Bilgi (information) ve salgın (pandemic) kelimelerinin bir araya gelmesi ile türetilen ve son dönem bilimsel literatürde karşımıza sık çıkan ”infodemi” kavramı, yanlış bilgi salgını olarak tanımlanmaktadır (Hua ve Shaw, 2020). Bilgi kirliliği ve aldatıcı bilgilerin yayılması olarak adlandırılan infodemi, koronavirüs-19 pandemisinin büyümesine eşlik eder niteliktedir. 15 Şubat 2020 Münih Güvenlik Konferansı'nda, Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü Tedros Adhanom Ghebreyesus, ‘’biz sadece salgınla savaşmıyoruz, bir bilgi salgınıyla da savaşıyoruz.” şeklinde açıklama yapmıştır (Zarocostas, 2020).

Sosyal psikolog Serge Moscovici (2015); insanın bilmediği, ilk defa karşılaştığı ve ilgisini çeken bir nesne yada durumu anlama onu tanıdık bir bağlama yerleştirme ihtiyacı hissettiğini belirtmiştir. Günümüzde de milyonlarca insanın ilk defa karşılaştığı, bilmediği koronavirüs hakkında bilgi almak için internette özellikle sosyal medya platformlarında aramalar yaptığı gözlemlenmiştir. Pan Amerikan

Sağlık Örgütü Nisan 2020' de YouTube'a bir ayda Koronavirüs-19 ile ilgili 361 milyon video yüklendiğini belirtmiştir. Aramalar, koronavirüs hakkındaki genel bilgiler dışında ölüm sayıları, dünya genelinde salgın, diğer devletlerde alınan önlemler, etkili müdahaleleler gibi bilgileri içerdiği görülmüştür. Fakat yararlanılan bu internet sitelerinin çok az bir kısmının güvenilir olduğu, büyük bir kısmının insanlara yanlış ve yanıltıcı bilgiler paylaştığı bildirilmiştir (Gottlieb ve Dyer, 2020; Yalçın, 2021). Gerekli ve güvenli bilgiye ulaşamamak bireyler arasında daha fazla korku, panik ve sıkıntıya yol açabilir. Bilmediği yada güvence almak için web sitelerinden sürekli tekrarlayıcı aramalar yapmasıyla karşımıza çıkan siberkondri kavramı Koronavirüs-19 salgınında da baş göstermiştir. Koronavirüs-19 hakkında çevrimiçi bilgilerin fazlalığı ve gereksiz bilgileri filtreleme zorluğu çevrimiçi aramaların karmaşık hale gelmesine neden olmuştur. Bu durum da bireylerde tehdit ve berlisizlik algısı artışına ve kaosa sebep olmuştur (Arora ve ark., 2020).

2.3.3.Siberkondride Hemşirelik Yaklaşımı

Sağlık, bireylerin en önemli ihtiyaçlarından biridir ve bu konuda sürekli araştırma yapılması beklenen bir durumdur (Özyurt ve ark., 2020). Bilgiye ulaşmanın zor olduğu yıllarda sağlık bilgisine ulaşmada kaynakların kısıtlı (doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları) olmasından dolayı bireyler sağlıkları konusun da daha pasif bir konumdaydı (Zülfikar, 2014). Kitle iletişim teknolojisindeki gelişmeler sağlık sektöründe de kendini göstermiş ve bireyler semptom,tanı ve tedaviler konusunda daha aktif hale gelmiştir (Avcı ve Sönmez, 2013). Çeşitli ulaşım ağları ve arama motorları sayesinde bireyler semptomlarını daha rahat araştırma ve kendisi ile aynı durum da olan kişilere daha kolay ulaşma imkanı bulmuştur. Ayrıca zaman kısıtlılığından dolayı doktor tarafından kendisine verilemeyen ya da eksik verilen bilgilere daha kolay ulaşma ve hatta kendisine hizmet sunan sağlık profesyonelinin bilgi ve yeterliliğini sorgulayacak bir nitelik sergilemeye başlamıştır (Zülfikar, 2014).

Bireylerin sağlık bilgisine ulaşmada kolay ve pratik bir kaynak olarak kullandıkları internet, içeriğinde yayınlanan pek çok bilginin bir denetiminin olmaması, kanıtlanmış veya bir uzman görüşü içermiyor olması ve uzman görüşü içeren web sayfalarının bir kısmının da referans kullanmıyor oluşu gibi sebepler bir

çok kişinin doktora başvuruda geç kalmasına, verilen tedavinin uygulanmamasına, kişi de stres ve kaygı düzeyinin artmasına yol açabilmektedir (Can ve ark., 2014; Erer, 2013).

Koronavirüs-19 salgınında mortalite oranını arttıran risk faktörlerinden biri olan kronik hastalıklar, son dönemler de tüm dünyada ölüm nedenlerinin başında geldiği bildirilmiştir. Bu durum da kronik hastalığa sahip bireylerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu konuda her türlü bilgiye ulaşma eğilimin de olduğu bildirilmiştir (WHO, 2020; Özyurt ve ark., 2020).

İnternette yoğun bilgi kirliliğinin önüne geçmek ve siberkondriye karşı önlem alabilmek için internette sağlık bilgisi paylaşan web sitelerinin güvenirliğinin ve yeterliliğinin denetlenmesi ve bir sertifikasyon sisteminin kurulması gerekmektedir. (Özyurt, 2020)

Bireylere internette doğru sağlık bilgisine ulaşmada kullanacağı siteleri nasıl tanıyabileceği, bu sitelerden elde ettikleri bilgileri nasıl değerlendirebileceği ve internetteki bilgi kirliliği konusunda eğitim verilmelidir. İnternette her soruya sağlıklı cevap bulmasının mümkün olmayacağı ve internetin kendi kendine tanı koyabileceği bir kaynak olmadığı konusunda bireyler bilinçlendirilmelidir (Starcevic, 2017; Güleşen, 2019). Bireylerin sağlık okur-yazarlığı konusunda farkında olmaları ve internetten okudukları her bilgiyi doğru kabul etmemeleri konusunda bilinç geliştirmeleri siberkondr'yi önleme de önemli bir adımdır (Başoğlu, 2018).

Toplumun sağlık eğitiminde büyük rol oynayan hemşirelerin gelişmeleri takip etmesi, bireylerin internet sitelerinden nasıl yararlanabileceği konusunda farkında olması, hastaların hastalık konusundaki bilgi gereksinimlerini belirmesi ve bu konuda kişinin gereksinimini gidermesine yetecek seviyede, kişinin anlayabileceği dilde danışmanlık ve eğitim vermesi önemlidir (Güleşen, 2019).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

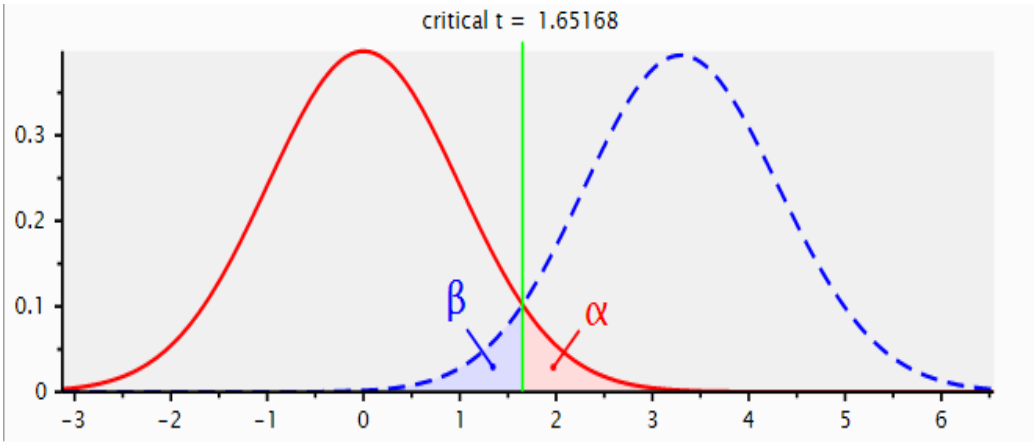
Bu araştırma, pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin Koronovirüs-19 fobisi ile Siberkondri düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Çankırı Devlet Hastanesi'nin ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti veren birimlerine başvuran ve en az bir kronik hastalık tanısı olan bireyler ile Aralık 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Pandemide bulaş riskinden dolayı veri toplama araçları online (Google Forms aracılığıyla) uygulanmıştır.Yüzyüze veri toplanamaması nedeniyle örneklem kriterlerine uygun kişiler ilk önce hastane ortamında belirlenmiş katılmayı kabul eden kişilere, veri toplama araçlarının online linki WhatsApp yada –elektronik posta aracılığıyla iletilmiştir. Hastalardan araştırmaya katılım onamları alınarak araştırmanın amacı, kapsamı, yöntemi ve uygulama süresi anlatılmıştır. Gerekli hallerde ulaşılması için iletişim bilgileri paylaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çankırı İli bünyesindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı; Çankırı Devlet Hastanesine ayaktan başvuran ve yatarak tedavi gören, kronik hastalığı olan bireyler (N=1204) oluşturmuştur. Anketler 365 kişiye gönderilmiş, 292 kişi dolmuştur. Örneklemi çalışmaya katılmak isteme durumları göz önünde bulundurularak, ulaşılabilen ve basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen örneklem sayısı da (n=225) göz önünde bulundurularak 292 hastaya ulaşılmıştır.



Şekil 1: G Power Analiz Sonucu

[15] -- *Saturday, May 29, 2021 -- 22:22:05*
t tests – Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis:	A priori: Compute required sample size		
Input:	Tail(s)	=	One
	Effect size dz	=	0.2203664
	α err prob	=	0.05
	Power (1-β err prob)	=	0.95
Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.3054960
	Critical t	=	1.6516846
	Df	=	224
	Total sample size	=	225
	Actual power	=	0.9505934

3.4. Örneklem Hacminin Belirlenmesi

Örneklem evreninin tamamına ulaşılmak hedeflense de çalışmanın güvenirliği için istatiksel örneklem hesabı yapılmıştır. Araştırmanın evrenini çalışmanın kriterlerine uyan 1204 hasta oluşturmaktadır. Buna göre istatistiksel örneklem hacmi belirlenirken p=0,5, q=0,5 ve d=0,05 olmak şartıyla α=0,05 kabul edilerek;

$$n = \frac{\mathrm{N}t^2\mathrm{pq}}{d^2(\mathrm{N}-1)+t^2\mathrm{pq}}$$

N: Evren

n: Örnekleme alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunun teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$n = \frac{(1204)(1{,}96)(1{,}96)(0{,}5)(0{,}5)}{(0{,}05)(0{,}05)(1204-1)+(1{,}96)(1{,}96)(0{,}5)(0{,}5)}$$

formülü ile (Trost, 1986) n=292 belirlenmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Okur- yazar olması
- 18 yaş ve üzerinde olması
- En az bir kronik hastalığın olması
- Kronik hastalığın 6 ay ve üzerinde tanılı olması
- İnternet kullanması

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Siberkondri Şiddeti Ölçeği (Ek 2) ve Koronavirüs -19 Fobisi Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından taranan literatür doğrultusunda pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin Koronavirüs-19 fobisi ile Siberkondri düzeylerini etkileyebileceği düşünülen 22 sorudan (kronik hastalığı ve süresi, kronik hastalığı ile ilgili ilaç kullanım durumu, hastalıkları hakkında bilgi edinmek için internet kullanım durumu, internetten elde edilen bilgiler ile sağlık ile ilgili karar alma durumu ve sağlık ile ilgili internet kullanım süresi vb.) oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Siberkondri Şiddeti Ölçeği (SŞÖ)

Siberkondri Şiddet Ölçeği (SŞÖ), McElroy ve Shevlin tarafından (2014) geliştirilen orijinal adı Cyberchondria Severity Scale (CSS) 'dır. SŞÖ Selvi ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Ek 2). Ölçeğin, Cronbach Alpha değeri 0,91 olarak saptanmıştır. 5'li likert tipte olan ölçek Hiç: 1 puan, Nadiren: 2 puan, Bazen: 3 puan, Sıklıkla: 4 puan ve Her zaman: 5 puan şeklinde puanlanmaktadır. 33 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; "zorlantı", "stres", "aşırılık", "içini rahatlatma" ve "güvensizlik" alt boyutlarıdır. SŞÖ ifadeleri 1-2-3-4-5 puan olarak puanlanmaktadır ve puan artışı Siberkondri şiddetinini artışı olarak yorumlanmaktadır. SŞÖ'nden 33-165 arası puan alınabilmektedir ve 9-28-33, maddeler tersten puanlanmaktadır. Bizim çalışmamızda SŞÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı 0,90 tespit edilmiştir.

Ölçek alt boyutlarının tanımı ve maddeleri aşağıda yer almaktadır.

- Zorlantı alt boyutu, sıradan bir belirtinin ciddi bir hastalık belirtisi olarak değerlendirilmesi ve günlük aktiviteleri etkileyecek şekilde internet araştırmalarının uzaması sonucu çevrimiçi sağlık aramalarını gerçekleştirmedir. Zorlantı alt boyutu maddeleri 3, 6, 8, 12, 14, 17, 24, 25'dir.
- Stres alt boyutu, uyku güçlüğü, endişe, kaygı gibi çevrimiçi sağlık araştırmaları ile ilişkili olumsuz duygusal durumları ve fizyolojik reaksiyonları belirtmektedir. Stres alt boyutu maddeleri 5, 7, 10, 20, 22, 23, 29, 31'dir
- Aşırılık alt boyutu, çevrimiçi sağlık aramalarının zaman alıcı ve tekrarlayan nitelikleri ile ilgilidir. Aşırılık alt boyutu maddeleri 1, 2, 11, 13, 18, 19, 21, 30'dur.
- İçini rahatlatma alt boyutu, bir sağlık profesyonelinden güvence istemek anlamına gelmektedir. Aşırılık alt boyutu maddeleri 4, 15, 16, 26, 27, 32'dir.
- Güvensizlik alt boyutu, bireyin kendi doktoruna mı yoksa internet aramalarının sonuçlarına mı güvenip güvenmemesi gerektiği konusunda yaşadığı bir iç çatışma demektir. Güvensizlik alt boyutu maddeleri 9, 28, 33'dür (Selvi ve ark.,2018).

