



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**ERZİNCAN İLİ EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN
HASTALARIN YAKINLARININ SİBERKONDRI DÜZEYİ VE
SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Merve ÖZÇİNAR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN
2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ERZİNCAN İLİ EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN
HASTALARIN YAKINLARININ SİBERKONDRI DÜZEYİ VE
SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Merve ÖZÇİNAR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN

2023

ETİK ONAM

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “ERZİNCAN İLİ EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN YAKINLARININ SİBERKONDRI DÜZEYİ VE SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ” 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.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler EBYU Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 30.03.2023 tarihinde, 2023/07-5 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Dr.Merve ÖZÇİNAR

Tarih: 04.12.2023

İmza: [İmza]

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, hoşgörülü ve çözüm üreten kişiliğiyle her zaman desteğini hissettiren, tez sürecimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi Ersan GÜRSOY'a

Anlayışlı, olumlu tutumuyla ve bilgi birikimiyle eğitime katkı sağlayan değerli hocam Dr.Öğr.Üyesi Mercan YAĞIZ KARATAŞ'a

Tez yazım sürecimde her aşamada desteğini sunan değerli arkadaşım ve meslektaşım Dr.İbrahim Halil ÖLMEZ'e

Tıp eğitimimin ilk yıllarından beri hayatımın her aşamasında yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli yol arkadaşım ve meslektaşım Dr.Merve SAYAR'a

Hayatımın her aşamasında yanımda olan ve eğitimimi sürekli destekleyen ve beni bu günlere getiren canım annem Sakine ÖZÇİNAR'a, değerli kardeşlerim ve yol arkadaşlarım Fatma ÖZÇİNAR BAYSAL, Kübra ÖZÇİNAR ve Nazlı ÖZÇİNAR'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Merve ÖZÇİNAR

İÇİNDEKİLER

ETİK ONAM	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
TÜRKÇE ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı.....	4
2.2. İnternet Kullanımının Zaman İçerisindeki Gelişimi ve Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama Davranışının Ortaya Çıkması	4
2.3. Siberkondri	6
2.3.1.Tanım	6
2.3.2. Tarihçesi ve Zaman İçerisindeki Gelişimi.....	7
2.3.3. Etyoloji	8
2.4. Sağlık Anksiyetesi.....	10
2.4.1. Sağlık Anksiyetesi ve İlişkili Kavramların Tanımı	10
2.4.2. Sağlık Anksiyetesinin Etyolojisi	11
2.4.3. Hipokondriyazis ve Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu.....	11
2.4.4. Epidemiyoloji	12
2.4.5. Klinik.....	12
2.4.6. Tanı Kriterleri.....	13
2.4.7. Ayırıcı Tanı	14
2.5. Evde Sağlık Hizmetleri	16
2.5.1. Tanım	16
2.5.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	16
2.5.3. Evde Sağlık Hizmetleri'nin Uygulanması.....	17
2.5.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Hizmet Kapsamı	18
2.5.5. 'Bakım Veren' Kavramı.....	20
2.5.6. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamaları	20
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	23

3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Demografik Veri Formu.....	25
3.6.2. Siberkondri Şiddeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12).....	25
3.6.3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon).....	26
3.7. Verilerin Analizi.....	26
4.BULGULAR	27
4.1. Sosyodemografik Bulgular.....	27
4.2. Katılımcıların CSS-12 verileri ve elde edilen bulgular	31
4.3. Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği verileri ve elde edilen bulgular	32
4.4. Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının sosyodemografik verileriyle karşılaştırılması.....	33
4.5. Katılımcıların diğer sosyodemografik verilerinin birbirleriyle olan ilişkisi.....	38
4.6. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin CSS-12 ve SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam ölçek puanlarıyla karşılaştırılması	40
4.7. Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının birbirleriyle karşılaştırılması	45
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	73
Ek-1: DEMOGRAFİK VERİ FORMU	73
Ek-2: ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	75
Ek 3: SİBERKONDRI CİDDİYETİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (CSS-12)	78
Ek-4: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)	79
Ek-5: ETİK KURUL ONAY FORMU	81

SİMGELER VE KISALTMALAR

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

SBAD: Sağlık Bilgisi Arama Davranışı

HAB: Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BBC: Britanya Yayın Kuruluşu

ICD-10: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	27
Şekil 2: Katılımcıların Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği maddelerine göre verdikleri cevaplar ve puan ortalamaları.....	31



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların demografik verileri	28
Tablo 2: Katılımcıların kronik hastalık ve psikiyatrik ilaç kullanma durumları	29
Tablo 3: Katılımcıların gün içerisinde kendilerine ayırdıkları süre ve internette vakit geçirme süreleri	29
Tablo 4: Katılımcıların bakım verme süreleri ve bakım yükleri	30
Tablo 5: Katılımcıların bakıcı desteği alma durumları	30
Tablo 6: Katılımcıların CSS-12 alt boyutlarına göre aldıkları puanlar	32
Tablo 7: Katılımcıların SAÖ alt boyutlarına göre aldıkları puanlar	33
Tablo 8: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	33
Tablo 9: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının medeni durumları ile ilişkisi	34
Tablo 10: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hastanın medeni durumları ile ilişkisi	34
Tablo 11: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının eğitim durumları ile ilişkisi	35
Tablo 12: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan kişinin eğitim durumları ile ilişkisi	35
Tablo 13: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hasta ile yakınlık durumlarıyla ilişkisi	36
Tablo 14: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakıcı desteği alma durumları ile ilişkisi	36
Tablo 15: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının kronik hastalık durumları ile ilişkisi	37
Tablo 16: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının psikiyatrik ilaç kullanma durumları ile ilişkisi	37
Tablo 17: Katılımcıların ve bakım alan hastaların yaşları ile bakımla ilgili verilerin birbirleriyle olan ilişkisi	38
Tablo 18: Katılımcıların yaşları, bakım alan hastaların yaşları, bakım verme süreleri ve bakım zorluğunun katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ve internette vakit geçirme süreleri ile arasındaki ilişki	39
Tablo 19: Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ile internette vakit geçirme sürelerinin birbirleriyle olan ilişkisi	40
Tablo 20: Katılımcıların yaşları ve bakım alan hastaların yaşları ile katılımcıların CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam CSS-12 puanlarıyla ilişkisi	41
Tablo 21: Katılımcıların bakımla ilgili verilerinin CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam CSS-12 puanlarıyla ilişkisi	41
Tablo 22: Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ve internette geçirdikleri süre ile CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam CSS-12 puanları arasındaki ilişki	42
Tablo 23: Katılımcıların yaşları ve bakım alan hastaların yaşlarıyla SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam SAÖ puanları ile ilişkisi	43
Tablo 24: Katılımcıların bakım verme süreleri ve bakım yüklerinin SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi	44
Tablo 25: Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süreler ve internette vakit geçirdikleri sürelerin SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi	45
Tablo 26: Katılımcıların CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanların ve toplam CSS-12 puanlarının SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi	46

TÜRKÇE ÖZET

Erzincan ili Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Siberkondri Düzeyi ve Sağlık Anksiyesi Arasındaki İlişki

Amaç: Çalışmamızın amacı evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarında siberkondri düzeyini saptamak ve sağlık anksiyesi ile arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışmamızın hedefi hem bu ilişkiyi belirlemek hem de siberkondri ve sağlık anksiyesi üzerinde etkili olan faktörleri belirleyip aralarında değişime uğrayabilecek olanları tespit ederek sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi açısından gelecekte yapılacak olan yeniliklere ve çalışmalara ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın evreni Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı hastaların arasından 15.05.2023-15.07.2023 tarihleri arasında muayene talep edilip evde ziyareti gerçekleştirilen hastaların yakınlarından oluşmaktadır. Çalışmaya 18-65 yaş arası gönüllü bireylerden bir evde sağlık hastasının bakımından primer sorumlu olan, bilişsel düzeyi soruları cevaplayabilecek yeterlilikte ve internet kullanıcısı olan, sağlık çalışanı veya emeklisi olmayan bireyler dahil edilmiştir. Katılımcılara literatür taranarak hazırlanmış 19 soruluk bir anket formu, 2021 yılında Söyler ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan 'Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği', 2013 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan Sağlık Anksiyesi Envanteri uygulanmıştır. Bu çalışma gönüllü olan hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Veri toplamadan önce katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü 235 kişi olarak hesaplanmış olup toplam 240 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın her aşamasında Helsinki deklarasyonunun ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların %64,2'si kadın (n=154), %35,8'i erkeklerden (n=86) oluşuyordu. Katılımcıların %77,9'u evli (n=187), %41,7'si ev hanımı (n=100), %1,7'si (n=4) okuma yazma bilmiyordu. Bakım görevini üstlenen katılımcıların %57,1'i hastanın kızı-oğlu grubundan (n=137) idi. Katılımcıların %37,1'nin kronik bir rahatsızlığı (n=89) olup %7,9'u (n=19) psikiyatrik bir ilaç kullanmaktaydı. Katılımcıların gün içerisinde kendine ayırdıkları vakit ortalaması $2,03 \pm 1,63$ saat, günlük olarak internette vakit geçirme süre ortalaması $1,5 \pm 1,42$ saat, günlük olarak internette sağlık araştırmalarına ayrılan süre ortalaması $0,48 \pm 0,68$ saat idi. Katılımcılardan bakım alan hastanın yanına bir haftada geline gün sayısı ortalaması $6,01 \pm 1,59$ idi. Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ortalaması $8,48 \pm 4,93$ saat, hastaların bakımıyla ilgilenilen toplam süre ortalaması $60,40 \pm 60,55$ ay idi. Katılımcılardan hastalarının bakım zorluğunu en düşük 1 puan, en yüksek 10 puan olacak şekilde değerlendirilmesi istendiğinde bakım zorluğu puan ortalaması $7,85 \pm 2,09$ idi. Katılımcıların bakıcı desteği alma durumlarına bakıldığında %20'sinin hiç destek almadığı saptanmıştı.

Sonuçlar: Katılımcıların Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalaması $22,36 \pm 11,63$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $17,69 \pm 11,54$ olarak bulunmuştur. Katılımcılardan genç ve orta yaş grubunda olanların, kadınların, bekarların, bakım verdikleri hastalardan üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların siberkondri düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içinde kendine daha çok vakit ayıranların, günlük olarak internette daha fazla vakit geçirenlerin ve günlük olarak internetten yapılan sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların diğerlerine göre siberkondri düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcılardan ileri yaş grubunda olanların, hastalarının bakım zorluğu derecesi daha yüksek olanların, günlük olarak internetten yapılan sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların siberkondri düzeyleri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: siberkondri, sağlık anksiyetesi, sağlık bilgisi arama davranışı, evde sağlık hizmetleri, bakım zorluğu, bakım veren birey

ABSTRACT

The Relationship Between Cyberchondria Level and Health Anxiety of Relatives of Patients Receiving Home Health Services in Erzincan Province

Purpose: The aim of our study was to determine the level of cyberchondria in the relatives of patients receiving home health services and to determine the relationship between it and health anxiety. The aim of our study is to determine this relationship and to shed light on future innovations and studies in terms of the delivery and management of health services by identifying the factors that affect cyberchondria and health anxiety and identifying those that may change between them.

Materials and Methods: Our study was cross-sectional and descriptive. The universe of the study consists of the relatives of the patients who were examined and visited at home between 15.05.2023 and 15.07.2023 among the patients registered in the Home Health Services Unit of Erzincan Mengücek Gazi Training and Research Hospital. Volunteers between the ages of 18-65 who are primarily responsible for the care of a home health patient, whose cognitive level is capable of answering questions, who are internet users, and who are not health workers or retirees were included in the study. A questionnaire form consisting of 19 questions prepared by scanning the literature, the 'Cyberchondria Severity Scale', whose validity reliability was made in Turkish by Söyler et al. in 2021, and the Health Anxiety Inventory, which was studied in Turkish reliability and validity by Aydemir et al. in 2013, were applied to the participants. This study was carried out by face-to-face interviews with the relatives of the patients who volunteered. Before data collection, participants were informed about the study and their verbal and written consents were obtained. The sample size of our study was calculated as 235 people and a total of 240 participants were included in the study. At every stage of the work, the principles of the Declaration of Helsinki were followed.

Results: 64.2% of the participants were female (n=154) and 35.8% were male (n=86). Of the participants, 77.9% were married (n=187), 41.7% were housewives (n=100), and 1.7% (n=4) were illiterate. 57.1% of the participants who undertook the duty of care were from the daughter-son group of the patient (n=137). Of the participants, 37.1% had a chronic disease (n=89) and 7.9% (n=19) were using a psychiatric drug. The average time allocated by the participants during the day was 2.03 ± 1.63 hours, the average time spent on the internet on a daily basis was 1.5 ± 1.42 hours, and the average time allocated to health research on the internet on a daily basis was 0.48 ± 0.68 hours. The average number of days in a week was 6.01 ± 1.59 . The mean daily time allocated to the patient receiving care was 8.48 ± 4.93 hours, and the mean time taken care of the patients was 60.40 ± 60.55 months. When the participants were asked to rate the difficulty of care of their patients as the lowest 1 point and the highest 10 points, the mean difficulty of care score was 7.85 ± 2.09 . When the status of the participants receiving caregiver support was examined, it was determined that 20% of them did not receive any support at all.

Conclusions: The mean total score of the participants from the Cyberchondria Severity Scale was found to be 22.36 ± 11.63 . The mean score of the participants from the Health Anxiety Scale was found to be 17.69 ± 11.54 . It was observed that the cyberchondria level of the participants in the young and middle age group, women, singles, and those who had university and higher education level among the patients they cared for was higher than the others. It was observed that the level of cyberchondria was higher than the others, who spent more time on the internet on a daily basis, and who spent more time on the internet on a daily basis. It was observed that the level of health anxiety was higher among the participants, those who were in the older age group, those who had a higher degree of care for their patients, and those who spent more time on health research on the internet on a daily basis.

It was observed that there was a positive, significant and weak relationship between the cyberchondria levels and health anxiety levels of the participants.

Key Words: cyberchondria, health anxiety, health information seeking behavior, home health services, difficulty in caregiving, caregiver

1.GİRİŞ VE AMAÇ

21. yüzyıl, hastalıklardan korunmaya yönelik faaliyetlerin başlatıldığı ve hastalıklar için yeni tedavi seçeneklerinin keşfedilmesi açısından büyük ilerleme kaydedilen yüzyıl olarak nitelendirilmektedir. Bireylerdeki bilinç ve farkındalık düzeyindeki artış, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması, bilginin medya ve internet gibi her yönden ulaşılabilir olması bireylerde sağlık bilgisi arama davranışını meydana getirmiştir (1). Artık birey bir sağlık profesyoneli kadar olmasa da vücudunda meydana gelen belirtiler açısından birtakım bilgilere sahip olarak sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (1).

Siberkondri, sağlık endişesini hafifletme ihtiyacı tarafından yönlendirilen, ancak bunun yerine sağlık endişesinin artmasıyla sonuçlanan, sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı veya yinelenen çevrimiçi aranması olarak tanımlanmıştır (2). Bu, güvence arama davranışının bir çeşididir. Siberkondri hastaları, aynı şekilde endişeli kişilerle çevrimiçi birbirini etkileme yoluyla destek almak yerine, genellikle çevrimiçi olarak buldukları ve yeni endişeleri tetikleyen yeni patolojiler nedeniyle kaygılarının arttığını görürler (2). Siberkondri, Collins Sözlüğünde “tıbbi web sitelerini ziyaret ederek sağlığının durumu ile ilgili asılsız endişe” olarak geçmektedir (3). Siberkondri; tekrarlama, sıkıntının şiddetlenmesi, günlük yaşamın kesintiye uğraması ve daha fazla güvence arayışının oluşturulması olmak üzere dört kavramdan oluşur (3).

Siberkondri en yaygın e-hastalıklardan biri olarak tanımlanmaktadır. Kelime olarak baktığımızda “siberkondri” (cyberchondria) terimi “siber” (cyber) ve “hipokondriazis” (hypochondriasis) kelimelerinden meydana gelmiş olup, “siberkondriyak” (cyberchondriac) kelimesi “Oxford İngilizce Sözlüğü”nde yer almaktadır (4). İnternetin yaygınlaşması, sağlık bilgilerine yüksek derecede bir erişim imkânı tanımış ve bu bilgilerin yayılmasında önemli bir görev üstlenmiştir (4). İnternet bağımlılığı, aşırı bir şekilde bilgisayar kullanımı ve internet erişimi sonucunda sıkıntılara neden olan aşırı ya da zayıf kontrollü endişeler, dürtüler ve davranışlarla karakterize edilmektedir (4). Young (1999), benlik saygısı zayıf ve depresif olan bireylerin internet bağımlılığına nispeten yatkın olduğunu, çünkü bu tür yönelimleri olan

bireylerin sorunlarıyla başa çıkabilmek için ve dertlerinden, gerçek yaşamdan bir nebze olsun soyutlanabilmek için interneti kullandıklarını ifade etmektedir (4).

Sağlık anksiyetesi ise kişinin büyük bir sağlık problemi olduğu düşüncesiyle ortaya çıkan ve buna bağlı olarak kişinin kaygı düzeyinin artmasına neden olan psikiyatrik bir kavramdır (5). Sağlık anksiyetesi, hastaların hekim muayenesine gitmesini ve sağlık problemleri hakkında bilgi edinmesini engelleyebileceği gibi sıklıkla vücutlarında bir hastalık olup olmadığını kontrol etme isteği de yaratabilmektedir (5). Muhtemelen hekimden alınacak olası kötü haberlerden duyulan korku nedeniyle kişide sağlık bilgisi edinmekten kaçınma durumu meydana gelmektedir (5). Tekrar tekrar hekim muayenesine başvurma durumunun da bireylerin sağlık durumlarında bir problem olmadığına dair profesyonel bir kişiden onay alma talepleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (5). Genelde tek bir doktor muayenesi kişiler için yeterli değildir, bu sebeple aynı hastalık şüphesi için farklı doktorlara başvurarak onay alma ihtiyacı hissederler (5).

Yaşanan anksiyeteyi çözümlmek adına tıbbi bir kaynaktan bilgi alma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (6). Bu noktada internetin ulaşılması kolay bir kaynak olması kişilerin sağlık araştırmaları için interneti tercih etmelerini ve internetten sağlık bilgisi arama davranışlarını ortaya çıkarmıştır. (6). Ancak sağlık anksiyetesi ile beraber bireyin internetten hastalık araştırması yapmasının daha fazla stres, endişe ve korkuya yol açtığı görülmüştür (6). Bu durum hastalık tanıları ile ilgili semptomların yanlış algılanması ve yorumlanmasına yol açmaktadır (6). Sanal ortamda prognozu en ciddi olabilecek hastalıklar ön planda sunulduğundan bireylerin bu bilgiler arasında kendine yakın hissettiği hastalık semptomlarını seçmesi ve yorumlaması ile kaygı durumu daha da artmaktadır (6). Bu sebeple kişide sağlık anksiyetesi ile ortaya çıkan bir sağlık problemi olduğu düşüncesi devamında internetten hastalığa ilişkin bir güvence arayışı ile sonuçlanmaktadır (6). Her iki durum da kişide yıpranma, kaygı, depresyon ve korku gibi durumlara yol açmaktadır (6). Sonuç olarak siberkondri kavramı, sağlık anksiyetesi belirtileri ile doğru orantılıdır (6).

Bu çalışmanın amacı evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarında siberkondri düzeyini saptamak ve bunun sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışmamızın hedefi hem bu ilişkiyi belirlemek hem de siberkondri ve sağlık anksiyetesi üzerinde etkili olan faktörleri belirleyip aralarında değişime uğrayabilecek olanları tespit ederek sağlık

hizmetlerinin sunumu ve yönetimi açısından gelecekte yapılacak olan yeniliklere ve çalışmalara ışık tutmaktır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı

Sağlık bilgisi arama davranışı, kişilerin genel sağlık durumları ve hastalıklarla alakalı bilgileri bilinçli bir şekilde araştırma durumudur (7). SBAD, bilinçli olarak ortaya çıkan bir faaliyettir (7). Kişilerin herhangi bir istekleri olmadan maruz kaldıkları bilgilendirmeleri içermez (7). Örneğin, kişinin başka bir etkinlik yaparken bilinçsiz olarak televizyondan sağlık bilgisi edinmesi SBAD olarak tanımlanamaz (7). SBAD, bilgi ve yöntem olmak üzere iki boyuttan meydana gelmektedir (7). Bilgi boyutu araştırılan bilgilerin tür ve miktar bakımından özelliklerini kapsar (7). Buna karşın yöntem boyutu ise kişilerin sağlık bilgisi araştırmaları için başvurduğu kaynakları kapsamaktadır (7).

Sağlık bilgisi, hastalıklardan koruyucu yaklaşımlar, spesifik durumlar, ilaçlar ve tedavi seçenekleri hakkındaki bilgileri kapsamaktadır (7). Kişiler formal ve informal kaynaklar aracılığıyla bu bilgileri edinmektedir (7). Formal sağlık bilgi kaynakları; sağlık profesyonelleri, eczacı, telefon danışma hattı ve sağlık eğitimi ile ilgili kurslardır (7). İnfomal sağlık bilgi kaynakları ise televizyon, radyo, gazete, dergi, kitap, internet, sosyal medya, hasta grupları, aile veya arkadaşlar, geleneksel ve tamamlayıcı tıp, dini kaynaklar ve mobil sağlık uygulamalarıdır (7).

2.2. İnternet Kullanımının Zaman İçerisindeki Gelişimi ve Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama Davranışının Ortaya Çıkması

İnternetle birlikte iletişim ve bilişim teknolojilerindeki gelişme, dünyada ve özellikle son on yılda ülkemizde hızla artış göstermektedir (3). Küreselleşen dünyada hemen hemen her birey internete ulaşabilir hale gelmiştir (3). Bu nedenle her geçen gün internet kullanıcı sayısı artmaktadır (3).

Internet World Stats 2019 yılı “Dünya İnternet Kullanım İstatistikleri” araştırmasında; Asya %50,7, Avrupa %16,0, Afrika %11,5, Latin Amerika %10,0, Kuzey Amerika %7,2,

Ortadoğu %3,9, Okyanusya/Avustralya %0,6 oranında internet kullanımına sahip oldukları görülmüştür (3). Yine bu araştırmaya göre dünya (7.716.223.209) nüfusunun yarısından fazlasının (4.536.248.808) internet kullanıcısı olduğu saptanmıştır (3). Araştırmada nüfusa göre internet kullanma düzeyi ; Avrupa’da %87,7 ile en yüksek iken, Afrika’da %39,6 ile en düşük internet kullanımına sahip olduğu belirlenmiştir (3). Farklı bir araştırmaya göre, We Are Social ve Hootsuite tarafından hazırlanan "Digital in 2019" raporunda; dünya nüfusunun yaklaşık olarak %57’sinin (4,38 milyar) internet kullanıcısı olduğu belirtilmektedir (3).

Türkiye’de TÜİK haberleşme istatistiklerine göre internet abonesi sayısı 2009 yılında 8.849.779 kişi iken, 2019 yılında 77.048.026 kişiye ulaşmış ve son on yıllık artış %771 olarak açıklanmıştır (3). 2018 yılına göre ise %3,42 artış göstermiştir (74.500.089). Türkiye’de 2019 yılında ülke nüfusunun; %92,6’sı “internet abonesi”, %99,6’sı “cep telefonu abonesi” ve %13,88’i “sabit telefon abonesi” olduğu tespit edilmiştir (3). TÜİK tarafından yapılan Türkiye’nin internet kullanım alışkanlıkları araştırmasında “Hanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı” sonuçlarına göre 2018 yılında evden internete erişimine sahip olma oranı %83,3 iken, 2019 yılında bu oranın %5 artarak %88,3 olduğu belirtilmiştir (3).

İnternet kullanımının yaygınlaşması, sağlık bilgilerine ulaşma imkânını arttırmış ve bu bilgilerin yayılmasına önemli katkı sağlamıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde internet üzerinden sağlık bilgisi aramalarında büyük artış olduğu ortaya saptanmıştır (3). TÜİK “İnternet kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları” 2019 yılı araştırması incelendiğinde erkeklerin %65,9’unun, kadınların %73,2’sinin “sağlıkla ilgili bilgi araması” yaptığı tespit edilmiştir (3). Toplamda da %69,3 oranında sağlık konuları ile ilgili bilgi araması yapıldığı saptanmıştır (3). Bununla beraber internet ortamında doğru bilgiye ulaşmak özellikle sağlık bilgisi söz konusu olduğunda büyük önem arz etmektedir. İnternet ortamında her konuyla alakalı doğru veya yanlış bilgiler yer alabilmektedir. Ciddi ve hayatı tehdit eden hastalıklarla ilgili bilgiler doğru olmayan veya bireylerde endişe oluşturacak bir anlatımla beraber internet ortamında yer alabilmektedir. Bu kaynaklardan edinilen bilgiler kişide kendi sağlık durumuyla ilgili düşüncelerinde ve öngörülerinde olumsuz etkiler bırakma ihtimaline sahiptir (3). Toplumda tıbbi bilgi birikimi düşük olan kişiler, internet ortamındaki sağlık bilgilerini bilinçli olarak değerlendiremedikleri için internet kullanımının bireylerin endişelerini arttırdığı belirlenmiştir (3).

2.3. Siberkondri

2.3.1.Tanım

Siberkondri; kişinin sağlık durumu hakkında bilgi edinmek amacıyla aşırı veya tekrarlı bir şekilde internetten sağlık bilgisi araması sonucunda kendisinde meydana gelen kaygı ve risk durumu olarak tanımlanabilir (8). White ve Horvitz, siberkondri kavramını “webdeki arama sonuçlarının ve web üzerindeki literatürün incelenmesine dayanan bulgu ve belirtiler hakkındaki endişelerin asılsız yükselmesini” ifade etmek için kullanmışlardır (9). Siberkondri, sağlık kaygısı nedeni ile internet ortamında çevrimiçi tıbbi bilgi arama ve bu bilgilere erişimle beraber kaygı durumunun daha da artması sonucunda ortaya çıkmaktadır (10).