3.6.3. Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği (K19FÖ)

Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği (K19FÖ), Arpacı ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak saptanmıştır. K19FÖ 5'li likert tipte (1 "Kesinlikle Katılmıyorum" ile 5 "Kesinlikle Katılıyorum") bir ölçektir. 20 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; "psikolojik, somatik, sosyal ve ekonomik" alt boyutlarıdır.

Ölçek alt boyutlarının maddeleri aşağıda yer almaktadır.

- Psikolojik alt boyutu maddeleri 1, 5, 9, 13, 17, 20'dir.
- Somatik alt boyutu maddeleri 2, 6, 10, 14, 18'dir.
- Sosyal alt boyutu maddeleri 3, 7, 11, 15, 19'dur.
- Ekonomik alt boyutu maddeleri 4, 8, 12, 16'dır (Arpacı ve ark., 2020).

K19FÖ ifadeleri 1-2-3-4-5 puan olarak puanlanmaktadır ve puan artışı koronafobi artışı olarak yorumlanmaktadır. K19FÖ'nden 20-100 arası puan alınabilmektedir ve ters madde bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda K19FÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı 0,93 tespit edilmiştir.

3.6.4. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek için, Çankırı Devlet Hastanesinde pandemi döneminde ayaktan başvuran, kronik hastalığı olan 10 bireye yüzyüze anketler doldurtularak ön uygulama yapılmıştır. Geribildirimler doğrultusunda anlaşılmayan sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamada toplanan veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (07.10.2020 tarihli Karar No: 17 sayılı) gerekli izin (Ek 6) ve Çankırı İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izinleri alınmıştır (Ek 7). K19FÖ ve SŞÖ'ni çalışmamızda kullanmak için gerekli olan izinler e-posta aracılığı ile yazarlardan alınmıştır (Ek 4, Ek 5). Ayrıca

çalışmaya katılan bireylerin gönüllük esasına dayalı sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 (IBM SPSS Statistics 22) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları, tanımlayıcı ve ilişkisel istatistikler kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu kolmogorov-smirnov testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirilmiştir.. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik testlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Anova Testi", bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "t Testi" yöntemi kullanılmıştır. Grupların ikili karşılaştırmalar için "Tukey ve Bonferroni" çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Ölçüm değerlerinin birbirleriyle olan ilişkisinin yönü, anlamlılığı ve derecesi "Pearson" korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır. $p \leq 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Katlımcıların sosyodemografik özellikleri, SŞÖ ve K19FÖ puan ortalamaları, SŞÖ ve K19FÖ puan ortalmaları arasındaki ilişki, sosyodemografik özelliklerine göre K19FÖ puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklerine göre SŞÖ puan ortalamaları, katılımcıların siberkondri düzeyinin koronavirüs-19 korku düzeyi üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi ve koronavirüs-19 fobisi düzeyinin siberkondri düzeyi üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi sırasıyla yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=294)

Özellikler	**n**	**%**
Yaş [$\bar{X} \pm S.S \rightarrow 43,74 \pm 11,64$ (yıl)]		
18-35 yaş	85	28,9
36-49 yaş	104	35,4
50 yaş ve üzeri	105	35,7
Cinsiyet		
Erkek	137	46,6
Kadın	157	56,4
Medeni durum		
Bekar	52	17,7
Evli	242	82,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	161	54,8
Çalışmıyor	133	45,2
Eğitim durumu		
İlkokul	23	7,8
Ortaokul	19	6,5
Lise	140	47,6
Üniversite	104	35,4
Yüksek Lisans	7	2,4
Doktora	1	0,3
Kronik hastalığın adı		
Kardiyovasküler	144	37,6
Metabolik	66	17,2
Solunum yolu	69	18,0
Kanser	40	10,4
Diğer *	64	16,7
Kronik hastalık sayısı		
1	219	74,5
2	61	20,7
3 ve üzeri	14	4,8
Kronik hastalık süresi		
6 ay- 1 yıl	16	5,4
1-5 yıl	115	39,1
6 yıl ve üzeri	163	55,4
Kronik hastalık ile ilgili düzenli ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	105	35,7
Kullanmıyor	189	64,3

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devamı) (n=294)

Özellikler	n	%
Sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb) takip etme durumu		
Hiçbir zaman	27	9,2
Nadiren	176	59,9
Bazen	72	24,5
Sıklıkla	17	5,8
Her zaman	2	0,7
İnternette hastalık ile ilgili araştırma yapma durumu		
Evet	266	90,5
Hayır	28	9,5
İnternette koronavirüs- 19 hastalığı ile ilgili araştırma yapma durumu		
Evet	244	83,0
Hayır	50	17,0
Tv/internette sağlık/koronsvirüs- 19 ile ilgili programları izleme durumu		
Evet	249	84,7
Hayır	45	15,3
Doktor önerisi dışında tetkik/test yaptırma durumu		
Evet	41	13,9
Hayır	253	86,1
Doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumu		
Evet	25	8,5
Hayır	269	91,5
İnternetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumu		
Evet	55	18,7
Hayır	32	10,9
Kararsızım	207	70,4
Tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumu		
Evet	224	76,2
Hayır	70	23,8
Tv/internetten edinilen bilgilere göre sağlıkla ilgili kararlar alma durumu		
Her zaman	5	1,7
Bazen	247	84
Hiçbir zaman	42	14,3
Koronavirüs-19 geçirme durumu		
Evet	74	25,2
Hayır	220	74,8
Çevrenizde koronavirüs-19 sebebiyle kayıp yaşama durumu		
Evet	69	23,5
Hayır	225	76,5

*Epilepsi, Migren, Multipl Skleroz, Kronik Böbrek Yetmezliği, Chron Hastalığı, Sle Nefriti, Hipotiroit,Ankilozan Spondilit, Osteogenesis İmperfecta, Siroz.

Çizelge 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

Buna göre katılımcıların yaş ortalaması 43,74 ± 11,64 olup, %35,7 'si 50 yaş ve üzerinde olduğu, % 56,4'nün kadın, %82,3'nün evli olduğu, %54,8'nin çalıştığı, % 47,6'nın lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %37,6'nın kardiyovasküler hastalıkları olduğu, %74,5'nin 1 adet kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların kronik hastalık süresinin %55,4'nün 6 yıl ve üzerinde olduğu, kronik hastalık ile ilgili ilaç kullanma durumunda %64,3'nün kullanmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların sağlık ile ilgili kitap, dergi vb. yayınları takip etme durumunda %24,5'nin bazen takip ettiği, kronik

hastalıkları ile ilgili internete araştırma yapma durumunda %90,5'nin araştırma yaptığı, %83'nün Koronavirüs-19 ile ilgili araştırma yaptığı, televizyon ve internette sağlık ve Koronavirüs-19 ile ilgili programları izleme durumunda %84,7'nin izlediği belirlenmiştir.

Katılımcıların doktor önerisi dışında tetkik/test yaptırma durumunda %86,1'nin yaptırmadığı, doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumunda %91,5'nin kullanmadığı, internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumunda %70,4'nün kararsız kaldığı, televizyon ve internetten elde edilen bilgilerden psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmede %76,2'nin etkilendiği belirlenmiştir.

Katılımcıların televizyon ve internetten elde edilen bilgilere göre sağlıkla ilgili karar almada %84'nün bazen karar aldığı, %74,8'nin koronavirüs-19 geçirmediği, %76,5'nin koronavirüs-19 sebebiyle kayıp yaşamadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Katılımcıların SŞÖ ve K19FÖ puan ortalamaları (n:294)

Ölçekler		Ortalama ± Standart Sapma	Min.	Max.
SŞÖ	**Zorlantı**	13,40±4,47	8	28
	Stres	18,02±4,65	8	40
	Aşırılık	24,10±5,71	8	37
	İçini rahatlatma	17,33±3,69	6	26
	Güvensizlik	6,50±2,39	3	15
	TOPLAM	79,37±14,66	33	116
K19FÖ	**Psikolojik**	19,68±4,62	6	30
	Somatik	11,71±3,57	5	25
	Sosyal	15,58±3,79	5	25
	Ekonomik	8,52±2,53	4	20
	TOPLAM	55,47±12,44	27	98

Çizelge 4.2'de katılımcıların SŞÖ ve K19FÖ ilişkin puan dağılımları sunulmuştur.

Katılımcıların SŞÖ'den aldığı *toplam puan* ortalaması 79,37±14,66 olup, *"zorlantı"* alt boyut puan ortalaması 13,40±4,47, *"stres"* alt boyut puan ortalaması 18,02±4,65, *"aşırılık"* alt boyut puan ortalaması 24,10±5,71, *"içini rahatlatma"* alt boyut puan ortalaması 17,33±3,69, *"güvensizlik"* alt boyut puan ortalaması 6,50±2,39 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların K19FÖ'den aldığı *toplam puan ortalaması* 55,47±12,44 olup, *"psikolojik"* alt boyut puan ortalaması 19,68±4,62, *"somatik"* alt boyut puan ortalaması 11,71±3,57, *"sosyal"* alt boyut puan ortalaması 15,58±3,79, *"ekonomik"* alt boyut puan ortalaması 8,52±2,53 olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Katılımcıların SŞÖ ve K19FÖ puanları ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Korelasyon(r)			**SŞÖ**					
			Zorlantı	**Stres**	**Aşırılık**	**İçini Rahatlatma**	**Güvensizlik**	**Toplam**
K19FÖ	**Psikolojik**	r	-0,039	0,267	0,056	0,054	-0,065	0,098
		p	0,505	**0,001***	0,338	0,356	0,266	0,095
	Somatik	r	0,240	0,348	0,050	0,227	0,027	0,265
		p	**0,001***	**0,001***	0,394	**0,001***	0,644	**0,001***
	Sosyal	r	0,043	0,294	0,137	0,106	-0,105	0,169
		p	0,467	**0,001***	**0,019***	0,069	0,073	**0,004***
	Ekonomik	r	0,220	0,201	0,074	0,174	0,062	0,214
		p	**0,001***	**0,001***	0,207	**0,003***	0,292	**0,001***
	Toplam	R	0,112	0,330	0,092	0,153	-0,036	0,208
		p	0,055	**0,001***	0,116	**0,008***	0,541	**0,001***

*p <0,05

Çizelge 4.3'te katılımcıların SŞÖ ve K19FÖ arasındaki ilişkinin puan dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların K19FÖ'nin *"psikolojik"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin *"stres"* alt boyut puan ortalaması (r=0,267, p=0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05, Çizelge 3). Hastaların K19FÖ'nin *"psikolojik"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin *"zorlantı* (r=-0,039, p=0,505), *aşırılık* (r=0,056, p=0,338), *içini rahatlatma* (r=0,0054, p=0,356), *güvensizlik* (r=-0,065, p=0,266) ve *toplam* (r=0,098, p=0,095)" alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Katılımcıların K19FÖ'nin *"somatik"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin *"zorlantı* (r=0,240, p=0,001)*, stres* (r=0,348, p=0,001)*, içini rahatlatma* (r=0,227, p=0,001) *ve toplam* (r=0,265, p=0,001)*"* alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05, Çizelge 3). Hastaların K19FÖ'nin *"somatik"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin "*aşırılık* (r=0,050, p=0,394) *ve güvensizlik* (r=0,027, p=0,644)*"* alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Katılımcıların K19FÖ'nin *"sosyal"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin *"stres* (r=0,294, p=0,001)*, aşırılık* (r=0,137, p=0,001) *ve toplam* (r=0,169, p=0,004)*"* puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05, Çizelge 3). Hastaların K19FÖ'nin *"sosyal"* alt boyut puan ortalaması SŞÖ'nin *"zorlantı* (r=0,043, p=0,467)*, içini rahatlatma* (r=0,106, p=0,069) *ve güvensizlik* (r=-0,105, p=0,073)*"* alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Katılımcıların K19FÖ'nin *"ekonomik"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin *"zorlantı* (r=0,220, p=0,001)*, stres* (r=0,201, p=0,001)*, içini rahatlatma* (r=0,174, p=0,003) *ve toplam* (r=0,214, p=0,001)*"* boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05, Çizelge 3). Hastaların K19FÖ'nin *"ekonomik"* alt boyut puan ortalaması ile SŞÖ'nin *" aşırılık* (r=0,074, p=0,207) *ve güvensizlik* (r=0,062, p=0,292)*"* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Katılımcıların K19FÖ'nin *"toplam"* puan ortalaması ile SŞÖ'nin *" stres* (r=0,330, p=0,001)*, içini rahatlatma* (r=0,153, p=0,008) *ve toplam* (r=0,208,

p=0,001)*"puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05, Çizelge 3). Hastaların K19FÖ'nin *"toplam"* puan ortalaması ile SŞÖ'nin *"zorlantı* (r=0,112, p=0,055)*, aşırılık* (r=0,092, p=0,116) *ve güvensizlik* (r=-0,036, p=0,541)*"* alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p>0,05, Çizelge4.3).