Aşırı çevrimiçi bilgi aramaları, bireyin sağlık endişesinin yükselmesine sebep olmaktadır. Siberkondri ve sağlık anksiyetesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerin daha fazla çevrimiçi bilgi araması yaptıklarını, internette daha çok zaman geçirdiklerini ve kaygılarının azalmadığı gibi daha çok arttığını tespit etmişlerdir (11).

Siberkondriyalı bireyler, çevrimiçi edindikleri bilgilerle kendilerine veya aile bireylerine teşhis koyma uğraşı içerisinde olabilirler. Herhangi bir bedensel algı veya değişiklik durumunda endişe duyarak hemen internete başvuran bu bireyler farklı internet sitelerinden araştırma yapabilir, tetkik sonuçlarını, tedavi seçeneklerini tekrarlı olarak araştırabilirler (12). Bu durum, bireylerde yinelenen çevrimiçi aramalarla sıkıntı oluşmasına neden olabilir ve içinden çıkılamayacak bir döngüye sürükleyebilir (12). Siberkondri de beraberinde kişilerin internette karşılaştıkları var olan endişelerini arttırıcı bilgilerle, kişiyi olası, toplumda daha sık karşılaşılan, iyi prognozlu hastalıklar yerine ciddi ve olumsuz prognozlu hastalıklara yönlendirebilmektedir (11). Siberkondri ile ilgili yapılan çalışmalarda, hem sağlık bilgisi araştırmalarının sağlık anksiyetesini nasıl arttırdığı hem de bu davranış biçiminin olumsuz etkilerine rağmen kişilerin bu davranışa devam etmesinin sebepleri üzerinde durulmaktadır (11). Çevrimiçi sağlık aramalarının tekrarlanması belki de en önemli sebeplerinden biri , kişilerin kendisi veya aile bireylerinin şikayetlerine yönelik tatmin

edici açıklamalara ihtiyaç duyması ve bu ihtiyacını çevrimiçi aramalarla gidermek istemesidir (13).

2.3.2. Tarihçesi ve Zaman İçerisindeki Gelişimi

Siberkondri terimi, 2012 yılında “Oxford İngilizce Sözlüğü”ne eklenmiş bir sözcüktür. İlk olarak 1996 yılında “Business Wire” adlı yayın şirketi tarafından yayımlanan haber makalesinde yer aldığı belirtilmektedir (14). Diğer yandan bu terimi, 1998 yılında The Independent gazetesinde yazan Rober Dogson “Doctors warn the cybersick” adlı yazısında kullanmıştır (3). Bir sonraki yıl (1999) The Harris Poll şirketi tarafından yürütülen anket ve kamuoyu araştırmalarında bahsedilmiştir (15). Aynı yılda (1999) Ann Carrns tarafından Wall Street Journal gazetesinde bahsedilmiştir (8). 2000’li yıllardan sonra İngiltere’deki Sunday Times, The Independent, BBC gibi popüler haber araçlarında kullanılmaya başlanmıştır (3). Türkiye’de ise 2000’li yıllardan sonra bu terim kullanılmaya başlanmıştır (16). İlerleyen zaman içerisinde teknolojinin gelişmesiyle beraber dünyada ve ülkemizde siberkondri kelimesinin kullanılması artış göstermiştir (3).

Siberkondri 2000 yılından sonra tıp literatürüne girmiş bir sözcüktür (16). Siberkondrinin “yeni” bir hastalık olduğundan ilk kez 2001 yılında The Independent gazetesinde yer alan makalede bahsedilmiştir (8). İlerleyen süreçte bilim insanları siberkondrinin neredeyse resmi bir tanı haline geldiğini belirtmişlerdir. Siberkondri ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; siberkondrilerin psikiyatrik tanı spektrumuna dahil edilmesi açısından daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (3).

Resmi tanımının yapılması ile siberkondri terimi akademik dergilerde popüler bir konu olarak yer almaya başlamıştır (17). Lewis, genç yetişkinlerin çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarını inceleyen ve kendisinden sonra yapılan araştırmalara öncü olacak olan çalışmalarında, çevrimiçi sağlık bilgisi arayışlarını, sağlık konusunda artan kişisel sorumluluğun meydana getirdiği bir sağlık alışkanlığı veya yeni yaşantı tarzlarının etkisiyle gelişen toplumsal bir davranış olarak değerlendirmiştir (18). İnternet çağı ile beraber çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarının ve dolayısıyla siberkondri davranışının artış göstermesinin bir başka sebebi de toplum tarafından sağlık profesyonellerinin sağlık bilgisi

açısından tek güvenilir kaynak olarak kabul edilmemesi, tatmin olmadıkları konularda çevrimiçi ortamda bu ihtiyaçlarını gidermeye çalışmalarıdır (19).

Yeni bir tanım olmasına karşın siberkondri kavramı Microsoft'tan iki araştırmacı tarafından incelenmiştir (9). Bu araştırma, webdeki sağlık bilgisi arayışlarını tanımlayıcı bir nitelikte bir çalışma olarak karşımıza çıkmaktadır (9). Bu araştırmayı arama motorları üzerinde gerçekleştirmişlerdir. 500'den fazla Microsoft çalışanıyla yapılan bu çalışmada katılımcılar araştırmacıların arama kayıtlarına ve etkileşim günlüklerine erişmesine izin vermiş ve sağlık bilgisi araştırma sorularına yanıt vermiştir (9). Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında arama motorlarında yapılan sağlık aramalarının kullanıcıları çeşitli belirtilerle bağlantılı olarak daha ciddi ve daha olumsuz prognozlu hastalık bilgilerinin yer aldığı sayfalara da yönlendirdiği tespit edilmiştir (9). Böylece kullanıcıların anksiyeteleri daha çok artmakta, kullanıcılar tarafından daha kapsamlı araştırmalar yapılmasına neden olmaktadır. Ayrıca katılımcıların yarısından fazlası çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının günlük hayatlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir (9).

2.3.3. Etyoloji

Siberkondri teriminin kavramsal uzlaşımında eksikliklerin olduğu düşünülmektedir. Bunun sebebi de siberkondrinin nedenselliği ile ilgili belirsizliktir: yüksek düzeydeki sağlık kaygısı, aşırı çevrimiçi sağlık aramalarına mı yol açar (daha yüksek olasılık ve hipokondriyazis/sağlık kaygısına daha yakın olan olasılık) veya çevrimiçi bilgi araması sağlık kaygısının artmasına mı neden olur? Siberkondriyle ilgili yeni yapılacak olan araştırmaların bu konuya daha fazla ışık tutması beklenmektedir (2).

Tarih boyunca insanların belli bir kısmının hipokondri belirtilerine sahip olduğu veya bir hastalık semptomuna yönelik bilgi dolayısıyla ortaya çıkan endişe ve korkularının mevcut olduğu görülmüştür (19). Hastalıklar ve semptomlar hakkında edinilen bilgilerin artmasıyla endişelerin artması da beklenen bir sonuçtur (19). Bununla beraber, herhangi bir hastalığa sahip olma endişesi olan bireylerin bu endişelerinin artması üzerinde ekonomik durumun da etkili olduğu düşünülmektedir (19). Dünya ekonomisinin zaman içerisinde kötüleşmesi nedeniyle daha az kişi sağlık sigortası yaptırmaktadır (19). Bu nedenle, düşük sosyoekonomik düzeyine sahip bireyler kendi kendine veya alternatif yöntemlerle tedavinin bir doktorun tedavisinden daha ekonomik olduğunu düşünerek daha az hastane başvurusu yapma

eğilimindedirler (19). Yine birçok kişinin de sağlık profesyonellerine güvenmediği ve kendi kendine tanı koymanın daha güvenilir olduğunu düşündükleri savunulmaktadır (19). Siberkondriyaklar, kendi sağlık durumlarını hatalı bir şekilde değerlendirebilir ve özel bir tedavi gerektiren ciddi bir hastalıkları olduğunu düşünebilirler (19). Ancak tanı ve tedavi masrafları ortaya çıkabileceğinden, hekim ve sağlık çalışanlarının sorumlu olduğu tanı ve tedavi işlemleri, bir kısım bireylerde kendi kendine tedaviye dönüşebilmektedir (19). Gün geçtikçe artan bilgi kaynağı çeşitliliği ve kötüleşen bireysel ekonomik durumun toplumun belli bir kesiminde siberkondri gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir (19).

Hastalıklara veya belirtilere yönelik bilgi artışı, kaygıların da artmasına ve yayılmasına neden olmaktadır (20). Siberkondri davranışı, kişinin sahip olduğu bir bedensel belirtiyi araştırması veya herhangi bir haber sitesinde yer alan “yeni bir hastalık” başlığına kişinin ilgi duyması ile bu konuda araştırma yapmasıyla başlayabilir (20). Bunun yanında önceki çalışmalardan farklı olarak yeni tıbbi çalışmalarla değişen ve yeniden tanımlanan birtakım bilgilerin, kullanılan bir ilacın morbidite ve mortaliteye sebep olabilecek yan etkilerinin ilerleyen kullanım süreçlerinde keşfedilmesi tıp mesleğine, tıbbi uygulamalara ilişkin güvensizliği ve siberkondriyi besleyebilir (2). McManus ve arkadaşları siberkondriyi daha iyi tanımlamak adına yaptıkları nitel araştırmada, bulaşıcı hastalıklar ya da bedensel belirtilerle ilgili kaygıları olan katılımcıların, bu kaygılarıyla ilgili erken evrede daha fazla bilgiye ulaşarak hastalığın gelişimini engelleme veya sınırlandırmada internetin etkili bir araç olduğunu söylediklerini belirtmekte ve bir katılımcının şu ifadelerine yer vermektedir: “Domuz gribi sırasında grip ya da (semptomlarına benzer) bir belirti yaşadığımı hissedersen, biraz temkinli olurum ve bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmaya çalışırım” (21). Sağlık kaygısı ile başlayan bu araştırmalar sonucunda edinilen hatalı bilgilerle bireyler kendi kendine teşhis koyabilir ve siberkondri oluşabilir (20). Sonuç olarak bireylerin “yeni bir hastalık” başlığı sunulan bu hastalıkla ilgili geçerlilik, güvenilirlik ve kaynak araştırılması yapılmadan ulaştıkları bilgiler sağlık durumları hakkındaki endişelerinin daha da artmasına neden olur (20).

2.4. Sağlık Anksiyetesi

2.4.1. Sağlık Anksiyetesi ve İlişkili Kavramların Tanımı

Sağlık anksiyetesi, ciddi bir hastalığa sahip olma veya ciddi bir hastalığa yakalanma endişesi ya da bu durumlarla meşgul olmayla ortaya çıkan çok yönlü bir olgudur (22).

Yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olan kişiler, bedensel semptomlara daha çok dikkat etme, güven arayışı gibi sağlıkla ilgili davranışlarla fazla miktarda meşgul olma eğilimindedir (22). Bu bireyler sağlık durumu hakkında bilgi edinmek için daha fazla zaman harcarlar ve ciddi bir sağlık sorununa sahip olduklarına ikna olma eğilimindedir (22). Genel popülasyonda, iyi huylu sağlık kaygılarını sağlıkla ilgili patolojik kaygılardan ayırmak için belirgin bir eşik yoktur (22). Sağlık anksiyetesinin düzeyi; günlük sağlık endişelerinden, hipokondriyazis ve hastalık kaygısı bozukluğu gibi klinik belirtilere kadar değişiklik gösterebilir (22). Çocuklar ve genç erişkinler de dahil olmak üzere tüm yaş gruplarında yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi bulunabilir (22). Genel popülasyonun %1'inin klinik olarak önemli düzeyde sağlık anksiyetesi yaşadığına inanılmaktadır (22). Klinik olarak anlamlı düzeyde sağlık anksiyetesi genellikle kronik hale gelir ve yalnızca kişisel sıkıntı ve günlük yaşamın aksamasıyla değil, aynı zamanda iskemik kalp hastalığı ve düşük sağlık öz-değerlendirme ile de ilişkilidir (22). İşlevselliğin bozulması ve artan sağlık harcamaları da toplum üzerinde önemli bir ekonomik yüke neden olur (22). Özetle, sağlık anksiyetesi dereceye göre değişir, toplumun her yerinde bulunur ve yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilir (22).

İnternet sağlık anksiyetesine sahip olan bireylerin kaygılarını daha da çok arttırabilmektedir (23). Çünkü kişiler sağlık anksiyetelerini azaltmak amacıyla güvence arayışı için çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı içerisine girmektedirler (24). İnternet ortamından bilgiye ulaşımın kolay olması sağlık anksiyetesinin ortaya çıkmasına ve halihazırda sağlık anksiyetesi mevcut olan bireylerin anksiyete düzeylerinin artmasına sebep olabilmektedir (25). Sağlık anksiyetesi yüksek olan kişilerin internet ortamında sağlık bilgisi arama davranışlarının da fazla olacağı savunulmaktadır (10).

2.4.2. Sağlık Anksiyetesinin Etyolojisi

Baumgartner ve Hartmann sağlık anksiyetesi ile çevrimiçi sağlık bilgisi aranması arasındaki ilişkiyi şu şekilde açıklamıştır: Bir kişinin sağlık anksiyetesi ne kadar yüksekse o sıklıkta bu tür aramalar yapmaya eğilimli olur ve aramadan sonra bu seviyede bir endişeye kapılır (26). Bu kişiler genellikle güvence arayışı için bu aramaları yapmaktadırlar (26). Çevrimiçi olarak sağlık bilgisi aramanın, sağlık kaygısına sahip bireylerde, bir kısır döngü halinde endişe ve belirsizlik durumunu artırdığı görülmektedir (27). Bir arama motoru üzerinden mevcut şikayetler arandığında, ilgili sonuçlar ya da hastalıklar sık görülme ve doğruluk olasılığına göre değil erişim popülerliği sırasına göre listelenir (27). Bu durum, çevrimiçi yapılan sağlık araştırmalarında yaygın olarak görülmekte ve sağlık anksiyetesini arttırabilmektedir (27). İnternette sunulan kaynağı asılsız olan bir bilgi, modern tıbbı duyulan güvenin kaybına sebep olabilmektedir (28). Bu güven kaybının günümüzdeki bir yansıması olarak aşı reddi ortaya çıkmıştır (29). Bireylerin çevrimiçi ortamdan edindikleri bilgilerle kendi semptomlarına yönelik tanılar belirlenmesi ve tedavilerin uygulanması süreçlerinde yaşanan farklılıklar, bireylerde tatminsizlik oluşmasına yol açabilmektedir (27). Bu durum da bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmak için tekrarlayan başvurular yapmasına, sonuç olarak sağlıkla ilgili ekonomik yükün ve işgücünün artmasına yol açmaktadır (27).

2.4.3. Hipokondriyazis ve Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu

Hipokondriyazis çok eski çağlardan beri ‘hastalık hastalığı’ olarak da ifade edilen kişinin bedensel belirtilerini hatalı yorumlaması sebebiyle, ciddi bir hastalığı olacağı korkusuna ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesine sahip olması, hekim tarafından olası tanılar için gerekli değerlendirmelerin ve bilgilendirmelerin yapılmış olmasına rağmen kişide bu düşüncelerin devam etmesiyle karakterize bir bozukluktur (30).

Zaman içerisinde DSM-IV’te yer alan ‘‘Hipokondriazis’’ terimi kaldırıldı. DSM-V ile beraber kişinin yoğun sağlık endişesine ek olarak somatik semptomları da mevcutsa ‘‘bedensel belirti bozukluğu’’ tanısı, bedensel belirtileri yoksa ‘‘hastalık anksiyetesi bozukluğu’’ tanısını alması öngörüldü (31).

2.4.4. Epidemiyoloji

Hipokondriyazis tanısı alan bireyler arasında yaklaşık yüzde 33'ünün HAB tanısı alabileceği tahmin edilmektedir (32). HAB'ın görülme sıklığı, kullanılan tanı kriterlerine göre ülkemizde genel toplumda %0,05-5 kadardır (33). Hipokondriyazisle ilgili çalışmalar genel tıbbi nüfusta %4-6 oranında görüldüğünü bildirmektedir (34). Yapılan bir araştırmada genel nüfusta, insanların %15'e yakınının hasta olacaklarına ve bakıma muhtaç duruma düşeceklerine yönelik kaygı duyduğu görülmüştür (34). Birinci basamak hastaları arasında HAB prevalansı %3 kadar olmakla beraber bu duruma sıklıkla majör depresif bozukluk eşlik eder (34). Psikiyatrik hastalar arasında görülme oranı, birinci basamak hastalarına göre daha az olmakla birlikte %1 oranındadır (34). Ayaktan izlenen medikal hastalar arasında HAB oranı %4.4-7.7 kadar verilmektedir (33).

Hipokondriyazis en çok erken yetişkinlik evresinde görülmekte iken ve nadiren 50 yaşından sonra başlar (35). Risk faktörleri olarak, çocukluk döneminde ciddi bir hastalık geçirme, anne ya da babasının ciddi bir hastalığa sahip olması, fiziksel veya cinsel istismar, çocukluk döneminde ihmale uğrama ve ebeveynlerin aşırı koruyucu tutum içerisinde olmaları sayılmaktadır (34). Avusturalya'da yapılan bir çalışmada en az bir fiziksel hastalık yaşayan katılımcıların, nispeten sağlıklı olan katılımcılara göre mevcut sağlık anksiyetesi kriterlerini karşılama olasılığının 4,67 kat daha fazla olduğu gösterilmiş (36). Aynı çalışmada, sağlık ile ilişkili faktörlerden komorbid fiziksel hastalıklar ve sigara içmek sağlık anksiyetesinin güçlü yordayıcıları olarak bulunmuş (36).

2.4.5. Klinik

Sağlık anksiyetesi birçok kişiyi hayatının bir döneminde etkileyebilmektedir (37). Yeni ve beklenmeyen fiziksel hastalık, bedensel belirtilere ve testlere veya hastalığın sosyal medyada görülmesine karşı verilen tepki olarak ortaya çıkmaktadır (37).

Sağlık anksiyetesinin sıklıkla geçici bir durum olduğu görülmektedir (38). Mevcut belirtiler azalmaya başladığında veya uygun olan tıbbi destekle beraber kolayca baş edilebilmektedir (38). Yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip bireyler sağlık durumlarıyla çok ilgilenmekte ve ciddi bir hastalıklarının olduğunu veya ciddi bir hastalığa yakalanma

risklerinin yüksek olduğunu düşünmektedirler (38). Klinikte iki tür davranış biçimi gözlenir: Bakım arayan tür, sağlık hizmeti almak için sık sık başvuruda bulunur veya sağlık taramaları ve tıbbi girişimleri yaptırma talebinde olur, bakımdan kaçan türde ise sağlık hizmeti almak için düşük oranda hastanelere başvurulur (38). Bu bireyler her yeni gelişen bedensel belirti ve fiziksel farklılaşmada bu semptomlara yönelik zihinlerinde rahatsız edici düşünceler geliştirdikleri için bu düşünceler, mevcut ya da muhtemel bir hastalığın habercisi olarak görülmektedir (39). Bu bireyler, genel hastalıklara ya da bazı hastalıklara karşı sağlık durumlarının risk altında olduklarını düşünmektedirler (39). Bu faktörlerle beraber birtakım değişkenler de sağlık anksiyetesini tetiklemekte ve ortaya çıkmasına yol açmaktadır (40). Bedensel belirtiler, fiziksel değişimler, yaralanma durumları, doğru olmayan ve yanıltıcı sağlık bilgileri içeren kaynaklar, hastalığa yakalanacağına yönelik düşünceler, çevresel tehlikeler açısından risk altında olma, tuhaf davrandığını düşünme, yakın çevresinde fiziksel veya psikiyatrik kronik bir hastalığa sahip bireylerin olması, kontrol kaybı, depresyon, kronik ağrılar, tekrarlayan düşünceler ve hastalıklar hakkında yapılan haber içerikleri tetikleyiciler arasında yer almaktadır (40).

2.4.6. Tanı Kriterleri

ICD-10'da hipokondriyazis, mental ve davranışsal bir bozukluk olarak, DSM-IV'te somatoform bozuklukların bir türü olarak tanımlanmıştır (31). DSM-5 ile hipokondriyazis tanısı ortadan kalkmış, belirtileri bedensel belirti bozukluğu ve hastalık anksiyetesi bozukluğu başlıkları altında ikiye ayrılmıştır (31). Günümüzde, DSM IV'e göre hipokondriyazis tanısı alan hastaların %75'i bedensel belirti bozukluğu tanısı, geriye kalan %25'i ise hastalık anksiyetesi tanısı almaktadır (31). ICD 11 yaklaşımını değiştirerek hipokondriyazisi OKB veya ilişkili bozukluklar başlığı altında değerlendirmeye başlamıştır (31).

DSM-5 hastalık kaygısı bozukluğu tanı kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır:

- Ciddi bir hastalığı olduğunu veya olacağını düşünme.
- Az ya da hiç bedensel belirti olmaz, başka bir hastalık varsa veya hastalık çıkma durumu olsa bile orantısız bir şekilde ilgi vardır.
- Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde kaygı mevcuttur ve kolaylıkla sağlıkla ilgili konularda korkuya kapılır.

- Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar gösterir (örn. sık sık tarama testlerine girmek) ya da kaygılarına rağmen uygunsuz biçimde kaçınma davranışı gösterir (örn. hastaneye başvurmamak, tedaviden kaçınmak) (31).

2.4.7. Ayırıcı Tanı

Öncelikle belirti düzeyinde hastalık anksiyetesi bozukluğu ile hastalık tanısını birbirinden ayırmak gerekmektedir (41). Örneğin tıp öğrencilerinde özellikle hastalıklar ve semptomlarına ilişkin yoğun bir bilginin sunulduğu eğitim dönemlerinde kendinde veya aile bireylerinde ciddi bir hastalık olduğuna yönelik düşüncelerle hipokondriyak belirtilerin görülme olasılığı %70-79 oranında bildirilmiştir (41). Yakın zamanda çevresinde ağır bir hastalık geçiren bireylerde veya kayıp yaşayanlarda aynı şekilde hipokondriyak semptomların daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (41). Bu örneklerde daha çok belirti düzeyinde olan ve gelip geçici bir durum söz konusudur (41). Öte yandan ayırıcı tanı açısından göz önünde bulundurulması gereken durum ciddi bir hastalığın atlanma olasılığıdır (41). Hipokondriyazis tanısı alanlarda fiziksel hastalık varlığı %2-5 oranında olduğu görülmüştür (41). Özellikle kolay tanı konamayan miyasteni, romatolojik hastalıklar, maligniteler, multiple skleroz, endokrin hastalıklar, immün yetmezlik vb. klinik durumların hastalık anksiyetesi tanısı ile maskelenme ihtimali yüksektir (41).

Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu tanısı koyabilmek için kişinin ifade ettiği semptomlarının hiçbir organik hastalıkla eşleşmemesi, birbiriyle uyumsuz şikayetlerinin olması, farklı hastalık öykülerinden bahsetmesi ve kişinin işlevselliğinin bozulacağı düzeyde yalnızca hastalık öyküsüne odaklanması gerekmektedir (42). Gerçek bir organik hastalığı mevcut olan bireylerin sağlık problemlerine vakit harcamalarının yanı sıra sosyal faaliyetlerine de belli miktarda devam etmesi beklenmektedir. (42).

Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu tanısı koymadan önce göz önünde bulundurulması gereken noktalardan biri de bireyde bulunan migren, ülser, hipertansiyon gibi organik temelli olup psikolojik faktörlerden etkilenebilen rahatsızlıkların var olup olmadığıdır (42). Söz konusu psikofizyolojik hastalıklar bedendeki fizyolojik birtakım mekanizmaların bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Bununla beraber bu hastalıkların şiddeti ve niteliği kişinin içinde bulunduğu duyguduruma bağlı olarak değişebilmektedir. (42).

Ayrııcı tanıda göz önüne alınması gereken psikiyatrik tanılar ise şunlardır:

Somatizasyon bozukluğu: DSM-IV-TR'de tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel şikayetlerin paterni olarak tanımlanmıştır (43). Somatizasyon Bozukluğu'nda fiziksel şikayetlerin odağı zamanla değişebilir, ancak şikayetler her zaman aşırı tedavi arayışına ve sosyal, mesleki veya diğer işlev alanlarında bozulma gibi önemli sonuçlara yol açar (43). Bu durumun kriterlerini karşılamak için, bireyin ağrı (örneğin, baş ağrısı), gastrointestinal semptomlar (örneğin, açıklanamayan kusma), cinsel problemler (örneğin, dispareni) veya en az bir psödönörolojik semptom (örneğin, kronik baş dönmesi) yaşaması gerekir (43). Bu bireylerde tekrarlayan hastane ziyaretleri ve bilgi alışverişi için yeni doktorlara başvurma durumu yaygındır (43). Hastalar sıklıkla tıbbi testler tekrar tekrar negatif çıktığında kendilerini küçümsenmiş ve yanlış anlaşılmış hissederler (43).

Beden Dismorfik Bozukluğu: Bireyler diğer insanların kusurlarını fark etmelerinden endişe ederler, hipokondriyak bireyler ise ilgi ararlar (43).

Somatik Sanrılar: Kişi sağlığı hakkında tuhaf ve sabit inançlara sahiptir. Hastalar vücutlarının böceklerle veya parazitlerle istila edildiğine, vücudunun kötü bir koku yaydığına, vücudun bazı kısımlarının (objektif gözlemin aksine) şekil bozukluğu veya işlev bozukluğu olduğuna inanabilir (43).

Panik bozukluk; yoğun fizyolojik uyarılma içeren tekrarlayan, beklenmedik atakları içeren bir anksiyete bozukluğudur (örneğin; hızlı kalp atış hızı, nefes darlığı, baş dönmesi, karıncalanma hissi) (43). Panik bozukluğu olan birçok hasta bu hislerin organik nedenlere (örneğin, kalp krizi) bağlı olduğunu düşünür ve aşırı tıbbi muayene isteyebilir (43). Hastalar paniğe veya tıbbi bir acil duruma karşı kendilerini güvende hissetmelerine neden olan davranışlar (örneğin; ilaç veya cep telefonunu her zaman el altında tutmak) sergilerler (43). Hipokondriyazisli birçok insanın da panik atakları olmasına rağmen, panik bozukluğu olan hastalar panik atak sırasında ölüm korkusu yaşarlar (43). Hipokondriyaziste, hastalar gecikmiş veya uzun süreli sonuçların korkusu (örneğin; "Akciğer kanserinden yavaş yavaş ölüyorum; ve hiçbir doktor bana yardım edemeyecek") içerisindeyler (43).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk; aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu olan obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), iki ögeden oluşur; (a) kaygıyı tetikleyen tekrarlayan müdahaleci anlamsız düşünceler, fikirler veya imgeler (takıntılar); ve (b) takıntılı kaygıya direnme çabaları ile ritüelistik olarak başka bir düşünce veya eylemde bulunmak (43).