Çizelge 4.4: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre K19FÖ puan ortalamaları

Özellikler	N	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Cinsiyet						
Erkek	157	20,5±4,52	11,94±3,57	16,22±3,85	8,92±2,51	57,60±12,37
Kadın	137	18, 2±4 5 8	11,44±3,58	14,81±3,58	8,05±2,48	53,04±12,12
		=3,333	t=1,189	t=3,253	t=2,978	t=3,182
		p=0,001	p=0,235	**p=0,001**	**p=0,003**	**p=0,002**
Eğitim durumu						
İlkokul (1)	23	21,73±6,06	12,08±4,40	15,91±5,31	8,26±2,64	58,00±16,35
Ortaokul (2)	19	22,05±4,82	15,21±5,51	18,36±4,91	11,10±4,58	66,73±18,25
Lise (3)	140	19,17±4,26	11,49±2,75	15,43±3,07	8,27±2,02	54,38±10,13
Üniversite (4)	104	19,26±4,30	11,22±3,52	15,05±3,73	8,49±2,36	54,03±11,53
Yüksek lisans (5)	7	22,14±7,10	12,85±5,27	17,00±5,83	8,28±3,09	60,28±20,14
Doktora (6)	1	22,00±0,00	10,00±0,00	16,0±0,00	5,00±0,00	53,00±0,00
		F=2,943	F=4,636	F=2,808	F=4,963	F=4,228
		p=0,059	**p=0,001**	**p=0,017**	**p=0,001**	**p=0,001**
			[2-1,3,4]	[2-3,4]	[2-1,3,4,5]	[2-3,4]
Kronik hastalık sayısı						
1 (1)	219	19,90±5,02	11,95±3,96	15,91±4,14	8,67±2,77	56,44±13,69
2 (2)	61	18,80±3,11	11,13±1,56	14,77±2,13	8,14±1,36	52,82±6,17
3 ve üzeri (3)	14	19,92±3,02	10,35±3,02	13,64±2,34	7,85±2,34	51,78±8,80
		F=1,375	F=2,348	F=4,149	F=1,530	F=2,666
		p=0,255	p=0,097	**p=0,017**	p=0,218	p=0,071
				[1-2,3]		
Sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb) takip etme durumu						
Hiçbir zaman (1)	27	21,96±5,40	12,88±5,45	17,85±4,58	8,18±3,44	60,88±16,70
Nadiren (2)	17	18,58±3,77	11,20±2,57	14,73±2,91	8,39±1,92	52,92±9,40
Bazen/Ara sıra(3)	6	20,63±4,74	12,45±4,31	16,34±4,08	9,06±3,23	58,51±14,05
Sıklıkla(4)	72	23,23±7,0	11,94±4,82	17,23±6,35	8,05±3,09	60,47±18,74
Her zaman(5)	17 2	20,00±0,00	11,50±0,70	15,50±0,77	9,00±0,00	56,00±1,41
		F=8,103	=2, 64	F=6,606	F=1,236	F=5,165
		p=0,001	**=0,04**	**p=0,001**	p=0,296	**p=0,001**
		[2-1,3,4]	[2-1 3]	[2-1,3]		[2-1,3]
Tv/internette sağlık/koronavirüs- 19 ile ilgili programları izleme durumu						
Evet	249	19,93±4,79	11,93±3,68	15,92±3,86	8,59±2,62	56,38±12,91
Hayır	45	18,26±3,25	10,46±2,65	13,60±2,65	8,15±1,95	50,48±7,82
		t=2,911	t=3,201	t=4,990	t=1,296	t=4,133
		p=0,005	**p=0,002**	**p=0,001**	p 0,199	**p=0,001**
İnternetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumu						
Evet(1)	55	21,27±4,38	12,54±3,54	17,01±3,67	8,43±2,47	59,27±12,19
Hayır(2)	32	18,50±4,94	12,09± 1 8	14,50±4,00	8,03±2,87	53,12±14,31
Kararsızım(3)	207	19,43±4,55	11,43±3,25	15,34±3,70	8,62±2,50	54,83±12,06
		F=4,703	F=2 336	F=5,827	F=0,794	F=3459
		p=0,010	p=0,098	**p=0,003**	p=0,453	**p=0,033**
		[1-2,3]		[1-2,3]		

Çizelge 4.4: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre K19FÖ puan (devamı)

Özellikler	n	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumu						
Evet	224	20,34±4,38	12,20±3,44	16,10±3,60	8,83±2,58	57,49±11,84
Hayır	70	17,52±4,76	10,12±3,57	13,84±3,86	7,54±2,08	49,04±12,21
		t=4,600	t=4,366	t=4,502	t=3,790	t=5,169
		p=0,001	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,001**
Tv/internetten edinilen bilgilere göre sağlıkla ilgili kararlar alma durumu						
Her zaman(1)	5	25,20±6,68	15,20±3,42	21,80±5,54	8,80±1,09	71,00±15,79
Bazen(2)	247	19,46±4,33	11,64±3,24	15,43±3,45	8,59±2,42	55,14±11,44
Hiçbir zaman (3)	42	20,23±5,61	11,69±5,09	15,61±4,80	8,07±3,22	55,61±16,36
		F=4,207	F=2,443	F=7,207	F=0,794	F=4,062
		p=0,016	p=0,89	**p=0,001**	P=0,453	**p=0,018**
Doktor önerisi dışında tetkik/test yaptırma durumu						
Evet	41	22,17±4,63	13,14±5,04	16,39±4,24	8,97±3,24	60,68±13,98
Hayır	253	19,27 4,50	11,47±3,23	15,43±3,70	8,45±2,40	54,63±12,00
		t=3,804	t=2,051	t=1,500	t=0,993	t=2,617
		p=0,001	**p=0,046**	p=0,180	p=0,326	**p=0,012**
Doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumu						
Evet	25	22,16±4,50	14,92±4,40	17,36±3,77	9,84±3,17	64,28±12,83
Hayır	269	9,41±4,57	11,41±3,34	15,40±3,75	8,40±2,44	54,66±12,11
		t=2,838	t=3,878	t=2,492	t=2,742	t=3,778
		p=0,005	**p=0,001**	**p=0,013**	**p=0,006**	**p=0,001**
Çevrenizde koronavirüs-19 sebebiyle kayıp yaşama durumu						
Evet	69	20,59±4,50	11,92±2,78	16,68±4,03	8,65±2,22	57,85±11,34
Hayır	225	19,39±4,63	11,64±3,79	15,22±3,65	8,48±2,62	54,75±12,70
		t=1,890	t=0,574	t=2,821	t=0,480	t=1,819
		p=0,060	p=0,566	**p=0,005**	p=0,632	p=0,07

Çizelge 4.4'te katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre K19FÖ puan dağılımları sunulmuştur.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre K19FÖ'nin *psikolojik, sosyal, ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *($p<0,05$) , somatik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *($p>0,05$).*

Katılımcıların eğitim durumlarına göre K19FÖ'nin *somatik, sosyal, ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

varken *(p<0,05), psikolojik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05)*.

Katılımcıların kronik hastalık sayılarına göre K19FÖ'nin *sosyal alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir varken *(p<0,05), psikolojik, somatik, ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb.) takip etme durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *somatik*, *sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), ekonomik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların tv/internette sağlık/koronavirü-19 ile ilgili programları izleme durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *somatik*, *sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), ekonomik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), somatik ve ekonomik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *somatik, sosyal, ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır *(p<0,05).*

Katılımcıların tv/internetten edinilen bilgilere göre sağlıkla ilgili kararlar alma durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), somatik ve ekonomik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların doktor önerisi dışında tetkik/test yaptırma durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *somatik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), sosyal ve ekonomik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumlarına göre K19FÖ'nin *psikolojik*, *somatik, sosyal, ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır *(p<0,05)*.

Katılımcıların çevresinde koronavirüs-19 sebebiyle kayıp yaşama durumlarına göre K19FÖ'nin *sosyal* ve *psikolojik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), somatik*, *ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur*(p>0,05)*(Çizelge4.4).

Çizelge 4.5: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SŞÖ puan ortalamaları

Özellikler	n	Zorlantı	Stres	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Güvensizlik	Toplam
Yaş							
18-35 yaş	85	15,36±5,77	18,63±5,29	25,11±5,44	17,48±4,27	6,61±2,44	83,21±16,85
36-49 yaş	104	13,44±3,79	18,33±4,02	25,25±4,65	17,50±2,99	6,37±2,01	80,91±12,60
50 yaş ve üzeri	105	11,78±3,06	17,22±4,61	22,15±6,37	17,05±3,84	6,54±2,68	74,38±13,53
		F=16,703	F=2,524	F=10,183	F=0,466	F=0,250	F=9,159
		p=0,001	p=0,082	**p=0,001**	p=0,628	p=0,779	**p=0,001**
		[1-2-3]		[3-1,2]			[3-1,2]
Cinsiyet							
Kadın		13,43±4,29	18,62±4,98	24,52±5,78	17,29±3,63	6,48±2,32	80,36±14,57
Erkek	157	13,37±4,68	17,34±4,16	23,63±5,61	17,37±3,78	6,52±2,47	78,25 14,74
		t=0,116	t=2,372	t=1,329	t=-0,185	t=-0,148	t=1,230
	137	P=0,908	**p=0,018**	p=0,185	p=0,853	p=0,882	p=0,220
Medeni durum							
Bekar		15,48±5,50	17,61±5,11	24,76±4,80	17,19±4,22	6,25±1,61	81,30±17,41
Evli	52	12,95±4,09	18,11±4,55	23,96±5,89	17,36±3,58	6,55±2,52	78,96±14,01
		t=3,772	t=-0,702	t=0,918	t=-0,310	t=-0,842	t=1,044
	242	**p=0,001**	p=0,483	p=0,359	p=0,757	p=0,401	p=0,297
Çalışma durumu							
Çalışıyor		13,81±4,51	17,73±4,57	24,75±5,41	17,34±3,65	6,39±2,16	80,03±14,97
Çalışmıyor	161	12,90±4,38	18,38±4,74	23,33±5,98	17,33±3,76	6,63±2,64	78,59±14,29
		t=1,731	t=-1,193	t=2,134	t=0,025	t=-0,884	t=0,836
	133	p=0,085	p=0,234	**p=0,034**	p=0,980	p=0,307	p=0,404
Eğitim durumu							
İlkokul (1)	23	12,21±4,67	17,39±7,79	17,65±8,19	14,47±5,22	8,17±4,06	69,91±20,73
Ortaokul (2)	19	13,57±5,13	19,26±4,02	21,26±4,68	15,63±4,68	7,94±3,25	77,68±14,13
Lise (3)	140	12,69±3,39	18,44±3,71	25,42±4,68	17,92±2,74	6,20±2,01	80,68±11,38
Üniversite (4)	104	14,62±5,32	17,39±4,98	24,32±5,29	17,49±3,83	6,32±1,99	80,16±6,47
YL (5)	7	13,42±4,35	18,42±4,68	24,00±5,44	17,28±5,08	6,00±1,82	79,14±15,27
Doktora(6)	1	10,00±0,00	14,00±0,00	21,00±0,00	18,00±0,00	4,00±0,00	67,00±0,00
		F=2,786	F=1,123	F=9,609	F=4,562	F=4,739	F=2,451
		p=0,018	p=0,348	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,034**
		[3-4]		[1-3,4]	[1-3,4]	[1-3,4]	[1-3,4]
Kronik hastalığın adı							
Kardiyovasküler(1)	144	13,06±4,71	17,48±5,32	22,99±6,97	16,72±4,42	6,20±2,54	76,47±17,55
Metabolik (2)	66	13,89±4,37	18,63±3,26	25,20±4,76	18,17±2,97	7,06±2,64	82,98±11,04
Solunum(3)	69	14,10±5,08	18,38±5,06	24,66±4,99	18,28±3,76	6,10±2,03	80,52±13,84
Kanser(4)	40	12,96±3,25	18,80±3,80	25,66±4,03	18,06±2,54	6,36±1,81	81,84±10,97
Diğer (5)	64	13,21±4,51	16,93±4,87	22,48±5,22	16,75±3,42	7,27±2,75	76,66±14,89
		F=0,760	F=1,474	F=3,326	F=2,155	F=2,521	F=2,653
		p=0,552	p=0, 10	p=0,011	p=0,074	p=0,41	p=0,033
				[4-1,5]		[5-1,3]	[2-1,5]

Çizelge 4.5: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SŞÖ puan ortalamaları (devamı)

Özellikler	n	Zorlantı	Stres	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Güvensizlik	Toplam
Kronik hastalık sayısı							
1 (1)	219	13,61±4,88	18,13±5,18	23,78±6,23	16,94±4,05	6,63±2,55	79,10±16,30
2 (2)	61	1 2,68±2,69	17,86±2,73	25,40±3,61	18,52±1,93	6,04±1,48	80,54±8,25
3 ve üzeri(3)	14	13,28±3,64	17,07±1,54	23,57±3,75	18,28±2,26	6,50±2,76	78,71±8,30
		F=1,022	F=0,384	F=2,017	F=4,968	F=1,412	F=0,244
		p=0,361	p=0,681	p=0,135	**p=0,008** [1-2]	p=0,245	p=0,784
Sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb) takip etme durumu							
Hiçbir zaman(1)	27	10,14±3,32	15,51±7,00	16,74±7,03	14,18±5,87	6,44±3,33	63,03±17,54
Nadiren(2)	176	13,09±3,45	17,59±3,58	24,82±4,64	17,18±2,57	6,45±1,99	79,78±10,81
Bazen(3)	72	15,52±5,79	19,77±4,72	24,37±5,56	17,16±4,16	7,00±2,75	83,84±16,22
Sıklıkla(4)	17	13,00±5,36	18,82±7,01	26,94±6,09	17,88±4,93	5,17±2,50	81,82±80,93
Her zaman(5)	2	12,00±1,41	20,50±2,12	26,50±2,12	9,00±,0,00	5,00±0,00	83,00±5,65
		F=8,778	F=5,469	F=15,715	F=6,308	F=2,347	F=11,734
		p=0,001	**p=0,001**	**t=0,001**	**p=0,001**	**p=0,055**	**p=0,001**
		[2-1,3]	[3-1,2]	[1-2,3,4]	[1-2,3,4]	[3-4]	[1-2,3,4]
Sağlık bilgisi için günlük internet kullanım süresi							
1 saatten az	258	12,75±3,70	17,63±4,33	23,79±5,79	17,12±3,54	6,45±2,38	77,77±13,38
1 saatten fazla	36	18,02±6,43	20,83±5,86	26,36±460	18,83±4,43	6,83±2,42	90,88±18,14
		t=-4,799	t=-3,154	t=-2,547	t=-2,618	t=-0,883	t=-4,180
		p=0,001	**p=0,003**	**p=0,011**	**p=0,009**	p=0,378	**p=0,001**
İnternette hastalık ile ilgili araştırma yapma durumu							
Evet	266	13,68±4,38	18,39±4,14	25,17±4,56	17,89±3,13	6,35±2,13	81,50±12,73
Hayır	28	10,75±4,46	14,53±7,28	14,00±5,70	2,03±4,45	7,92±3,85	59,25±16,63
		t=3,360	t=2,757	t=10,034	t=6,790	t=-2,126	t=6,871
		p=0,001	**p=0,010**	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,042**	**p=0,001**
İnternettkoronavirüs-19 hastalığı ile ilgili araştırma yapma durumu							
Evet	244	13,93±4,47	18,48±4,25	25,43±4,58	17,75±3,25	6,47±2,22	82,08±13,01
Hayır	50	10,84±3,48	15,78±5,81	17,66±6,33	15,30±4,91	6,62±3,10	66,20±15,25
		t=5,422	t=3,832	t=8,241	t=3,381	t=-0,0305	t=7,626
		p=0,001	**p=0,010**	**p=0,001**	**p=0,009**	p=0,762	**p=0,001**
Tv/sosyal medyada sağlıkkoronavirüs- 19 ile ilgili programları izleme durumu							
Evet	249	13,55±4,65	18,29±4,81	24,27±5,97	17,39±3,79	6,54±2,45	80,07±15,31
Hayır	45	12,55±3,23	16,55±3,35	23,17±3,87	17,02±3,13	6,22±1,99	75,53±9,60
		t=1,776	t=2,967	t=1,591	t=0,619	t=0,988	t=2,626
		p=0,079	**p=0,004**	p=0,115	p=0,536	p=0,327	**p=0,010**
Doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumu							
Evet	25	16,24±6,96	20,04±4,96	24,52±5,47	19,28±3,43	7,08±2,30	87,16±17,42
Hayır	269	13,14±4,08	17,84±4,59	24,07±5,74	17,15±3,67	6,44±2,39	78,65±14,20
		t=2,189	t=2,275	t=0,375	t=2,778	t=1,262	t=2,368
		p=0,038	**p=0,024**	p=0,708	**p=0,006**	p=0,208	p=0,223

Çizelge 4.5: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SŞÖ puan ortalamaları (devamı)

Özellikler	n	Zorlantı	Stres	Aşırılık	İçini Rahatlatma	Güvensizlik	Toplam
İnternetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumu							
Evet (1)	55	13,56±4,68	19,67±3,61	27,12±5,30	19,03±1,92	6,34±1,96	85,74±10,83
Hayır (2)	32	13,53±7,02	15,40±6,41	17,37±7,09	13,78±6,33	7,78±4,02	67,87±25,04
Kararsızım (3)	207	13,34±3,90	17,99±4,40	24,34±4,68	17,43±3,11	6,34±2,09	79,46±12,20
		F=0,067	F=8,970	F=37,557	F=23,913	F=5,277	F=16,635
		p=0,935	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,006**	**p=0,001**
			[1-2,3]	[1-2,3]	[1-2,3]	[2-1,3]	[1-2,3]
Tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumu							
Evet	224	13,85±4,51	19,09±4,28	25,16±5,11	17,75±3,17	6,49±2,19	82,35±12,85
Hayır	70	11,95±4,03	14,61±4,14	20,74±6,25	16,00±4,80	6,54±2,94	69,85±16,08
		t=3,149	t=7,690	t=5,969	t=3,533	t=-0,158	t=6,671
		p=0,001	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,005**	p=0,875	**p=0,001**
Koronavirüs-19 geçirme durumu							
Evet	74	13,62±3,96	17,43±3,97	24,29±5,24	17,21±3,19	6,02±1,85	78,59±13,89
Hayır	220	13,33±4,63	18,22±4,85	24,04±5,87	17,37±3,85	6,66±2,52	79,64±14,93
		t=0,482	t=-1,271	t=0,327	t=0,324	t=--2,313	t=-0,533
		p=0,604	p=0,163	p=0,730	p=0,723	**p=0,022**	p=0,595

Çizelge 4.5'te Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SŞÖ puan dağılımları sunulmuştur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), stres, içini rahatlatma ve güvensizlik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların cinsiyetlerine göre SŞÖ'nin *stres alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların medeni durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), stres, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların çalışma durumlarına göre SŞÖ'nin *aşırılık alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı,*

stres, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların eğitim durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), stres alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların kronik hastalıklarına göre SŞÖ'nin *aşırılık, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı, stres ve içini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların kronik hastalık sayılarına göre SŞÖ'nin *içini rahatlatma alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı, stres, aşırılık, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05)*.

Katılımcıların sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb) takip etme durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), güvensizlik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların sağlık bilgisi için günlük internet kullanım sürelerine göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), güvensizlik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların internette hastalık ile ilgili araştırma yapma durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik, stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır *(p<0,05).*

Katılımcıların internette covid-19 hastalığı araştırma yapma durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), güvensizlik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların tv/sosyal medyada sağlık/covid-19 ile ilgili programları izleme durumlarına göre SŞÖ'nin *stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma ve güvensizlik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, içini rahatlatma, stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), aşırılık ve güvensizlik alt boyut puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumlarına göre SŞÖ'nin *aşırılık, içini rahatlatma, stres, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05).*

Katılımcıların tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumlarına göre SŞÖ'nin *zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, stres alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), güvensizlik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05)*.

Katılımcıların Covid-19 geçirme durumuna göre incelendiğinde; SŞÖ'nin *güvensizlik alt boyut puan ortalaması* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken *(p<0,05), zorlantı, içini rahatlatma, stres, aşırılık alt boyut ve toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur *(p>0,05)* (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6 : Katılımcıların siberkondri düzeyinin koronavirüs-19 korku düzeyi üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi

Modeller		B	Std. H.	T	p değeri	F değeri	p değeri	R^2	DW
Model 1	Sabit	41,495	3,923	10,578	0,000	13,143	0,000	0,040	1,786
	Siberkondri	0,176	0,049	3,625	0,000				
Model 2	Sabit	45,887	4,601	9,973	0,000	9,624	0,000	0,128	1,820
	Zorlantı	-0,346	0,196	-1,769	0,078				
	Stres aşırı kaygı	1,330	0,213	6,231	0,000				
	Aşırılık	-0,436	0,166	-2,633	0,009				
	İçini rahatlama	0,193	0,250	0,770	0,442				
	Doktora güvensizlik	-0,396	0,321	-1,234	0,218				

Koronavirüs-19 fobisini siberkondrinin etkileyip etkilemediğini belirlemek için lineer regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizlerinden model 1 siberkondrinin Koronavirüs-19 fobisi üzerindeki etkisini toplam puan üzerinden araştırırken, ikinci model Koronavirüs-19 fobisi üzerindeki etkiyi siberkondrinin alt boyutları ile araştırmıştır.

Model 1 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=13,143; p=0,000). Koronavirüs-19 fobisinde meydana gelen değişimin %4'ü siberkondri tarafından açıklanmaktadır. Model 2 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=9,624; p=0,000). Koronavirüs-19 fobisinde meydana gelen değişimin %12,8'i siberkondri alt boyutları tarafından açıklanmaktadır. Alt boyutlardan anlamlı olanlar ise zorlantı, stres aşırı kaygı, aşırılık alt boyutlarıdır. Koronavirüs-19 fobisini en çok etkileyen değişken ise stres aşırı kaygı değişkenleridir. Hem model bir hem de model ikide otokorelasyonu gösteren Durbin Watson değeri 1,5 ve 2,5 arasında bulunmuştur.

Çizelge 4.7: Katılımcıların koronavirüs-19 fobisi düzeyinin siberkondri düzeyi üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi

Modeller		B	Std. H.	T	p değeri.	F değeri	p değeri	R^2	DW
Model 1	Sabit	65,817	3,834	17,166	0,000	13,143	0,000	0,040	1,786
	Koronavirüs-19 fobisi	0,244	0,067	3,625	0,000				
Model 2	Sabit	69,022	4,006	17,228	0,000	6,266	0,000	0,067	1,819
	Psikotik	-0,478	0,305	-1,567	0,118				
	Somatik	1,128	0,421	2,677	0,008				
	Sosyal	0,285	0,417	0,684	0,495				
	Ekonomik	0,247	0,468	0,528	0,598				

Siberkondriyi koronavirüs-19 fobisinin etkileyip etkilemediğini belirlemek için lineer regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizlerinden model 1 koronavirüs-19 fobisinin siberkondri üzerindeki etkisini toplam puan üzerinden araştırırken, ikinci model siberkondri üzerindeki etkiyi koronavirüs-19 fobisi alt boyutları ile araştırmıştır. Model 1 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=13,143; p=0,000). Siberkondride meydana gelen değişimin %4'ü koronavirüs-19 fobisi tarafından açıklanmaktadır.

Model 2 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=6,266; p=0,000). Ayrıca siberkondri meydana gelen değişimin %6,7 koronavirüs-19 fobisi alt boyutları tarafından açıklanmaktadır. Alt boyutlardan anlamlı olanlar ise sadece somatik alt boyutudur. Siberkondriyi en çok etkileyen değişken ise somatik alt boyutudur. Hem model bir hem de model iki de otokorelasyonu gösteren Durbin Watson değeri 1,5 ve 2,5 arasında bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Katılımcıların *bazı sosyodemografik özelliklerine göre K19FÖ puanları ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.*

Katılımcıların cinsiyetinin K19FÖ'nin psikolojik, sosyal, ekonomik ve toplam puan ortalaması için fark yaratan bir değişken olduğu ve erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre koronafobisinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.4). Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda koronavirüs-19 fobisinin erkeklere göre kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirirken (Borche perez 2020, Balcıoğlu, 2021, Bakioğlu ve ark., 2020), bazı çalışmalarda da cinsiyetler arasında fark olmadığını (Huang ve ark., 2020, Cao ve ark., 2020) bildirmiştir. Bu farklılığın çalışılan örneklem grubu ya da çalışılan bölge özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların kronik hastalık sayısının K19FÖ'nin sosyal boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve 1 adet kronik hastalığı olanların, 2 adet kronik hastalığı ve 3 ve üzeri kronik hastalığı olanlara göre koronafobisinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Bakioğlu ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada, kronik hastalık varlığının koronavirüs-19 korkusunu arttırdığını saptamış ve ayrıca koronavirüs-19 dışında bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olma durumunun ölüm riskini artırdığının belirtilmesi, hastalarda bu korkunun artmasına neden olduğu gösterilmiştir. Hastaların birden fazla kronik hastalığa sahip olması daha fazla semptom ve komplikasyonu da beraberinde getirmekte bu durumda bireylerin hastalık üzerindeki kontrolü kaybetmesine ve bağımlı hale gelmesine neden olabilmektedir (Efe ve Kocaöz, 2015). Çalışmamız da 1 adet kronik hastalığı olan hastalar da koronafobinin düzeyinin yüksek olmasının sebebi 1 adet kronik hastalığı olan katılımcı sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb.) takip etme durumunun K19FÖ'nin psikolojik, somatik, sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları için

fark yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Ayrıca hastaların tv/internette sağlık/Koronavirüs-19 ile ilgili programları izleme durumunun K19FÖ'nin psikolojik, somatik, sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu ve programları izleyenlerin, izlemeyenlere göre koronafobisinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4. 4). Bu sonuç günümüzde de milyonlarca insanın ilk defa karşılaştığı, bilmediği koronavirüs hakkında bilgi almak için internette özellikle sosyal medya platformlarında aramalar yapmasına bağlanabilir. Sosyal psikolog Serge Moscovici (2015), insanın bilmediği, ilk defa karşılaştığı ve ilgisini çeken bir nesne yada durumu anlama onu tanıdık bir bağlama yerleştirme ihtiyacı hissettiğini belirtmiştir. Pan Amerikan Sağlık Örgütü Nisan 2020' de YouTube'a bir ayda Koronavirüs-19 ile ilgili 361 milyon video yüklendiğini belirtmiş, fakat yararlanılan bu internet sitelerinin çok az bir kısmının güvenilir olduğu, büyük bir kısmının insanlara yanlış ve yanıltıcı bilgiler paylaştığı bildirilmiştir (Gottlieb ve Dyer, 2020; Yalçın, 2021).