OKB tanılı bireyler birden fazla obsesyon ve kompulsiyon türü gösterme eğilimindedir, hipokondriyazisli hastalar ise sağlık / hastalıkla ilgili endişelere tek başına "takıntılı" olma eğilimindedir (43).

2.5. Evde Sağlık Hizmetleri

2.5.1. Tanım

Evde sağlık hizmetleri hastaya evinde sunulan bir sağlık hizmeti çeşididir (44). Engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki kişilere ev ortamında destek sağlayarak, sosyal yaşama uyum sağlayabilmeleri için yardımcı olarak, bakıma gereksinim duyan bireyin yakınları üzerindeki yükü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleriyle sosyal hizmetleri içeren bir bakım türü şeklinde de tanımlanabilmektedir (45). Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından Evde bakım hizmetleri, ‘Profesyonel sağlık çalışanları gibi formal veya hasta bakıcı gibi informal olarak yetişmiş kişilerce hastaya kendi ev ortamında bakım hizmetinin verilmesi’ şeklinde tanımlanmıştır (46).

Evde sağlık hizmeti ülkemizde 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’nde; “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” olarak tanımlanmıştır (44).

2.5.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım hizmeti ilk olarak 1883 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde ev hemşireliği biriminin oluşturulmasıyla başlamıştır (47). 1893 yılında da New York’ta “Henry

Street Nursing Settlement”in kurulmasıyla organize hale gelmiş ve toplum sağlığı hemşireliği kavramı ortaya çıkmıştır (47). ABD’de bir sigorta şirketi evlerde sunulan bakım hizmetlerinin ödemelerini yapmaya başlamış ve 1900’lü yılların başlarında yine ABD’de bir hastanede “Evde Bakım Birimi” kurularak evde bakım hizmeti uygulanmaya başlanmıştır (47). Başlangıçta hemşirelerin hizmet sunumu ile sınırlı olan evde bakım hizmetleri süreç içerisinde diğer sağlık çalışanlarının da rol almaya başlamasıyla kapsamını daha da genişletmiştir (48). Sonrasında Avrupa Ülkelerinde gönüllü organizasyonlarla Evde Bakım Hizmetleri sunulmaya başlanmış ve zaman içerisinde gelişimini devam ettirmiştir (45). Ülkemizde ise Osmanlı Devleti döneminde 15. Yüzyılda gezici hekimlik hizmeti verilmeye başlanması ve hastalara aile bireyleri tarafından ev ortamında bakım verilmesiyle evde bakım hizmetlerinin ilk adımları atılmıştır (47).

Ülkemizde 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerinin uygulanması için yasal bir düzenleme bulunmamaktaydı. 10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ de ise evde bakım hizmeti; “hekimlerin takibi ve önerileri doğrultusunda hasta bireylere, yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi gibi tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulması” olarak tanımlanmıştır (49). Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde yürürlüğe giren “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile aile hekimlerine ‘evde bakım hizmeti sunma’ yetkisi verilmiştir (50). Evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılmasını, çalıştırılmasını, denetlenmesini sağlamak; bunları işleten kurum ve kuruluşlarda uyulması gereken usul ve esasları düzenlemek yönetmeliğin temel hedefleri arasındadır (50). Bu yönetmelik devamında ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir (51). Bu yönetmelikte dikkat çeken bir nokta olarak “bakım” kavramı yerine “sağlık” kavramı kullanılmaya başlanması olmuştur. 2017 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan “Evde Sağlık Hizmetleri” Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na devredilmiştir (52).

2.5.3. Evde Sağlık Hizmetleri’nin Uygulanması

Evde sağlık hizmetleri kapsamında uygulamalı ev ziyaretleri ile sağlık durumu bozulan kişilerin yeniden sağlığına kavuşması amaçlanmaktadır (46). Evde sağlık hizmetlerini

uygulayan kişiler ev ziyaretçileridir (46). 20. Yüzyılda ev ziyaretçiliği kavramı içerisinde sağlık

hizmetlerinin uygulanması hemşireler tarafından yapılmaya başlanmış olup kişilerin diğer ihtiyaçlarının karşılanması ise sosyal hizmet görevlileri tarafından üstlenilmiştir (46).

Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrasında bakım hizmeti, uzun veya kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyan hasta ve yaşlılar, yeni doğum yapan anne, tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalar, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi çeşitli alanlarda hizmet sunumu yapılmaktadır (53).

Evde bakım hizmetleri, hizmeti veren kişiye göre iki sınıfa ayrılmaktadır. Farklı meslek alanlarındaki hizmet sunumu çalışanlarının verdikleri evde bakım “formal bakım”; anne, baba, akraba gibi aile üyelerinin verdikleri bakım ise “informal bakım” olarak tanımlanır (45). Bununla beraber; evde bakım hizmetleri, hizmetin niteliğine göre evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal destek hizmetleri olmak üzere 2 ana grup altında sınıflandırılabilir (45).

Evde sağlık hizmetleri içerisinde; muayene hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, fizyoterapi hizmetleri, psikolojik danışmanlık hizmetleri, araç-gereç temin edilmesi mevcuttur (46). Evde sağlık uygulamaları ile beraber kliniklere yapılan hasta yatışında azalma olduğu görülmüştür (46).

Evde Sosyal Destek Hizmetleri ise; sosyal hizmet çalışanları, bakım destek elemanları, aile bireyleri ve din görevlileri gibi kişilerce sağlanan hizmetler ile taşıma, ulaşım, ev ve kişisel bakım, eve yemek sağlama gibi hizmetleri kapsayan ve sağlık hizmeti dışındaki hizmetlerdir (45).

2.5.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Hizmet Kapsamı

Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili görev tanımı, yetkileri ve sorumlulukları ile hukuki boyutu hala netlik kazanmadığından bu hizmet için hala bir standart oluşmamıştır (54). Her ne kadar Sağlık Bakanlığı “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlamış olsa da

hizmet verilen sahada bazı belirsizlikler ve uygulama farklılıkları olduğu görülmüştür (51). Bu hizmetin kimlere ne sıklıkta, hangi yolla verileceğinin iyi tanımlanmasıyla gereksiz iş yükünün önüne geçileceği gibi sadece ihtiyaç sahiplerine bakım verilmesinin sağlanmasıyla hizmetin kalitesini de artırmak mümkün olacaktır (54).

Tanısı konmuş hastalıklar sebebiyle cihaza, yatağa veya eve bağımlı olan ve/veya yaşlılığından dolayı sağlık hizmetine ulaşımında zorluk yaşayan, yaşadığı mekânda evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunan ve bu talebi uygun görülen birey evde sağlık hastasıdır (55).

02.06.2023'te T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik güncellenerek hizmet kapsamı genişletilmiştir.

Evde sağlık hizmet kapsamına;

- 80 yaş ve üzeri hizmet talep eden tüm yaşlılar,
- Sağlık kurulu raporu ile belgelenmiş kronik hastalığı bulunan ve günlük yaşam aktiviteleri skoru yönünden tam bağımlı veya ileri derecede bağımlı olarak nitelendirilen 65 yaş ve üzeri hastalar,
- Hastalığı sebebiyle cihaza ve/veya eve bağımlı hastalar,
- Palyatif bakım hizmeti almış ve tıbbi bakımının evde yapılması uygun görülen hastalar,
- Hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından evde sağlık hizmeti sunulması uygun görülen ve tedavi planı yapılan sürekli tıbbi bakım hizmeti alması uygun görülen hastalar,
- Sağlık tesisinden taburculuk sonrası otuz güne kadar (gerektiğinde hekim tarafından otuz güne kadar sürelerle uzatılabilen) tıbbi bakıma ihtiyacı olan ve hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından süreli tıbbi bakım hizmeti alması gereken bireyler

alınabilir (55).

Ayrıca yönetmeliğe göre diyabet, kalp yetmezliği, inme, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), alzheimer/demens, nörodejeneratif hastalıklar, terminal dönem kanser, multimorbiditeye sahip kronik hastalar, kalça/diz/omuz fraktürü sonrası tedavi ve takip

yapılan hastalar ve amputasyon sebebiyle tıbbi bakım alması gereken hastalar öncelikli olarak evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirmeye alınır (55).

2.5.5. 'Bakım Veren' Kavramı

Bakım veren, bakım görevini üstlenen yani hastayı fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik yönden destekleyen bireydir. Bakım veren birey, tıbbi tedavinin sunulması ile psikososyal iyileştirme sürecinde etkin bir rol almaktadır (56). Kronik hastalığı mevcut olan kişilerin bakımı ve kompleks tedavileri, bakım verenlerin katılım ihtiyacını doğurmuştur (57). Bununla beraber bakım veren aile üyelerinin büyük bir kısmının, bu uzun dönem bakımı sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmeleri için yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları görülmüştür (57). Bu durum kendilerini yetersiz hissetmelerine ve endişeye kapılmalarına neden olmaktadır (57). Bu yüzden bakım verenlerin bilgi ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sağlık profesyonellerinin rehberliğinde bakım verme rollerini gerçekleştirmelerinin sağlanması önem arz etmektedir (57). Bununla beraber, bakım veren bireylerin özelliklerinin bilinmesi, hem bakım hizmeti alan hem de bakım veren bireylerle ilgili faktörlere bağlı olarak bakım sırasında zorluk yaşanması yönünden yüksek riskli olabilecek grupların belirlenmesi, destek gruplarının bu doğrultuda oluşturulması, verilecek hizmetin planlamasının yapılabilmesi için kaynakların tespitinin sağlanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (58).

2.5.6. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamaları

Evde sağlık hizmetleri, ekipler tarafından iş birliği içerisinde sunulan bir hizmet türüdür (59). Bu ekip hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, diyetisyen gibi sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (59). Bakım veren kişiler de bu ekibin parçası olarak bakım hizmetine destek olurlar. Evde bakım hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için ekibin bütün üyelerinin işbirliği içerisinde çalışabilmelerine büyük oranda ihtiyaç vardır (59).

Evde sağlık hizmetleri uygulayıcının farklılığı yönünden sınıflandırmak gerekirse üç şekilde uygulanmaktadır. Birincisi, aile hekimleri tarafından, aile hekimliği mevzuatı doğrultusunda sunulan sağlık hizmetleridir. İkincisi, hastaneler bünyesinde kurulan evde

sağlık hizmet birimleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri ve üçüncü olarak periferdeki vatandaşlara halk sağlığı müdürlükleri tarafından oluşturulan gezici ekipler vasıtasıyla verilen evde sağlık hizmetleridir (44).

Hizmetin uygulanmasında üç tip evde sağlık hizmet birimi tanımlanmıştır;

T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Toplum Sağlığı Merkezleri'ne (TSM) bağlı olarak kurulan birimlerdir. Birincil görevi evde sağlık hizmetini sunmaktır. Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurulur (44).

H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi hizmetlerin sunumuyla mükelleftir. Koordinasyon Merkezi'nin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler (44).

D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı Ağız- Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) bünyesinde kurulan birimlerdir. Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur (44).

Başvurunun yapılması ve değerlendirilmesi:

- Hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurularak veya Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)/ Aile Hekimliği birimini (AHB) aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır (44).
- Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, ilgili hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir (44).
- Koordinasyon merkezi, yapacağı ön değerlendirmeye göre talepleri uygun görülen hastalar için, ikamet ettiği yerin yakınlığını, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyini ve hasta yoğunluğunu

dikkate alarak, uygun gördüğü birimi ya da hastanın kayıtlı olduğu AHB'yi görevlendirir (44).

- Görevlendirilen birim ya da AHB tarafından yapılan yerinde değeriendirme sonucunda hastanın evde sağlık hizmeti alımına uygun olup olmadığı koordinasyon merkezine veya kayıtlı olduğu aile hekimine iletilir (44).



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olup, evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarında siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyini, bunların kişilerin sosyo-demografik durumlarıyla ilişkisi ve incelenen popülasyonda bu kavramların birbirleriyle olan ilişkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı 240 hastanın yakınıyla yüzyüze görüşme tekniği ile 15.05.2023-15.07.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışmanın etik kurul onayı EBYU Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.03.2023 tarihli, 2023/07-5 karar numarası ile alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı hastaların arasından 15.05.2023-15.07.2023 tarihleri arasında muayene talep edilip evde ziyareti gerçekleştirilen hastaların yakınlarından oluşmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili birimde 1 ayda yaklaşık 300, 2 ayda 600 evde sağlık muayenesi yapıldığı göz önüne alınarak $N=600$, $d=0,05$, $p=0,5$, $q=0,5$ alınmış ve örneklem büyüklüğü 235 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmaya 15.05.2023-15.07.2023 tarihleri arasında evde sağlık birimi tarafından ziyaret gerçekleştirilen hastaların yakınları arasından çalışmaya katılmaya kabul edenlerle dahil edilme kriterlerine uyan 240 hasta yakını dahil edilmiştir.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri;

1. 18-65 yaş aralığında olmak
2. Çalışmada yer alan soruları cevaplayabilecek bilişsel düzeye sahip olmak
3. İnternet kullanıcısı olmak
4. Bir evde sağlık hizmeti alan hastanın bakımından primer sorumlu olmak.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

1. Sağlık çalışanı veya emeklisi olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak.

Bu çalışma gönüllü olan hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Veri toplamadan önce katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının siberkondri düzeyleri ve sağlık anksiyetesi düzeyleridir.