Katılımcıların internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumunun K19FÖ'nin psikolojik ve sosyal alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu ve hastaların tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojik olarak olumsuz yönde etkileme durumunun K19FÖ'nin psikolojik, somatik, sosyal ve ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu ve etkilenenlerin, etkilenmeyenlere göre koronafobisinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Bu durum koronavirüs-19 salgının hızlı yayılması, kamu ve profesyonel bilgi kaynakları dışında bilgi paylaşımı kaynaklarının kafa karıştırıcı ve koasa neden olacak bilgi paylaşımı yapmasına bağlanabilir. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Kurtuluş ve Düşünceli'nin (2021), 352 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal medya ve diğer medya kanallarından koronavirüs-19 hakkında bilgi alan öğrencilerde panik, korku ve stres gibi olumsuz duyguların hiç bilgi almayan yada yakınlarından bilgi alan öğrencilere göre yüksek çıktığını saptamıştır. Sosyal medya veri analiz şirketi Abda Analytics ve The Brand Age dergisinin 21 ocak-11 mart 2020 arasında yayınladıkları raporda, bir çok dilde sosyal medya (twitter, you-tube, facebook vs), forum siteleri ve diğer haber kaynaklarının koronavirüs-19 ile ilgili paylaşılan bilgilerin insanlarda panik ve

korkuya neden olduğu, bundan dolayı koronavirüs-19 ile ilgili bilgi, vaka sayısı vs gibi detayları daha güvenilir (DSÖ gibi) bilgi kaynaklarından öğrenmesini tavsiye etmiştir.

Katılımcıların doktor önerisi dışında tetkik/test yaptırma durumunun K19FÖ'nin psikolojik, somatik alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu ve test yaptıranların, test yaptırmayanlara göre koronafobisinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,005$) (Çizelge 4.4). Bu durum doktor önerisi dışında tetkik yaptıran bireylerin siberkondrik oldukları ve sağlık anksiyetelerinin koronafobiye zemin hazırladığını düşündürmüştür. Katılımcıların doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumunun K19FÖ'nin psikolojik, somatik, sosyal, ekonomik alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu ve ilaç kullananların, ilaç kullanmayanlara göre koronafobisinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,005$) (Çizelge 4.4). Bu durum siberkondirinin koronofobi açısından önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre SŞÖ puanları ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Katılımcıların yaş gruplarının SŞÖ'nin zorlantı, aşırılık alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). SŞÖ'nin zorlantı boyutunda 18-35 yaş arasındaki katılımcıların siberkondri düzeyleri 36-49 yaş arasındaki katılımcılara göre yüksek düzeyde, 36-49 yaş arasındaki katlımcıların siberkondri düzeyleri ise 50 yaş ve üzeri katılımcılara göre yüksek olduğu bulunmuştur. SŞÖ'nin aşırılık alt boyut ve toplam puan ortalamaları 50 yaş ve üzeri katılımcıların siberkondri düzeyleri, 18-35 yaş ve 36-49 yaş grubu katılımcılara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun genç bireylerin interneti daha aktif kullanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Özyurt ve ark. (2020) ve Güzel (2020) çalışmalarında özellikle genç yetişkinlerde (30 yaş ve altı) siberkondri düzeyinin yüksek olduğunu, Yalçın'da (2021) yine benzer şekilde; 23-28 yaş grubunun 35-40 yaş grubuna göre sibekondri

düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Ülkemiz ve farklı ülkeler de çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının ve siberkondri düzeyinin 50 yaş ve altı yetişkinler de daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Uzun, 2016; Güleşen, 2019; Tüter, 2019; Wong ve Cheung, 2019)**.** Bu durum, bu yaş aralığındaki bireylerin aktif çalışma hayatlarından dolayı doktora gitmek için yeterli vakitlerinin olmamasına ve sağlık bilgisi konusunda interneti aktif kullanabilmelerine, daha ileri yaştaki bireylerin kognitif fonksiyonların azalmasına bağlı olarak internet kullanmalarının zorlaşmasına ve sağlık arayışı için profesyonel sağlık hizmetlerine başvurmalarına bağlı olabilir**.** Deniz (2020) yaptığı çalışmasında siberkondri düzeylerinin yaş grupları arasında farklılaşmadığını saptamıştır. Ayrıca yaşla birlikte siberkondirinin arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Bu durum internetten sağlık bilgisi aradıktan sonra genç bireylerin rahatlama yaşadığı, ileri yaş grubu bireylerin ise rahatlama yerine ansiyete ve stres yaşadıklarına bağlanmıştır (McMullan ve ark., 2019).

Katılımcıların cinsiyetinin SŞÖ'nin stres boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve kadın katılımcıların siberkondri düzeyi erkek katılımcılara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.5). Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almakla birlikte farklı sonuçlara sahip çalışmalar da mevcuttur. Literatürde siberkondri ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların erkeklere göre siberkondri düzeylerinin yüksek olduğunu saptayan çalışmalar olduğu görülmektedir (Uzun, 2016; Tüter, 2019; Tiritoğlu, 2019; Jungmann ve Witthöft, 2020; Fidan, 2021; Barke ve ark., 2016). Kadınların siberkondri düzeylerinin yüksek olma sebebi; sağlık endişelerinin, koruma içgüdülerinin, çevre bakım sorumluluklarının erkeklerden fazla olmasına ve buna bağlı olarak çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının erkeklerden daha fazla olmasına bağlanmıştır (Uzun, 2016; Tiritoğlu, 2019). Bu araştırma sonuçlarımızdan farlı olarak; cinsiyete göre siberkondri düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olmadığını saptayan çalışmalar mevcuttur. (Ekinci, 2020; Özyurt ve ark., 2020; Deniz, 2020; Güzel, 2020; Altındiş ve ark., 2018; Uzun ve ark., 2017).

Katılımcıların eğitim durumunun SŞÖ'nin zorlantı, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.5). SŞÖ'nin zorlantı boyutunda üniversite

mezunu katılımcıların siberkondri düzeyleri, lise mezunu katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. SŞÖ'nin aşırılık, içini rahatlatma alt boyut ve toplam puan ortalamaları lise ve üniversite mezunu katılımcıların siberkondri düzeyi ilkokul mezunu katılımcılara göre yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. SŞÖ'nin güvensizlik boyutunda ilkokul mezunu katılımcıların siberkondri düzeyi lise ve üniversite mezunu katılımcılara göre yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çok araştırma eğitim seviyesi arttıkça siberkondri düzeyinin arttığını saptamıştır (Tüter, 2019; Fidan, 2021; Özyurt ve ark., 2020; Güleşen, 2019; Sinem, 2020). Eğitim seviyesi yüksek bireyler daha fazla sağlıklarının sorumluğunu almakta, bu konuda daha çok araştırma yapmaktadırlar ve özellilkle araştırma aracı olarak interneti sık kullanmaları siberkondri düzeylerinin artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir. Andreassen ve ark.'nın (2007), 7 Avrupa ülkesinde (Norveç, Danimarka, Almanya, Yunanistan, Polonya, Portekiz ve Letonya) 7934 bireyle yaptığı araştırmada; eğitim seviyesi yüksek bireylerin sağlıkla ilgili internet sitelerini daha çok kullandıkları saptamışlardır. Deniz (2020), çalışmasında diğer çalışmaların aksine eğitim seviyesi arttıkça siberkondri düzeyinin azaldığını saptamıştır. Bu durumun eğitim seviyesi yüksek bireylerin daha bilinçli hareket etmelerine bağlı olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların kronik hastalıklarının SŞÖ'nin aşırılık, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalamaları için fark yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). SŞÖ'nin aşırılık boyutunda kanser hastalığı olanların siberkondri düzeyi kardiyovasküler ve diğer hastalıklara sahip olanlara göre yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. SŞÖ'nin güvensizlik boyutunda diğer hastalığı olanların siberkondri düzeyi kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıklarına sahip olanlara göre yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. SŞÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamaları metabolik hastalığı olanların siberkondri düzeyi kardiyovasküler ve diğer hastalıklara sahip olanlara göre yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Güzel (2020), 345 kalp hastasıyla yaptığı çalışma da hastaların siberkondri düzeyinin orta düzeyde olduğunu saptamıştır. Woung ve Cheung (2019), 16 yaş ve üzeri 1291 hasta üzerinde

yaptıkları çalışma da kronik hastalığı olan bireylerin daha sık çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı içinde olmalarına rağmen düşük e-sağlık okuyazar olduklarını saptamışlardır. Andreassen ve ark.'nın (2007), 7 Avrupa ülkesinde (Norveç, Danimarka, Almanya, Yunanistan, Polonya, Portekiz ve Letonya) 7934 bireyle yaptığı araştırmada; kronik hastalığı olan ve engelli durumunu belirten bireylerin online sağlık arama davranışı oranının diğer bireylere göre daha yüksek saptamıştırlardır. Bu çalışma bulgularımızdan farklı olarak; oline sağlık arama davranışı ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki olmadığını ve siberkondri düzeyinin kronik hastalığı olmayan bireylerde daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Fidan, 2021; Tüter, 2019; Altındiş ve ark., 2018). Bu durum henüz tanısı konmamış hastalığa yakalanma olasılığının bireyi daha fazla araştırma yapmaya itmesine, kronik hastalıkların ileri yaşlarda görülmesine ve yaşlı bireylerin internet kullanım oranlarının düşük olması, sağlık kontrolleri için daha çok sağlık kurumunu tercih etmesine bağlanmıştır.

Katılımcıların kronik hastalık sayısının SŞÖ'nin içini rahatlatma boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve 2 adet kronik hastalığı olanların siberkondri düzeyi, 1 adet kronik hastalığı olanlara göre yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.5). Birden fazla kronik hastalığa sahip olmak daha fazla semptom ve komplikayonu da beraberinde getirmekte buna bağlı olarak bireylerin interneti sık ve tekrarlayıcı şekilde kullanmaları da beklenen bir sonuçtur. Literatürde kronik hastalık sayısı ile siberkondri ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Kendisi veya ailesinde kronik hastalığı olan bireylerin çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının yük olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Yılmaz, 2013; Rice, 2006).

Katılımcıların sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb) takip etme durumunun SŞÖ'nin zorlantı, stres, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik alt boyut ve toplam puan ortalaması için fark yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). SŞÖ'nin sağlıkla ilgili bazen ve sıklıkla yayın takip eden katılımcıların siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur. Uzun ve ark.'nın (2017), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, sağlık ile ilgili basılı ve görsel yayın takip eden öğrencilerin siberkondri düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemiştir.

Katılımcıların sağlık bilgisi için günlük internet kullanım süresinin SŞÖ'nin zorlantı, stres, aşırılık, içini rahatlatma alt boyutları ve toplam puan ortalaması için fark yaratan bir değişken olduğu ve interneti 1 saatten fazla kullanan katılımcıların

siberkondri düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönek benzer sonuçlar yer almaktadır. Tüter (2019), 18- 65 yaş arası 210 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında, günde 5-9 saat internet kullananların (114,5 puan) siberkondri düzeyinin günde 1-4 (94,52 puan) saat kullananlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Özyurt ve ark.'nın (2020), 16- 65 yaş arası toplam 316 hasta (158 hasta anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk tanısı almış, 158 hasta gönüllü grup) üzerinde yaptığı çalışmada, siberkondri ile internette geçirilen süre arasında anlamlı ilişki olduğunu, internette geçirilen süre arttıkça siberkondri düzeyinin arttığını saptamıştır. Bu çalışma bulgularından farklı olarak ; Ekinci (2020), İstanbul ili 18-75 yaş arası birey üzerinde yaptığı çalışmada, internette geçirilen süre azaldıkça siberkondri düzeyinin yükseldiğini saptmıştır.

Katılımcıların internette koronavirüs-19 hastalığı araştırma yapma durumunun SŞÖ'nin zorlantı, stres, aşırılık, içini rahatlatma alt boyutları ve toplam puan ortalaması için fark yaratan bir değişken olduğu ve koronavirüs-19 ile araştırma yapan katılımcıların siberkondri düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Literatürde bu konuda araştırma bulgumuza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır (Hua ve Shaw, 2020; Zarocostas, 2020). Bu sonuçların ortaya çıkmasında, koronavirüsün hızlı yayılması ve insanlar üzerindeki artan yıkıcı etkisinin korkuları da beraberin de getirmesine ve bireylerin korkuyla başa çıkabilmek için çevrimiçi aramalar yapmasına bağlanmıştır. Birde pandemi koşulları gereği kısıtlamaların getirilmesiyle birlikte internet kullanım oranın da artış gözlenmiştir (Rovetta ve Bhagavathula, 2020).

Katılımcıların doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumunun SŞÖ'nin zorlantı, stres, içini rahatlatma alt boyutları ve toplam puan ortalaması için fark yaratan bir değişken olduğu ve doktor önerisi dışında ilaç kullanan katılımcıların siberkondri düzeyi, ilaç kullanmayan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar; üniversite çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, hekim önerisi dışında ilaç kullananların siberkondri düzeyinin kullanmayanlara göre daha yüksek seviyede olduğu saptamıştır (Uzun, 2016). Tüter (2019), 18- 65 yaş aralığındaki hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, internetten elde ettiği bilgilerle kendisine tanı

koyup ilaç başladıklarını belirten bireylerin siberkondri düzeyini yüksek saptanmıştır. Bu çalışma bulgularından farklı olarak; Ekinci (2020) ve Güleşen (2019), yaptıkları farklı çalışmalarda; çalışmaya katılanların doktor önerisi dışında ilaç kullanma ve siberkondri düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptamamışlardır.

Katılımcıların internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inanma durumunun SŞÖ'nin stres, aşırılık, içini rahatlatma, güvensizlik ve alt boyutları ve toplam puan ortalaması için fark yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Ekinci (2020), İstabul ili 18-75 arası birey üzerinde yaptığı çalışmada, internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inananların siberkondri düzeyini yüksek olarak saptamıştır. Güleşen (2019), 18 yaş üzeri 331 kadın kalp hastası üzerinde yaptığı çalışmada, internetten edindiği bilgilerin doğruluğuna inanan ve karar alan hastaların sibekondri düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Altındiş ve ark.'nın (2018), ünivesite çalışanları ile yaptığı çalışmada, katılımcıların internet sitelerinden sağlıkla ilgili elde ettikleri bilgilere güvenme durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında internetten edinilen bilgilere güven arttıkça siberkondri düzeyi de artıyor. Bu sonuçta; internette sağlıkla ilgili bilgilerin güvenirliğinin ne kadar önemli olduğunu bizlere göstermektedir. Ayrıca bireylerin sağlık bilgisi aramak için interneti bu kadar sık kullanmaları; internetten edinilen yanlış bilgiler, bireylerin kendileri-çevrelerine zarar verebilecek uygulamalara ve sağlık kuruluşlarına gerekesiz başvuru ve yük artışına sebep olabilir.

Katılımcıların siberkondri düzeyi ile koronavirüs-19 korku düzeyi arasındaki ilişkiyi açıklayan korelasyon ve regresyon analizi ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur;

Katılımcıların siberkondri düzeyi ile koronafobi düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Koronafobi arttıkça siberkondri seviyesinin arttığı düşünülmektedir ($p<0,05$) (Çizelge 4.3). Aynı zamanda koronafobini siberkondriyi %4 oranında etkilemektedir ($p<0,05$) (Çizelge 4.6 ve 4.7). Bu sonuçlar iki değişken arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızın verileri Aralık 2020 ile Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmış, pandemi ise Mart 2020 tarihinde başlamıştır.

Pandeminin başlamasından veri toplama başlangıç süresine kadar geçen 9 aylık süreçte bireyler farklı süreçlerden geçmiştir. Bu dönemde siberkondri ve koronafoni düzeylerinin ne kadar şiddetlenip şiddetlenmediği ya da tam aksine azalıp azalmadığı bilinmemektedir. Veri toplama süreci pandemin orta ve şiddetli dönemine denk geldiği ve bireylerin pandemi öncesi siberkondri düzeyleri belirlenmediği için koronafobinin mi siberkondriye yoksa siberkondrinin mi koronafobiye neden olduğu muğlaktır. Ancak her iki durumda da bireylere destek olunması, doğru bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi, siberkondri tespit edilen bireylere psiko-eğitimsel ya da bilişsel davranışçı terapi gibi girişimsel müdehalelerin uygulanması önemlidir. Hemşireler siberkondrinin kronik hastalık yönetimini olumsuz yönde etkileyebileceğinin farkında olmalı, riskli bireyleri değerlendirmeli ve gerekli birimlere yönlendirmelidir. Ayrıca hemşireler güvenilir bilgi kaynaklarının belirlenmesi, sağlık okur yazarlığının kazandırılması konularında da eğitim ve danışmanlık vermelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Katılımcılar orta seviyede siberkondriye ve koronafobiye sahiptir (Çizelge 2).
- Katılımcıların siberkondri düzeyi ile koronafobi düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Koronafobi arttıkça siberkondri seviyesinin arttığı düşünülmektedir ($p<0,05$) (Çizelge 4.3).
- Erkeklerin, orta okul mezunlarının, sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb.) takip edenlerin, tv/internette sağlık/Koronavirüs-19 ile ilgili programları izleyenlerin, internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inananların, tv/internetten edinilen bilgilere göre sağlıkla ilgili karar alanların, doktor önerisi dışında tetkik/test yaptıranların ve doktor önerisi dışında ilaç kullananların koronafobisi diğer gruplara göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Çizelge 4.4).
- 18-35 yaş aralığında olanların, kadınların, lise mezunlarının, bazen sağlık ile ilgili yayın (kitap, dergi vb) takip edenlerin, 1 saatten fazla günlük internet kullanım süresi olanların, internette hastalık ile ilgili araştırma yapanların, internette Koronavirüs-19 ile ilgili araştırma yapanların, tv/sosyal medyada sağlık/koronavirüs-19 ile ilgili programları izleyenlerin, internetten sağlıkla ilgili edinilen bilgilerin doğruluğuna inananların ve Tv/internetten öğrenilen bilgilerin psikolojisini olarak olumsuz yönde etkilediğini bildirenlerin siberkondri düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Çizelge 5).
- Siberkondri koronavirüs-19 fobisini %4, alt boyutları koronavirüs-19 fobisini %12,8 oranında açıklamaktadır ($p<0,05$) (Çizelge 4.6).
- Koronavirüs-19 fobisi siberkondri düzeyini %4, alt boyutları siberkondri düzeyini %6,7 oranında açıklamaktadır ($p<0,05$) (Çizelge 4.7).

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Bireylerin sağlık bilgisi için interneti kullanmalarının yararları olduğu gibi başta kaygı, stres vb. olmak üzere, sağlık hizmet kullanımını arttırma gibi olumsuzluklara yol açtığı görülmektedir. Bu sebepten sağlık bilgisi arama da internet ortamında daha güvenli sayfaların oluşturulması, sağlık bilgisine yer veren sitelerin denetlenmesi ve sağlık bilgisinin toplumla paylaşılması konusunun tüm bileşenlerle (sağlıkçılar, akademi, vatandaş ve bilişim sektörü) ele alınması,
- Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylerin koronavirüs-19 salgını ve hastalıkları ile ilgili doğru ve yeterli bilgiye ulaşması için hastaları güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirmesi, bilgi gereksinimini gidermesi ve hasta eğitiminde aktif rol alması,
- Konsültan Liyezon Psikiyatri hemşirelerinin kronik hastalıklarının yönetiminde sorun yaşayan siberkondrik bireylerin ilgili birimlere (psikiyatri, psikolog) sevk edilmesi ve bakımında aktif rol alması,
- Farklı örneklemlerde yapılan araştırma sayısının arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abramowitz JS., Braddock AE. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 29(2), 503-519. https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.08

Ahorsu DK., Lin C-Y., Imani V., Saffari M., Griffiths MD., Pakpour AH. (2020). The fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 1-9. https://doi.org. 10.1007/s11469-020-00270-8

Akdemir N., Ünsar S. (2020). Kronik hastalıklar ve sorunları. Editör: Nuran Akdemir, Leman Birol. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Akademisyen Kitabevi*;* Baskı 5, 262-266.

Akpınar N.B., Ceran M. A. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.

Alpyıldız G., Aslan D. (2020). Yeni koronavirüs hastalığı (Covıd-19) ile ilgili –yanlış bilgilerle mücadele yöntemleri. *Mersin Üniv Saglık Bilim Derg*, 13(3), 457-464

Altındiş S, İnci MB, Aslan FG, Altındiş M. (2018). Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*; 8(2): 359-370.

Altınışık D. (2020). "İnternet Çağının Hastalığı: Siberkondri". https://www.bilimvetekno.com/ internet-caginin-hastaligi-siberkondri.

Andreassen H., Bujnowska-Fedak MM., Chronaki CE., Dumitru RC.,Pudule I., Santana S., Voss h.,Wynn R. (2007). European citizens' use of e-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*, 7(53), 1–7.

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.

Arpaci, I., Karataş, K., & Baloğlu, M. (2020). The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). Personality and Individual Differences, 110108.

Aşut G. (2020). *Covıd-19 Pandemisi sırasında tedavi almakta olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler.* (Tıpta uzmanlık tezi). Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

Avcı İB., Sönmez MF. (2013). Sağlık iletişimi Bağlamında Bireylerin Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları ve Motivasyonları: *Elazığ Örneği. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*; 2(2): 119-138

Aydemir T., Çetin Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. (Derleme). *Jame*r; 4(3), 109-115.

Badawi A., Ryoo SG. (2016). Prevalence of comorbidities in the middle east respiratory syndrome coronavirus (MERs-CoV): *A systematic review and meta-analysis*. *Int J Infect Dis*, 49,129-133.

Bakioğlu F., Korkmaz O., Ercan H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of ıntolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *Int J Ment Health Addiction*, 1-14.

Barke, A., Bleichhardt G., Rief W & Doering B.K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation And Development Of A Short Form. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 23(5), 595-605

Başoğlu M.A. (2018). *Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda siberkondrinin sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi. (*Tıpta uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

Brooks SK., Webster RK., Smith LE., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. Et Al .(2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920.

Broche-Perez Y., Fernandez-Fleites Z., Jimenez-Puig E., Fernandez-Castillo E., Rodriguez-Martin B. C. (2020). "Gender and fear of covid-19 in a cuban population sample". *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 12, 1-9.

Cao W., Fang Z., Hou G., Han M., Xu X., Dong J. Zheng, J. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287(112934), 1- 5

Carleton R. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal Of Anxiety Disorders*, 41, 5-21

Centers For Disease Control And Prevention. People who are at higher risk for severe illness. https://search.cdc.gov/search/?query=cov%C4%B1d&utf8=%E2%9C%93&affiliate=cdc main

CDC, Testing for COVİD-19. Erişim: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms testing/testing html

Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y., Et Al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *İnternational Journal of Clinical Medicin,* 395(11), 507-513.

Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How have COVID-19 ısolation policies affected young people's mental health? - evidence from Chinese college students. Frontiers İn Psychology, 11, 1529. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529.

Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal Of Environmental Research And Public Healt,* 17(10), 3740.

Chung JE. (2013). Patient-provider discussion of online health information: Results from the 2007 health ınformation national trends survey (HINTS). *J Health Commun*, 18, 627–648

Collins Dictionary. https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/cyberchondria

Creed F., Barsky A. (2004). Somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyazisin epidemiyolojisinin sistematik bir incelenmesi. *J Psychosom Res*, 56, 391-408.

Cui J., Et Al. (2019). Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*, 17(3), 181-192.

Deniz S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan&İnsan, Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, 24, 84-96. Doi: 10.29224/insanveinsan.674726.

Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. (2016). Cyberchondria: Parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatic,* 57, 390-400

DuGoff EH, Canudas-Romo V, Buttorff C, Leff B, Anderson GF. (2014). Multiple chronic conditions and life expectancy: *A life table analysis*. *Med Care,* 52 (8), 688-94. Doi: 10.1097/MLR.0000000000000166.

Dilbaz N., Noyan O.C., Alpar G., Kazan O.K. (2020). "Development of the covıd-19 phobia scale: *Validity And Reliability Study", Journal Of Neurobehavioral Science*, 7(3), 142-151. Doi**:** 10.4103/jnbs.jnbs_27_20

DSÖ. (2017).Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevelansı. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf

Efe D., Kocaöz S. (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Jpn Journal of Nursing Science*, 12, 113-123. Doı: 10.1111/jjns.12055

Efendioğlu E. A. (2022). Siberkondri' de koronavirüs anksiyetesi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Ekinci Y. (2020). Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı. (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yeni Medya Ve Gazetecilik Anabilim Dalı, İstanbul.

Elciyar K., Taşçı D. (2017). Siberkondri ciddiyet ölçeği'nin anadolu üniversitesi iletişim bilimleri fakültesi öğrencilerine uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 231-244

Fergus TA. (2014). Siberkondria şiddet ölçeği (CSS): Bir topluluk örneğinde sağlık, kaygısı ile yapı ve ilişkilerin incelenmesi. *Anksiyete Bozuklukları Dergisi,* 28(6), 504-510. Doi: 10.21076/vizyoner.903964.

Forouzanfar MH., Et Al. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: *A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study*. *The Lancet*, 388(10053), 1659-724.
Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8

Garg S. Et Al. (2020). Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019 - COVID-NET, 14 States, March 1-30. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(15), 458- 464.
doi: 10.15585/mmwr.mm6915e3.

Gencer N. (2020). Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Covid-19) Korkusu: Çorum Örneği. *Usbad Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4, 2687-2641. Doi: 10.47994/usbad.791577.

Gençer AG, Karadere ME, Okumuş B, Hocaoğlu Ç. (2018). "DSM-5'e giremeyen tanılar (kompulsif satın alma, misophonia, facebook kıskançlığı, pagofaji, siberkondria, internet bağımlılığı)", *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Konular*, 11(3), 87-96**.**

Guan WJ., Ni ZY., Hu Y., Liang WH., Ou CQ., He JX., Et Al.(2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 382(18), 1708-1720. Doi: 10.1056/NEJMoa2002032.

Gülbahar M., Gök Metin Z. (2020). Koronavirüs-19'un kardiyovasküler sistem üzerine etkileri. hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi. İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Ankara*. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi,* 12(2), 305-314.
Doi: 10.5336/nurses.2020-75550

Güleşen A. (2019). Kalp hastası kadınlarda siberkondri düzeyi ve etkileyen faktörler. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hançerlioğlu S. (2014). Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formu'nun türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergis,* 175-183.

Hart J., Björgvinsson T. (2010). Health anxiety and hypochondriasis: description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 74(2): 122-140.

He J-L., Et Al. (2020). Diagnostic performance between ct and initial real-time RT-PCR for clinically suspected 2019 coronavirus disease (COVID-19) patients outside Wuhan. *Respir Med J,* 168,105980.

Hua J., Shaw R. (2020). Coronavirus (COVID-19) "ınfodemic" and emerging ıssues through a data lens: The case of China. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(7), 2309.

Huang C. Et Al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan. *China. Lancet*, 395(10223), 497-506.