Bağımsız değişkenler; evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarına ait değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumları, bakım alan hasta ile yakınlık durumları, bakım alan hastanın yanına haftada kaç gün geldikleri, bakım alan hastaya günlük kaç saat zaman ayırdıkları, bakım alan hastanın kendilerine göre bakım zorluğu derecelendirmesi, bakım alan hasta ile ne kadar süredir ilgilendikleri, hastanın bakımına destek veren başka birinin var olup olmadığı, gün içerisinde kendilerine ayırdıkları sosyal zaman miktarı, kronik hastalığa sahip olma durumu, psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadıkları, günlük olarak internette vakit geçirme süresi, günlük olarak internette sağlık konularına ayırdıkları vakit miktarıdır. Bakım alan hastaya ait değişkenler ise yaş, bakım alan hastanın medeni durumudur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında anket çalışması kullanılmıştır. Kullanılan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik verilerini elde edebilmek amacıyla ‘Demografik Veri Formu’, ikinci bölümde katılımcıların siberkondri düzeylerini belirlemek amacıyla ‘Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu’ ,üçüncü bölümde katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek amacıyla ‘Sağlık Anksiyetesi Envanteri(Kısa Versiyon)’ kullanılmıştır.

3.6.1. Demografik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış 19 soruluk bir anket formudur. Bakım veren bireyin sosyodemografik bilgilerinin yer aldığı (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumları, bakım alan hasta ile yakınlık durumları, gün içerisinde kendilerine ayırdıkları sosyal zaman miktarı, kronik hastalığa sahip olma durumu, psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadıkları, günlük olarak internette vakit geçirme süresi, günlük olarak internette sağlık konularına ayırdıkları vakit miktarı) 11 madde, bakım verme durumları ile ilgili (bakım alan hastanın yanına haftada kaç gün geldikleri, bakım alan hastaya günlük kaç saat zaman ayırdıkları, bakım alan hastanın kendilerine göre bakım zorluğu derecelendirmesi, bakım alan hasta ile ne kadar süredir ilgilendikleri, hastanın bakımına destek veren başka birinin var olup olmadığı) 5 madde, bakım alan hastanın sosyo-demografik bilgilerinin yer aldığı (yaş, meslek, eğitim durumu) 3 madde içermektedir.

3.6.2. Siberkondri Şiddeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12)

Ölçeğin toplam 33 maddeden oluşan ilk hali McElroy ve Shevlin (2014) tarafından beşli Likert tipinde geliştirilmiş, daha sonra yine aynı kişiler tarafından 2019’da 12 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür (60). Kısa form 2021 yılında Söyler ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır (61). CSS-12, çevrimiçi hastalık belirtileri arayan bireylerin ciddiyetini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır (Aşırılık, Sıkıntı, Güven verme, Zorlama). Maddeler, 1 (Asla) ile 5 (Her zaman) arasında değişen beşli bir ölçek kullanılarak puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0 ile 60 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması siberkondri düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır (62).

3.6.3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon)

Salkovskis ve arkadaşları tarafından kişilerin sağlık anksiyetelerini ölçmek için 2002 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte 18 madde bulunmaktadır. Her madde, 4 farklı seçenek içermekte ve katılımcıdan kendine en uygun olanı seçmesi istenmektedir. Ölçeğin puanlaması, her bir madde için 0-3 arasında yapılmaktadır ve yüksek puan, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 54'tür ve 27'nin üzeri anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir (63). Ölçek bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ile ilişkili gövde boyutu ve hastalıkların olumsuz sonuçlarıyla ilişkili ek boyut olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Gövde boyutu ölçeğin temelini oluşturan ilk 14 maddeyi içermektedir, ek boyut ise hastalıkların olumsuz sonuçlarıyla ilişkili olarak eklenen 4 soruyu içermektedir (64). Sağlık Anksiyetesi Envanteri'nin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2013 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (64).

3.7. Verilerin Analizi

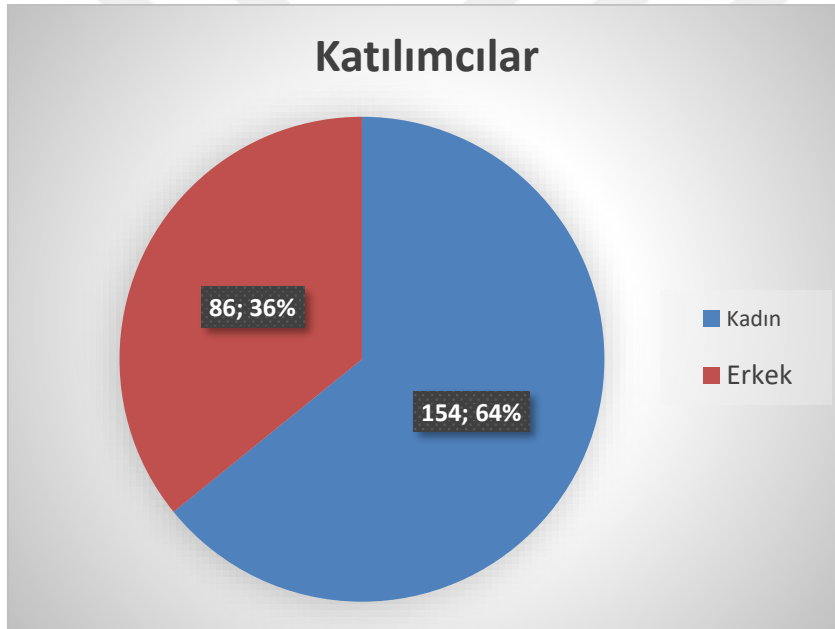
Veriler araştırmacılar tarafından SPSS paket programına girilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yapılmış, kategorik veriler % ve (n), normal dağılan numerik veriler Ort $\pm$ SS, normal dağılıma uymayan veriler Med. (min, max) şeklinde verilmiştir. Numerik veri iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testleri, iki numerik verinin karşılaştırılmasında ise Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

İstatiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmamız toplam 240 erişkin bireyle yapılmıştır. Katılımcıların %64,2'si kadın (n=154), %35,8'i erkek (n=86) olup yaş ortalaması $45,04 \pm 10,85$ olarak bulundu (minimum 18, maksimum 65). Bakım alan hastaların yaş ortalaması ise $78,40 \pm 14,94$ olarak bulundu (minimum 13, maksimum 110).



Şekil 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcıların %1,7'si (n=4) okuma yazma bilmediği, %39,6'sı (n=95) ilkokul, %30,4'ü (n=73) lise, %28,3'ü (n=68) üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %77,9'u (n=187) evli, %16,7'si (n=40) bekar, %5,4'ü (n=13) de duldur. Katılımcıların diğer demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların demografik verileri

		<i>n</i>	%
Medeni Durum	Evli	187	77,9
	Bekar	40	16,7
	Dul	13	5,4
Bakım Alan Hastanın Medeni Durumu	Evli	86	35,8
	Bekar	12	5
	Dul	142	59,2
Meslek	Ev hanımı	100	41,7
	Memur	67	25
	İşçi	17	7,1
	Emekli	19	7,9
	Diğer	44	18,3
Eğitim Durumunuz	Okuma yazma bilmiyor	4	1,7
	İlkokul	95	39,6
	Lise	73	30,4
	Üniversite ve üstü	68	28,3
Bakım Alan Hastanın Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmiyor	112	46,7
	İlkokul	113	47,1
	Lise	10	4,2
	Üniversite ve üstü	5	2,1
Bakım Alan Hasta ile Yakınlık Durumunuz	Kızı-Oğlu	137	57,1
	Anne-Baba	5	2,1
	Kardeş	6	2,5
	Gelin-Damat	41	17,1
	Torun-Yeğen	37	15,4
	Diğer	14	5,8

Katılımcıların %37,1'nin kronik bir rahatsızlığı olup %7,9'u psikiyatrik bir ilaç kullanmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların kronik hastalık ve psikiyatrik ilaç kullanma durumları

		<i>n</i>	%
Kronik hastalığınız var mı?	Evet	89	37,1
	Hayır	151	62,9
Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?	Evet	19	7,9
	Hayır	214	89,2
	Belirtmek istemiyorum	7	2,9

Katılımcıların gün içerisinde kendine ayırdıkları vakit ortalaması $2,03 \pm 1,63$ saat ($122,02 \pm 98,01$ dakika), günlük olarak internette vakit geçirme süre ortalaması $1,5 \pm 1,42$ saat ($90,21 \pm 85,54$ dakika), günlük olarak internette sağlık araştırmalarına ayrılan süre ortalaması $0,48 \pm 0,68$ saat ($24,61 \pm 41,08$ dakika) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların gün içerisinde kendilerine ayırdıkları süre ve internette vakit geçirme süreleri

	<i>Ort. süre (saat)</i>	<i>S.S.</i>	<i>Min.*</i>	<i>Max.</i>
Gün içerisinde ne kadar süre kendinize vakit ayırırsınız?	2,03	1,63	0	9
Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar?	1,50	1,42	0	9
Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süre ne kadar?	0,48	0,68	0	5

S.S.: standart sapma

*30 dk altı "0" olarak kabul edilmiştir.

Katılımcılardan bakım alan hastanın yanına haftada maksimum 7 gün, minimum 2 gün gelindiği saptanmıştır. Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ortalaması $8,48 \pm 4,93$ saat, hastaların bakımıyla ilgilenilen toplam süre ortalaması $60,40 \pm 60,55$ ay ($5,03 \pm 5,04$ yıl) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan hastalarının bakım zorluğunu en düşük 1 puan, en yüksek 10 puan olacak şekilde değerlendirilmesi istendiğinde bakım zorluğu puan ortalaması $7,85 \pm 2,09$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların bakım verme durumlarına ait diğer veriler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4: Katılımcıların bakım verme süreleri ve bakım yükleri

	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Bakım alan hastanın yanına haftada kaç gün geliyorsunuz? (gün)	6,01	1,59	2	7
Bakım alan hastaya günlük kaç saat zaman ayırıyorsunuz? (saat)	8,48	4,93	1	24
Ne kadar süredir hastanın bakımıyla ilgileniyorsunuz? (ay)	60,40	60,55	1	408
Hastanızın bakım zorluğunu en düşük 1, en yüksek 10 puan olacak şekilde derecelendirirseniz kaç puan verirsiniz?	7,85	2,09	1	10

Ss: standart sapma

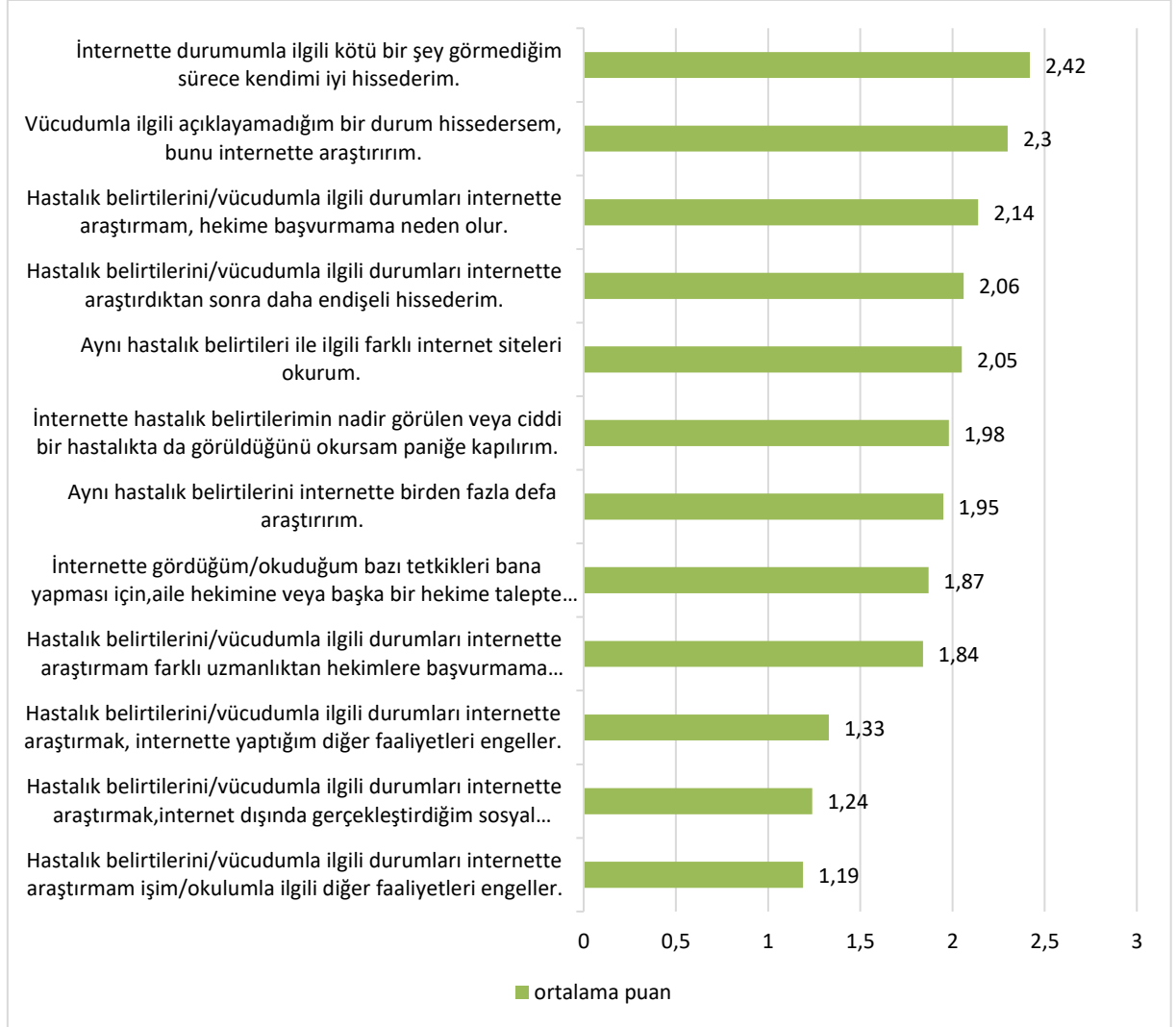
Katılımcıların bakıcı desteği alma durumlarına bakıldığında %20'sinin hiç destek almadığı görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların bakıcı desteği alma durumları