Internet World Stats. (2021). Erişim: https://www.internetworldstats.com/stats.htm

Istituto Superiore di Sanità (2020). Integrated surveillance of COVID-19 in Italy. *https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Infografica_6aprile%20ENG.pdf*

Jungmann SM., Witthöft M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal Of Anxiety Disorders,* 73, 102239. Doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102239.

Kang YJ .(2020). Mortality rate of infection with cOVID-19 in Korea from the perspective of underlying disease*. Disaster Med Public Health Prep,* 4(3), 384-386. Doi: 10.1017/dmp.2020.60.

Karakoç K.A., Taşkın Y.F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2(2), 62-70.

Kurtuluş E., Düşünceli B. (2021). Covid-19 fobisi (korkusu), Covid-19 farkındalığı ve genel aidiyetleri düzeyleri. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13, 451-485. Doi: 10.32739/uskudarsbd.7.13.96.

Lee S.A., Jobe M.C., Mathġs A.A., Gġbbons J.A. (2020). "Incremental validity of coronaphobia: coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety". *Journal Of Anxiety Disorders*, 74(102268), 1-18. Doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102268.

Li W., Yang Y., Liu Z.H., Zhao Y.J., Zhang Q., Zhang L. (2020). "Progression, of mental health services during the COVID-19 outbreak in China", *Int J Biol Sci,* 16(10), 1732-1738. Doi: 10.7150/ijbs.45120.

Luth W., Jardine C., Bubela T. (2013). When pictures waste a thousand words: Analysis; 8 (5), e6470. Doi: 10.1371/journal.pone.0064070.

Marcus DK, Et Al. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: *A Systematic Review. Clin Psychol Re,;* 27, 127-39.

McElroy E., Shevlin M. (2014). The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *J Anxiety Disord,* 28, 259-265. Doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.007.

Mcmullan RD., Berle D., Arnaez 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: 271-278

Menon V., Kar S.K., Tripathi A., Nebhinani N. (2020). Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian Journal Of Psychiatry*, 53, 102225.

Murthy S., Et Al. (2020). Care for critically ıll patients with COVID-19. *Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1499- 1500. Doi: 10.1001/jama.2020.3633.

Önder R. (2014). Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etmenler. (Tıpta uzmanlık tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.

Özyurt T., Aydemir Y., Aydın A., İnci M. B., Ekerbiçer H. Ç., Muratdağı G., & Kurban A. (2020). İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel sayı), 1-10.

Powell J., Inglis N, Ronnie J, Large S. (2011). The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. *J Med Internet Res*, 13(1), e20. Doi: 10.2196/jmir.1600.

Rice RE. (2006). Influences, usage, and outcomes of internet health information searching: multivariate results from the pew surveys. *International Journal Of Medical İnformatics*, 75(1), 8-28. Doi: 10.1016/j.ijmedinf.2005.07.032.

Rovetta A., Bhagavathula AS. (2020). COVID-19 related web search behaviors and ınfodemic attitudes in Italy: *Infodemiological study. Journal of Medical Internet* Research, 22(8), e20673. doi: 10.2196/20673.

Rosenbaum L. (2020). Covid-19 epidemic in Italy: The ethical, logistical and clinical aspects of the response at the forefront. *Recenti Prog Med*, 111(4), 192-197. Doi: 10.1056/NEJMp2005492

Sağlık K., Duygun A. (2021). Tüketicilerin seyahat tercihleri ile koronafobi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İzmir Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 96-105. Doi: 10.47899/ijss.20213109.

Selvi Y., Turan S.G., Sayın A.A., Boysan M., Kandeğer A. (2018). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. *Sleep and hypnosis: A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology, 20(4), 241-246.* Doi: 10.5350/SLEEP.HYPN.2018.20.0157.

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. PsyArXiv https: //doi.org/10.31234/osf. io/j23vt.

Starcevic V., Berle D. (2013). ‘’Cyberchondria: towards a better understanding of excessive healt-related internet use.’’ *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213. Doi: 10.1586/ern.12.162.

Starcevic V. (2017). “Cyberchondria: Challenges of problematic online searches for health-related information.” *Psychoter Psychos,* 86, 129-133. Doi: 10.1159/000465525.

Tan W., Aboulhosn J. (2020). The cardiovascular burden of coronavirus disease 2019 (COVID-19) With a focus on congenital heart disease. *International journal of Cardiology*, 309, 70-77. Doi: 10.1016/j.jicard.2020.03.063.

Tanis M., Hartmann, T., Te Poel F. (2016). Online health anxiety and consultation satisfaction: a quantitative exploratory study on their relations. *Patient Educ. Couns*; 99, 1227–1232. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.021.

TCSB (T.C. Sağlık Bakanlığı). (2020). COVID-19 rehberi. Erişim: https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID- 19_Rehberi.pdf.

TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi). (2020). *COVID-19 Pandemi değerlendirme raporu*. Erişim: http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19%20Raporu-Final+.pdf.

Türkmen E.(2012). Kronik hastalıklar ve önemi. kronik hastalıklar ve bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, 37-50.

Türk Psikologlar Derneği. (2020a). COVID-19 Salgını sırasında ruh sağlığı. Erişim: http://Www.Psikolog.Org.Tr/Tr/Blog/Www/Covid-19-Salgini-Sirasinda-Ruh-Sagligi-X656/.

Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr

Tüter M. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. (Tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Uzun S. U., Özdemir C., Akbay B., & Zencir M. (2017). Bir üniversite son sınıf öğrencilerinde siberkondri düzeyi ve etkileyen faktörler. *19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Antalya. HASUDER*, 527-528.

Van Elslande J, Et Al. (2020). Diagnostic performance of seven rapid ıgg/ıgm antibody tests and the euroimmun Iga/Igg ELISA in COVID-19 patients. *Clin Mikrobiol İnfect,* 26(8), 1082-1087. Doi: 10.1016/j.cmi.2020.05.023.

WHO. (2021). Noncommunicable Diseases.Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases (2020).

WHO. WHO Director-General's Opening Remarks At The Media Briefing On Covıd-19. Erişim: http//www.who.int/dg/speeches/detail/who-directorgeneral-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19— (E.T.: 20/01/2021)

WHO. (2020). Coronavirus. Erişim: https://www.who.int/health-topics/coronavirus/coronavirus (E.T.: 20/01/2021).

WHO. (2020). Statement on the second meeting of the ınternational health regulations (2005) - Emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-Ncov).
Erişim: https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-onthe-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committeeregarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov).

WHOrganization. (2018). Noncommunicable Diseases.
Erişim: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

WHOrganization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles.
Erişim: https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/

WHO. (2014). Global status report on noncommunicable diseases. Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1

WHO.(2020). Noncommunicable diseases progress monitor. Erişim: https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020

Worldometer. https://www.worldometers.info/coronavirus.

Wong DKK., Cheung MK. (2019). Online health information seeking and ehealth literacy among patients attending a primary care clinic in Hong Kong: A crosssectional survey. *J Med Internet Res*, 21(3), e10831. Doi: 10.2196/10831.

Wu Z., McGoogan JM. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: *Summary of a prevention. JAMA,* 323 (13), 1239-1242. Doi: 10.1001/jama.2020.2648

Yalçın E. (2021). Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve Covıd-19 korkusu ilişkisinde sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin aracı rolü. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Yıldırım M, Geçer E, Akgül Ö. (2021). The impacts of vulnerability, perceived risk and fear9 on preventive behaviours against COVİD-19. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 35-43. Doi: 10.1080/13548506.2020.1776891.

Yılmaz E. (2014). Türkiye'de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 93-108.

Yiğit A.S. (2021). Covid-19 salgın sürecinde kronik hastalığı olan erişkinlerin günlük yaşam değişiklikleri, pozitif duygudurum düzeyleri ve Covid-19 korkuları. (Tıpta uzmanlık tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

Yiğit İ., Gümüşçü O. (2016). Manisa ve çevresinde salgın hastalıkların iskana etkisi (XVI-XX. yy). *TÜCAUM Uluslararası Coğrafya Sempozyumu*, *Ankara.*

Zarocostas J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet,* 395(10225), 676. Doi:10.1016/s0140.6736(20)30461.X.

Zülfikar H.(2014).''Hastaların internet kullanımı ve elektronik ortamdaki sağlık bilgilerine erişim davranışları.''Derleme. *F.N. Hem. Dergisi*, 22(1), 46-52.

EKLER

EK-1: Kişisel bilgi formu

Bu çalışma, kronik hastalığı olan bireylerin koronavirüs-19 fobisi ile siberkondri düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra şıklarından birini işaretleyiniz. **Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret koymayınız**. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK

Hem.Y. Lisans Öğrencisi Zeynep Nehir SARI

1.Yaşınız…….

2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz?

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite mezunu e) Yüksek lisans f) Doktora

4. Çalışma durumunuz? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

5. Medeni durumunuz?

a) Bekâr b)Evli

6.Kronik hastalığınızın adı? ……..

7. Kronik hastalığınızın süresi ?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c) 6 yıl ve üzeri

8.Hastalığınız ile ilgili düzenli ilaç kullanıyor musunuz? a) Hayır b) Evet

9. Ailenizde sağlık çalışanı (doktor/hemşire/ebe...vs) var mı? a) Hayır b) Evet
Cevabınız evet ise yakınlık derecenizi belirtiniz…….

10. Sağlıkla ilgili yayın (kitap, dergi, gazete eki vb) takip eder misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c)Bazen/Ara sıra d)Sıklıkla e)Her zaman

11.Sağlık bilgisi aramak için günlük ortalama interneti kaç saat kullanırsınız?

a)1 saatten az b)1 saatten fazla (süreyi belirtiniz…….)

12. İnternetten hastalığınız ile alakalı konularda araştırma yapar mısınız?

a) Evet b) Hayır

13.İnternetten günümüz salgın hastalığı koronavirüs hakkında araştırma yapar mısınız?

a) Evet b) Hayır

14. Televizyon/sosyal medya da sağlık ve koronavirüs ile ilgili programları izler misiniz?

a) Evet b) Hayır

15. Doktor önerisi dışında tetkik/test yaptırır mısınız?

a) Evet b) Hayır

16. Hastalığınız ve koronavirüs ile ilgili doktor önerisi dışında ilaç kullanır mısınız?

a) Evet b) Hayır

17. İnternetten sağlıkla ilgili edindiğiniz bilgilerin doğru olduğuna inanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

18.İnternetten/TV'den hastalığınız ve koronavirüs ile öğrendiğiniz bilgiler sizi psikolojik olarak olumsuz yönde etkiliyor mu?

a)Evet b)Hayır

19. İnternetten edindiğiniz bilgilere göre sağlığınızla ilgili kararlar alır mısınız?

a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman

EK 2- Siberkondria şiddeti ölçeği (SŞÖ)

Kavramlar
Belirti*:* Nedeni belirsiz bir bedensel duyum (Örn. öksürme, baş ağrısı, herhangi bir yerde şişlik veya ağrı gibi)

Algılanan tıbbi durum*:* Bir uzman tarafından resmen tanısı konulmadığı halde sizde olabileceğini düşündüğünüz bir hastalık veya rahatsızlık

Internet araması*:* Bir arama motorlarına (örn. Google, Bing) belirli terimler girilmesi ve sonrasında gelen web sayfalarındaki bilginin okunması.

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 online arama yapmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda geçirdiğim zamanı kısıtlar.	□	□	□	□	□
4. …….	□	□	□	□	□
5. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım online aramalardan sonra rahatlamakta güçlük çekerim.	□	□	□	□	□
6. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili online arama yapmak, diğer konulardaki araştırmalarımı kısıtlar (örn. işim/ üniversitedeki projem/ödevim için olan aramalar).	□	□	□	□	□
7. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım online aramalardan sonra daha kolay sinirlenir veya gerginleşirim.	□	□	□	□	□
8. ……..	□	□	□	□	□
9. Doktor ya da tıbbi uzmanın fikirlerini yaptığım online aramalardan daha çok önemserim.	□	□	□	□	□
10. Bendeki belirtinin az görülen/ciddi bir durumla ilişkili olduğunu internette okuduğum zaman paniğe kapılırım.	□	□	□	□	□
11. İnternette belirtiler veya tıbbi durumlarla ilişkili arama yaparken, tanı almış veya konuyla ilgili kişilerin kendi tıbbi durumlarını, belirtilerini ve deneyimlerini tartıştıkları forumları ziyaret ederim.	□	□	□	□	□
12. …….	□	□	□	□	□
13. Algıladığım aynı durumla ilgili farklı web sayfalarını okurum.	□	□	□	□	□
14. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım online aramalar, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi olumsuz etkiler (arkadaşlarımla/ailemle geçirdiğim zamanı azaltır).	□	□	□	□	□
15. İnternette bulduğum tıbbi bilgileri doktorumla/tıbbi uzmanımla tartışırım.	□	□	□	□	□
16. ……..	□	□	□	□	□
17. Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili online 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 düşünürüm.	□	□	□	□	□
20.	Ciddi bir hastalık hakkında internette bir şeyler okumadan önce kendimi daha iyi hissederdim.	□	□	□	□	□
21.	…….	□	□	□	□	□
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 online arama yapmak, benim internetteki iletişimimi (örn. anında mesajlaşma, Skype gibi) olumsuz etkiler veya yavaşlatır.	□	□	□	□	□
25.	Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili online arama yapmak, internet dışındaki çalışma aktivitelerimi kısıtlar.	□	□	□	□	□
26.	Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili online arama yapmak, beni diğer tıbbi uzmanlardan yardım almaya iter.	□	□	□	□	□
27.	Kendimde olduğunu düşündüğüm tıbbi durumlarla ilişkili internetteki bilgiyi doktorumla tartışmak beni rahatlatır.	□	□	□	□	□
28.	Doktor/tıbbi uzmanın görüşüne internette kendi kendime koyduğum tanılardan daha çok güvenirim.	□	□	□	□	□
29.	İnternette karşılaştığım belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili endişelerime engel olmak bana zor gelir.	□	□	□	□	□
30.	…….	□	□	□	□	□
31.	İnternette belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili arama yaptıktan sonra karşılaştığım şeyler kafama takıldığı için uyumakta güçlük çekerim.	□	□	□	□	□
32.	Bazen "Bu belirti veya hastalığı internette okumamış olsaydım doktora gitmeyecektim" şeklinde düşünürüm.	□	□	□	□	□
33.	Doktorum/tıbbi uzmanım internetteki tıbbi aramamda bulduklarımın ilgisiz olduğunu söylediğinde, endişelenmekten vazgeçerim	□	□	□	□	□

EK 3- Koronavirüs-19 fobisi (K19FÖ) ölçeği

Koronavirüs 19 Fobisi (K19FÖ) Ölçeği*

YÖNERGE: Aşağıda, insanların koronavirüs salgınında yaşayabilecekleri problemlerle ilgili bazı cümleler yazılıdır. Her cümleyi dikkatle, ama üzerinde çok da takılmadan okuyunuz. Cümledeki duruma, **BU GÜN DAHİL GEÇEN HAFTA**, içinde ne kadar katıldığınızı en iyi anlatan kelimenin altındaki yuvarlağa tıklayınız. Lütfen hiçbir cümleyi boş bırakmadan hepsini değerlendiriniz. Lütfen her madde için sadece size en iyi uyan tek seçenek belirtiniz.