		<i>n</i>	%
Bakıcı desteği alıyor musunuz veya sizden başka hastanın bakımını üstlenen var mı?	Evet	145	60,4
	Hayır	48	20,0
	Kısmen	47	19,6

4.2. Katılımcıların CSS-12 verileri ve elde edilen bulgular

Katılımcıların CSS-12 puanlarının sorulara göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2: Katılımcıların Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği maddelerine göre verdikleri cevaplar ve puan ortalamaları

Katılımcıların Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalaması $22,36 \pm 11,63$ olarak bulunmuştur (minimum 12, maksimum 52).

Katılımcıların CSS-12 alt boyutlarına göre aldıkları puanlar ise Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların CSS-12 alt boyutlarına göre aldıkları puanlar

Boyut	Açıklama	Maddeler	Ort. puan	S.S.	Min.	Max.
Aşırılık	Artan tekrarlayan aramalar	1,3,6	6,3	3,87	3	15
Sıkıntı	Arama sonucu stres, sıkıntı	4,8,9	6,45	3,77	3	15
Güven Arayışı	Bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar	5,11,12	5,85	3,71	3	15
Zorlama	Çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları	2,7,10	3,76	1,82	3	12

S.S.: Standart Sapma CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği S.S.:Standart Sapma

4.3. Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği verileri ve elde edilen bulgular

Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $17,69 \pm 11,54$ olarak bulunmuştur (minimum 1, maksimum 49).

Katılımcıların ölçek alt boyutlarına göre aldıkları puan ortalamaları da Tablo 7'de belirtilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların SAÖ alt boyutlarına göre aldıkları puanlar

Boyut	Açıklama	Ortalama puan	S.S.	Min.	Max.
Gövde alt boyutu	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı	13,2	9,13	0	39
Ek alt boyut	Hastalığın olumsuz sonuçları	4,49	3,52	0	12

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.:Standart Sapma

4.4. Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının sosyodemografik verileriyle karşılaştırılması

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 8’de belirtilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları ve toplamı	Cinsiyet	n	ort.	S.S.	p
Aşırılık	Kadın	154	6,99	4,15	0,001
	Erkek	86	5,05	2,96	
Sıkıntı	Kadın	154	6,93	3,89	0,010
	Erkek	86	5,59	3,40	
Güven arayışı	Kadın	154	6,30	3,91	0,025
	Erkek	86	5,06	3,18	
Zorlama	Kadın	154	3,98	2,06	0,009
	Erkek	86	3,36	1,16	
Toplam Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Kadın	154	24,20	12,23	0,001
	Erkek	86	19,06	9,67	
Bedensel belirtilere duyarlılık ve kaygı	Kadın	154	13,67	8,98	0,156
	Erkek	86	12,36	9,38	
Hastalığın olumsuz sonuçları	Kadın	154	4,47	3,56	0,856
	Erkek	86	4,51	3,47	
Toplam Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Kadın	154	18,14	11,54	0,351
	Erkek	86	16,87	11,57	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.:Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarıyla medeni durumları arasındaki ilişki Tablo 9’da belirtilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının medeni durumları ile ilişkisi

	Medeni durum	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Evli	187	21,58	11,32	0,018
	Bekar	40	26,90	12,17	
	Dul	13	19,62	11,75	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evli	187	18,06	11,74	0,061
	Bekar	40	14,25	9,08	
	Dul	13	22,92	13,27	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hastanın medeni durumlarıyla ilişkisi Tablo 10’da belirtilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hastanın medeni durumları ile ilişkisi

	Bakım alan hastanın medeni durumu	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Evli	86	23,22	11,36	0,432
	Bekar	12	23,83	12,11	
	Dul	142	21,71	11,78	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evli	86	16,10	11,48	0,205
	Bekar	12	18,83	9,75	
	Dul	142	18,55	11,68	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarıyla eğitim durumları arasındaki ilişki Tablo 11’de belirtilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının eğitim durumları ile ilişkisi

	Eğitim durumu	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Okuma-yazma bilmiyor	4	20,75	17,50	0,130
	İlkokul	95	20,56	10,09	
	Lise	73	22,32	12,32	
	Üniversite ve üstü	68	25,01	12,28	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Okuma-yazma bilmiyor	4	14,00	8,83	0,273
	İlkokul	95	18,55	11,13	
	Lise	73	18,56	12,33	
	Üniversite ve üstü	68	15,76	11,31	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hastanın eğitim durumlarıyla ilişkisi Tablo 12’de belirtilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan kişinin eğitim durumları ile ilişkisi

	Bakım alan kişinin eğitim durumu	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Okuma-yazma bilmiyor	112	20,82	10,96	0,045
	İlkokul	113	22,96	11,87	
	Lise	10	29,10	14,56	
	Üniversite ve üstü	5	29,60	8,01	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Okuma-yazma bilmiyor	112	18,35	11,27	0,687
	İlkokul	113	17,21	12,26	
	Lise	10	16,70	7,64	
	Üniversite ve üstü	5	15,60	8,05	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hasta ile yakınlık durumlarıyla ilişkisi Tablo 13'te belirtilmiştir.

Tablo 13: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakım alan hasta ile yakınlık durumlarıyla ilişkisi

	Bakım alan hasta ile yakınlık durumu	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Kızı-oğlu	137	21,81	11,67	0,884
	Anne-baba	5	24,00	12,39	
	Kardeş	6	23,00	14,00	
	Gelin-damat	41	23,90	12,35	
	Torun-yeğen	37	22,14	10,54	
	Diğer	14	22,93	12,25	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Kızı-oğlu	137	18,09	11,39	0,688
	Anne-baba	5	17,00	7,71	
	Kardeş	6	21,17	12,22	
	Gelin-damat	41	19,20	14,07	
	Torun-yeğen	37	15,22	9,93	
	Diğer	14	14,64	9,51	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakıcı desteği alma durumlarıyla ilişkisi Tablo 14'te belirtilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının bakıcı desteği alma durumları ile ilişkisi

	Bakıcı desteği alma durumu	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Evet	145	23,48	12,08	0,076
	Hayır	48	22,42	11,39	
	Kısmen	47	18,85	9,83	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evet	145	18,67	11,73	0,240
	Hayır	48	16,81	11,30	
	Kısmen	47	15,55	11,06	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının kronik hastalık durumlarıyla ilişkisi Tablo 15'te belirtilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının kronik hastalık durumları ile ilişkisi

	Kronik hastalığınız var mı?	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Evet	89	21,00	11,52	0,112
	Hayır	151	23,16	11,65	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evet	89	19,84	11,69	0,016
	Hayır	151	16,42	11,29	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının psikiyatrik ilaç kullanma durumlarıyla ilişkisi Tablo 16'da belirtilmiştir.

Tablo 16: Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarının psikiyatrik ilaç kullanma durumları ile ilişkisi

	Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?	n	ort.	S.S.	p
Siberkondri Şiddeti Ölçeği	Evet	19	21,79	11,50	0,860
	Hayır	214	22,31	11,55	
	Belirtmek istemiyorum	7	25,43	15,44	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evet	19	26,95	12,04	< 0,001
	Hayır	214	16,53	10,99	
	Belirtmek istemiyorum	7	27,86	11,78	

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği S.S.: Standart Sapma

4.5. Katılımcıların diğer sosyodemografik verilerinin birbirleriyle olan ilişkisi

Katılımcıların sosyodemografik bulgularının bakımla ilgili verilerle ilişkisi Tablo 17’de belirtilmiştir.

Tablo 17: Katılımcıların ve bakım alan hastaların yaşları ile bakımla ilgili verilerin birbirleriyle olan ilişkisi

		Yaş	Bakım alan hastanın yaşı	Bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı (bir haftada)	Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre (saat)	Bakım zorluğu	Bakımla ilgilenilen toplam süre
Yaş	r	1,000					
	p						
Bakım alan hastanın yaşı	r	0,239	1,000				
	p	<0,001					
Bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı (bir haftada)	r	0,246	-0,074	1,000			
	p	<0,001	0,253				
Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre (saat)	r	0,263	-0,069	0,383	1,000		
	p	<0,001	0,290	<0,001			
Bakım zorluğu	r	0,161	0,097	0,125	0,263	1,000	
	p	0,012	0,133	0,054	<0,001		
Bakımla ilgilenilen toplam süre (yıl)	r	0,168	-0,068	0,046	0,140	0,128	1,000
	p	0,009	0,297	0,479	0,031	0,047	

Katılımcıların yaşları, bakım alan hastaların yaşları, bakım verme sürelerine ait veriler ve bakım zorluğunun katılımcıların kendilerine ayırdıkları süreler ve internette vakit geçirme sürelerinin birbiriyle olan ilişkisi Tablo 18’de belirtilmiştir.

Tablo 18: Katılımcıların yaşları, bakım alan hastaların yaşları, bakım verme süreleri ve bakım zorluğunun katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ve internette vakit geçirme süreleri ile arasındaki ilişki

		Gün içerisinde kendinize ne kadar vakit ayırırsınız? (dakika)	Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar? (dakika)	Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süreniz ne kadar? (dakika)
Yaş	r	-0,348	-0,482	-0,091
	p	<0,001	<0,001	0,158
Bakım alan hastanın yaşı	r	-0,060	0,054	-0,028
	p	0,352	0,408	0,661
Bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı (bir haftada)	r	-0,150	-0,137	-0,024
	p	0,020	0,040	0,706
Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre (saat)	r	-0,285	-0,222	-0,068
	p	<0,001	0,001	0,292
Bakım zorluğu	r	-0,308	-0,211	-0,100
	p	<0,001	0,001	0,122
Bakımla ilgilenilen toplam süre (yıl)	r	-0,067	-0,169	-0,076
	p	0,010	0,009	0,239

Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süreler ve internette vakit geçirme sürelerinin birbirleriyle olan ilişkisi Tablo 19’da belirtilmiştir.

Tablo 19: Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ile internette vakit geçirme sürelerinin birbirleriyle olan ilişkisi

		Gün içerisinde kendinize ne kadar vakit ayırırsınız? (dakika)	Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar? (dakika)	Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süreniz ne kadar? (dakika)
Gün içerisinde kendinize ne kadar vakit ayırırsınız? (dakika)	r	1,000		
	p			
Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar? (dakika)	r	0,426	1,000	
	p	<0,001		
Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süreniz ne kadar? (dakika)	r	0,167	0,491	1,000
	p	0,010	<0,001	

4.6. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin CSS-12 ve SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam ölçek puanlarıyla karşılaştırılması

Katılımcıların yaşları ve bakım alan hastaların yaşlarının katılımcıların CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam CSS-12 puanlarıyla ilişkisi Tablo 20’de belirtilmiştir.

Tablo 20: Katılımcıların yaşları ve bakım alan hastaların yaşları ile katılımcıların CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam CSS-12 puanlarıyla ilişkisi

		Aşırılık alt boyutu	Sıkıntı alt boyutu	Güven arayışı alt boyutu	Zorlama alt boyutu	CSS-12 toplam
Yaş	r	-0,134	-0,120	-0,126	-0,104	-0,140
	p	0,038	0,063	0,051	0,109	0,030
Bakım alan hastanın yaşı	r	-0,052	-0,041	-0,061	-0,147	-0,073
	p	0,418	0,528	0,350	0,022	0,259

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği

Katılımcıların bakımla ilgili verilerinin CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam CSS-12 puanlarıyla ilişkisi Tablo 21’de belirtilmiştir.