Örneğin, Bugün dahil geçen hafta içinde, "koronavirüs beni kaygılandırıyor" ifadesine katılmıyorsanız, 2 numaralı yuvarlağı seçmelisiniz. Seçiminizi yuvarlağın içini karalayarak ya da herhangi bir şekilde işaretleyerek belirtebilirsiniz.

Koronavirüs Beni Kaygılandırıyor	Kesinlikle Katılmıyorum ①	Katılmıyorum ②	Katılıyorum ③	Genelde Katıyorum ④	Kesinlikle Katılıyorum ⑤
1. Korona virüs kapma korkusu beni çok kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
2. ……	①	②	③	④	⑤
3 Öksüren insanları görünce koronavirüs şüphesiyle aşırı kaygılanıyorum.	①	②	③	④	⑤
4. Korona virüs nedeniyle yiyecek maddelerinin tükenmesinden kaygılanıyorum.	①	②	③	④	⑤
5. Ailemden birinin korona virüse yakalanma olasılığından aşırı derecede korkuyorum	①	②	③	④	⑤
6. Korona virüs sebebiyle göğsüm ağrıyor.	①	②	③	④	⑤
7. Hapşıran insanlardan korona virüs şüphesiyle kaçarcasına uzaklaşıyorum.	①	②	③	④	⑤
8. …….	①	②	③	④	⑤
9. Korona virüsten ölüm haberleri beni müthiş derecede kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
10. Korona virüs sebebiyle elim ayağım titriyor.	①	②	③	④	⑤
11. ……	①	②	③	④	⑤
12. Korona virüs korkusuyla gıda stokluyorum.	①	②	③	④	⑤
13. Korona virüsle ilgili belirsizlikler beni ciddi manada kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
14. Korona virüs korkusu nedeniyle uyku problemi yaşıyorum	①	②	③	④	⑤
15. Korona virüse yakalanmak korkusundan sosyal ilişkilerim ciddi anlamda sekteye uğruyor.	①	②	③	④	⑤
16. Korona virüsten sonra, evdeki ihtiyaç malzemelerini kontrol etmezsem içim rahat etmiyor.	①	②	③	④	⑤
17. …….	①	②	③	④	⑤
18. Korona virüs beni o kadar gerginleştiriyor ki, normalde yaptığım şeyleri bile yapamıyorum.	①	②	③	④	⑤
19. Başkalarından korona virüs kapma korkusundan kendimi alamıyorum.	①	②	③	④	⑤
20. Korona virüse karşı insanların duyarsız davranmaları sebebiyle çevremdekilerle hiddetle tartışıyorum (ya da tartışmak istiyorum).	①	②	③	④	⑤

EK 4: SŞÖ İzin Belgesi

İlt: SİBERKONDRİA ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Nehir Sarı <nehi[illegible]@[illegible]ail.com>
17.07.2022 Paz 02:51
Kime: ne[illegible]@[illegible]ail.com <neh[illegible]@[illegible]nail.com>

3 ek (206 KB)
Note to researchers.docx; Siberkondria Şiddeti Ölçeği.doc; Turkish Version of t

---

Gönderen: Ali Kandeğer <dralika[illegible]@[illegible]ail.com>
Gönderildi: 4 Ağustos 2020 Salı 06:32
Kime: neh[illegible]@[illegible]ail.com <neh[illegible]@[illegible]nail.com>
Konu: Fwd: SİBERKONDRİA ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Selamlar,

Ölçek, hesaplama notları ve geçerlik güvenirlik çalışması ektedir.

İyi çalışmalar,
--
Dr. Öğr. Üyesi Ali Kandeğer
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
KONYA

EK 5: K19FÖ İzin Belgesi

İlt: Re:

Nehir Sarı <nehir_90_25@hotmail.com>
17.07.2022 Paz 02:56
Kime: nehi..._9...5@i...mail.com <nehir_9...5@...mail.com>

Gönderen: Baloglu, Ph.D. <balo...@i...mail.com>
Gönderildi: 15 Ağustos 2020 Cumartesi 21:09
Kime: Nehir Sarı <nehir_...@...mail.com>
Konu: Re:

kullanabilirsiniz

Mustafa Baloglu, Ph.D.
Professor & Chair
Department of Special Education
Hacettepe University

From: Nehir Sarı <nehi...mail.com>
Sent: Sunday, August 16, 2020 12:21:40 AM
To: bal...@...nail.com <bal...@...ail.com>
Subject:

Mustafa Hocam Merhaba
Hocam,ben,Çankırı Karatekin üniversitesi psikiyatri hemşireliği bölümü Yüks Sarı.
Hocam Türkiye de geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız Koronavirüs-19 Fobisi çalışmamda kullanmak istiyorum.
Saygılarımla.İyi Akşamlar Hocam.

EK 6: Etik Kurul İzin Formu

T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	17
Araştırmanın Yürütücüsü:	Yükesek Lisans Öğrencisi Zeynep Nehir Sarı
Araştırmanın Başlığı:	Pandemi Döneminde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Koronavirüs-19 Fobisi İle Siberkondri Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Karar Tarihi:	7.10.2020 14:58:03
Kurul Görüşü:	Çalışma kriterlere uygundur

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI
İMZA

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT
İMZA

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar KOÇ
İMZA

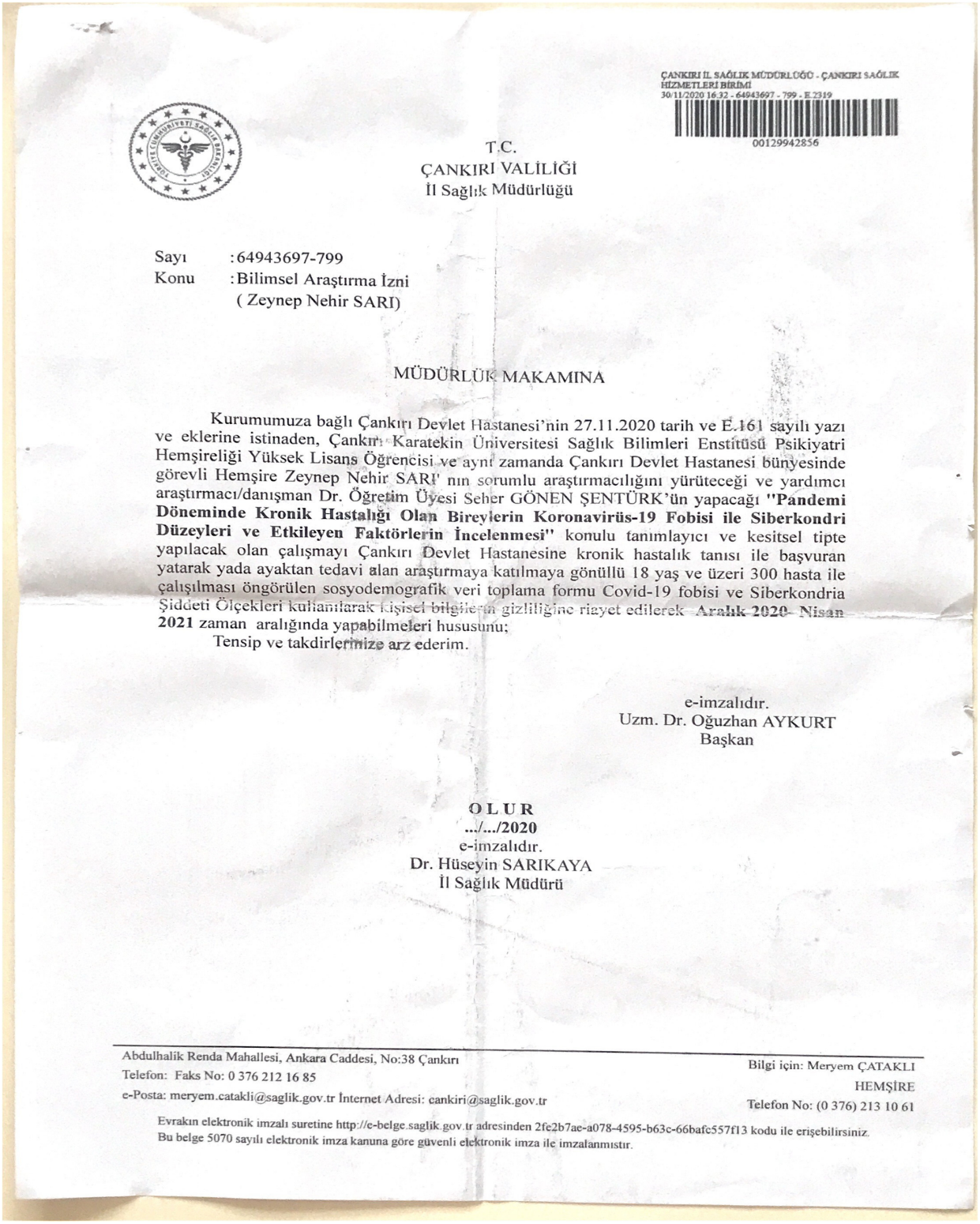
Üye
Doç. Dr. İlknur GÖL
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL
İMZA

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK
İMZA

Çankırı Karatekin Üniversitesi

EK 7: Kurum İzin Belgesi



ÇANKIRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇANKIRI SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
30/11/2020 16:32 - 64943697 - 799 - E.2319
00129942856

T.C.
ÇANKIRI VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 64943697-799
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
(Zeynep Nehir SARI)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Kurumumuza bağlı Çankırı Devlet Hastanesi'nin 27.11.2020 tarih ve E.161 sayılı yazı ve eklerine istinaden, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi ve aynı zamanda Çankırı Devlet Hastanesi bünyesinde görevli Hemşire Zeynep Nehir SARI' nın sorumlu araştırmacılığını yürüteceği ve yardımcı araştırmacı/danışman Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK'ün yapacağı **"Pandemi Döneminde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Koronavirüs-19 Fobisi ile Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** konulu tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılacak olan çalışmayı Çankırı Devlet Hastanesine kronik hastalık tanısı ile başvuran yatarak yada ayaktan tedavi alan araştırmaya katılmaya gönüllü 18 yaş ve üzeri 300 hasta ile çalışılması öngörülen sosyodemografik veri toplama formu Covid-19 fobisi ve Siberkondria Şiddeti Ölçekleri kullanılarak kişisel bilgilerin gizliliğine riayet edilerek **Aralık 2020- Nisan 2021** zaman aralığında yapabilmeleri hususunu;

Tensip ve takdirlerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Oğuzhan AYKURT
Başkan

OLUR
.../.../2020
e-imzalıdır.
Dr. Hüseyin SARIKAYA
İl Sağlık Müdürü

Abdulhalik Renda Mahallesi, Ankara Caddesi, No:38 Çankırı
Telefon: Faks No: 0 376 212 16 85
e-Posta: meryem.catakli@saglik.gov.tr İnternet Adresi: cankiri@saglik.gov.tr

Bilgi için: Meryem ÇATAKLI
HEMŞİRE
Telefon No: (0 376) 213 10 61

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 2fe2b7ae-a078-4595-b63c-66bafc557f13 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı :Zeynep Nehir SARI

Doğum yeri ve tarihi :

İletişim adresi ve telefonu :

Öğrenim Durumu : Lisans
Lisans : 2011, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksekokulu

Mesleki Deneyimi **:** 2011-2012 Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi (Hemşire)
2012-2016 Erzurum/ Mareşal Çakmak Hastanesi (Hemşire)
2016-2019 Erzurum/Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi (Hemşire)
2019-….. Çankırı Devlet Hastanesi (Hemşire)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar : Türk Hemşireler Derneği (THD)
Psikiyatri Hemşireleri Derneği (PHD)

Aldığı Kurslar **:** Diyabet Hemşireliği SertifikasI (2014)
Acil Bakım Hemşireliği SertifikasI (2015)
Pedagojik Formasyon Sertifikası (2015)
UMKE Sertifikası (2022)

Yayınları **:** Gönen Şentürk S., Bayrak D., Sarı Z.N. (2020). Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Öz-Bakım Yönetimi ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Özet). Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. *2.Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, İzmir.*