Tablo 21: Katılımcıların bakımla ilgili verilerinin CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam CSS-12 puanlarıyla ilişkisi

		Aşırılık alt boyutu	Sıkıntı alt boyutu	Güven arayışı alt boyutu	Zorlama alt boyutu	CSS-12 toplam
Bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı (bir haftada)	r	-0,016	-0,074	-0,098	-0,059	-0,070
	p	0,805	0,250	0,131	0,366	0,281
Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre (saat)	r	-0,083	-0,105	-0,110	0,026	-0,093
	p	0,198	0,104	0,090	0,688	0,151

Bakım zorluğu	r	0,011	-0,018	-0,053	-0,046	-0,026
	p	0,870	0,777	0,416	0,481	0,684
Bakımla ilgilenilen toplam süre (yıl)	r	-0,011	0,018	0,026	0,047	0,018
	p	0,864	0,787	0,694	0,467	0,787

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği

Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ve internette geçirdikleri süre ile CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam CSS-12 puanlarıyla arasındaki ilişki Tablo 22’de belirtilmiştir.

Tablo 22: Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süre ve internette geçirdikleri süre ile CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam CSS-12 puanları arasındaki ilişki

		Aşırılık alt boyutu	Sıkıntı alt boyutu	Güven arayışı alt boyutu	Zorlama alt boyutu	CSS-12 toplam
Gün içerisinde kendinize ne kadar vakit ayırırsınız? (dakika)	r	0,082	0,151	0,135	0,149	0,143
	p	0,205	0,020	0,037	0,021	0,027
Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar? (dakika)	r	0,249	0,279	0,309	0,157	0,297
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,015	<0,001

Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süreniz ne kadar? (dakika)	r	0,554	0,559	0,586	0,358	0,609
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

CSS-12: Siberkondri Şiddeti Ölçeği

Katılımcıların yaşları ve bakım alan hastanın yaşlarıyla SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi Tablo 23'te belirtilmiştir.

Tablo 23: Katılımcıların yaşları ve bakım alan hastaların yaşlarıyla SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam SAÖ puanları ile ilişkisi

		Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutu	Hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutu	SAÖ toplam
Yaş	r	0,156	0,061	0,142
	p	0,016	0,345	0,028
Bakım alan hastanın yaşı	r	0,038	-0,086	0,004
	p	0,557	0,112	0,954

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Katılımcıların bakımla ilgili verilerinin SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi Tablo 24'te belirtilmiştir.

Tablo 24: Katılımcıların bakım verme süreleri ve bakım yüklerinin SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi

		Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutu	Hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutu	SAÖ toplam
Bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı (bir haftada)	r	0,036	0,028	0,037
	p	0,574	0,670	0,565
Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre (saat)	r	-0,005	0,055	0,013
	p	0,941	0,398	0,842
Bakım zorluğu	r	0,094	0,202	0,136
	p	0,146	0,002	0,035
Bakımla ilgilenilen toplam süre (yıl)	r	0,043	0,137	0,076
	p	0,509	0,033	0,242

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Katılımcıların sosyal yaşantılarına ait verilerin SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi Tablo 25’te belirtilmiştir.

Tablo 25: Katılımcıların kendilerine ayırdıkları süreler ve internette vakit geçirdikleri sürelerin SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi

		Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutu	Hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutu	SAÖ toplam
Gün içerisinde kendinize ne kadar vakit ayırırsınız? (dakika)	r	-0,100	-0,131	-0,119
	p	0,124	0,043	0,066
Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar? (dakika)	r	-0,015	-0,132	-0,052
	p	0,822	0,042	0,425
Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süreniz ne kadar? (dakika)	r	0,250	0,103	0,229
	p	<0,001	0,112	<0,001

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

4.7. Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının birbirleriyle karşılaştırılması

Katılımcıların CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanların ve toplam CSS-12 puanlarının SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarının birbirleriyle ilişkisi Tablo 26’da belirtilmiştir.

Tablo 26: Katılımcıların CSS-12 alt boyutlarından aldıkları puanların ve toplam CSS-12 puanlarının SAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarla ve toplam SAÖ puanlarıyla ilişkisi

		Aşırılık alt boyutu	Sıkıntı alt boyutu	Güven arayışı alt boyutu	Zorlama alt boyutu	CSS-12 toplam	Gövde alt boyutu	Ek alt boyut	SAÖ toplam
Aşırılık alt boyutu	r	1,000							
	p								
Sıkıntı alt boyutu	r	0,829	1,000						
	p	<0,001							
Güven arayışı alt boyutu	r	0,848	0,816	1,000					
	p	<0,001	<0,001						
Zorlama alt boyutu	r	0,383	0,423	0,451	1,000				
	p	<0,001	<0,001	<0,001					
CSS-12 toplam	r	0,933	0,928	0,937	0,566	1,000			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
Gövde alt boyutu	r	0,348	0,436	0,365	0,295	0,420	1,000		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Ek alt boyut	r	0,160	0,254	0,215	0,186	0,234	0,581	1,000	
	p	0,013	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001		
SAÖ toplam	r	0,324	0,423	0,355	0,290	0,404	0,969	0,765	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

5.TARTIŞMA

Dijital mecraların toplumsal hayatın üzerindeki etkisinin her geçen gün arttığı bir ortamda, insanların bilgiye erişiminde internetin sunduğu olanaklar da genişlemektedir (65). Esasında internetin küresel düzeyde kullanılması ve hızla yaygınlaşması kişilerin sağlıkla ilgili her türden bilgiye ulaşmasını sağlamıştır (66). Bu yüzden internette sağlık bilgisi arama davranışı ile yakından ilgili olan ‘siberkondri’ ve ‘sağlık anksiyetesi’ kavramı günümüz için bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Evde Sağlık hastalarının yakınlarının, bu hastaların bakım görevi gibi ağır bir sorumluluk üstlenmeleri sebebiyle, bu gruptaki bireylerde sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyleri, birbirleriyle olan ilişkileri ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması gerektiği düşünülmüştür. Bu çalışmayla bakım verenlerin siberkondri ve sağlık anksiyetesini etkileyen faktörlerin ve aralarında değişime uğrayabilecek etmenlerin tespit edilmesi amaçlanmış ve bu durumun Evde Sağlık uygulamalarında olası yenilikçi girişimlere yol açabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışma ile Evde Sağlık hastalarının yakınlarının ‘siberkondri’ düzeyi ve ‘sağlık anksiyetesi’ düzeyi incelenmiştir. Çalışmamız sonucunda katılımcıların siberkondri düzeyi ve sağlık anksiyetesi düzeyi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucu bulunmuştur. Araştırma kapsamında katılımcıların siberkondri şiddeti ölçeği’nden aldıkları puan ortalaması $22,36 \pm 11,63$ olarak bulunmuştur. Bir üniversite hastanesine başvuran hastalarda siberkondri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada siberkondri şiddeti ölçeğinden alınan ortalama puan $31,26 \pm 9,10$ olarak bulunmuştur (67). Üniversite öğrencilerinde siberkondri düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada siberkondri şiddeti ölçeği puan ortalaması $31,13 \pm 10,03$ olarak bulunmuştur (68). Bizim çalışmamızda katılımcıların siberkondri düzeyinin literatürdeki çalışmalardan daha düşük olmasının gerekçesi olarak bu sonucun ortaya çıkmasında katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nden aldıkları puan ortalaması $17,69 \pm 11,54$ olarak bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri çalışmalarda farklılık göstermiştir. Üniversite öğrencilerinde sağlık

anksiyetesi ile sosyal zekâ ve sorun çözme becerisi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada sağlık anksiyetesi ölçeğinin puan ortalaması $16,42 \pm 7,70$ olarak belirlenmiştir (69). Başka bir çalışmada öğrencilerin sağlık anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları $34,33 \pm 6,50$ olarak belirlenmiştir (5). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık algıları ve sağlık anksiyeteleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada sağlık anksiyetesi ölçeğinin puan ortalaması $18,55 \pm 7,00$ olarak bulunmuştur (70). İstanbul'da ikamet eden 18-60 yaş arası bireylerde sağlık algısı ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin incelendiği bir araştırmada sağlık anksiyetesi ölçeğinin puan ortalaması $16,81 \pm 7,54$ olarak bulunmuştur (71). Bizim çalışmamızda katılımcıların sağlık anksiyetesinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsiyet değişkeni ile siberkondri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kadınların siberkondri düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki çoğu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Yine üniversitede akademik ve akademik olmayan statüde çalışan 360 erişkinde yapılan bir çalışmada kadınların siberkondri puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (16). 18 yaş ve üzeri bireylerde siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada ise erkeklerin puan ortalamaları kadın katılımcıların puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerin siberkondri düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek çıkmış olması literatürdeki benzer çalışmalardan tam tersi bir sonuca ulaşıldığını göstermektedir (72). Üniversite öğrencilerinin siberkondri düzeyini inceleyen bir araştırmada cinsiyetlere göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı görülmüştür (73). Çalışmamızda katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. 19-60 yaş arasında ve sağlık çalışanı olmayan bireylerde yapılan bir çalışmada sağlık anksiyetesi düzeylerinde cinsiyetler arası anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (74). Akademisyenlerin siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerini inceleyen bir araştırmada sağlık anksiyetesi düzeyinin yine cinsiyete göre farklılaşmadığı belirtilmiştir (10).

Katılımcıların siberkondri düzeyleri ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bekar olan katılımcıların siberkondri düzeyinin en yüksek olduğu, evli katılımcıların siberkondri düzeyinin de dul olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada katılımcıların medeni durumuna göre siberkondri

düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir (75). Üniversite hastanesine başvuran hastalarda siberkondri ve sağlık okuryazarlığının araştırıldığı bir çalışmada yine siberkondri düzeylerinin medeni duruma göre farklılık göstermediği belirtilmiştir (67). Bizim çalışmamızda literatürdeki çalışmalardan farklı olarak bekar katılımcıların siberkondri düzeyinin daha yüksek olmasının çeşitli sebepleri olabilir. Bu farklılığın sebeplerinden biri olarak, katılımcıların yakınlarının evde sağlık hizmeti alan ve bakım desteği ihtiyacı gösteren bireyler olması ve bekar katılımcıların bu bakım desteğini vermede ve süreci yönetmede psikolojik desteğe ve güvence arayışına daha çok ihtiyaç duymaları sonucu daha çok sağlık bilgisi arama davranışı gösterebilecekleri düşünülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Acil servise başvuran hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada yine hastaların medeni durumlarına göre sağlık anksiyete düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir (76). Başka bir çalışmada ise bekar bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (71).

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanlarıyla bakım verdikleri hastanın medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bakım alan hastaların medeni durumunun katılımcıların siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların eğitim durumlarının siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerini etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır. Bireylerin siberkondri düzeylerinin incelendiği bir araştırmada CSS-12 puanının kişilerin eğitim durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir (75). Bu çalışmada lisans veya lisansüstü eğitim durumuna sahip katılımcıların diğer eğitim durumuna sahip katılımcılara göre siberkondri düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (75). 18 yaş ve üstü erişkinlerde siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada siberkondri düzeyi ile eğitim durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (72). Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde sağlık anksiyetesinin uyku kalitesine etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada kişinin eğitim durumunun sağlık anksiyetesi düzeyini etkilemediği görülmüştür (77). Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyete düzeyleri ile sağlık programlarını izleme motivasyonları

arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada yine bireylerin SAÖ puanlarının eğitim durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir (78).

Katılımcıların CSS-12 puanlarıyla bakım verdikleri hastanın eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bakım alan hastalardan üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların yakınlarının daha yüksek siberkondri düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durumun birçok sebebi olabileceği gibi bakım verilen kişinin eğitim düzeyinin yüksek olmasının kendisine bakım veren katılımcıyı internetten sağlık araştırması yapması için yönlendirebileceğinin ihtimaller arasında olabileceği düşünülmüştür. Katılımcıların SAÖ puanları ile bakım verdikleri hastanın eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların bakım alan hasta ile yakınlık durumları ile CSS-12 puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, anne-baba grubundakilerin ortalama CSS-12 puanlarının yüksek olduğu görülse de CSS-12 puanlarıyla bakım alan hasta ile yakınlık durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların bakım alan hasta ile yakınlık durumları ile SAÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, kardeş grubundakilerin ortalama SAÖ puanlarının yüksek olduğu görülse de SAÖ puanlarıyla bakım alan hasta ile yakınlık durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Verileri karşılaştırmak adına literatüre bakıldığında kişilerin SAÖ puanlarıyla hasta ile yakınlık durumunu karşılaştırılan tek çalışmaya rastlanmıştır (79). Kanseri hastalarına bakım veren bireylerde ölüm korkusu, kansere yakalanma korkusu ve sağlık anksiyetelerinin araştırıldığı bu çalışmada yakınlık derecesi eşiyim olanların sağlık anksiyetesi toplam puanları, yakınlık derecesi çocuğuyum olanların sağlık anksiyetesi toplam puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (79). Yakınlık derecesi diğer olanların sağlık anksiyetesi toplam puanları, yakınlık derecesi çocuğuyum olanların sağlık anksiyetesi toplam puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (79). Bu bağlamda kişilerin siberkondri düzeyleri ile bakım verdikleri hastayla yakınlık durumları arasında ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Katılımcıların CSS-12 ve SAÖ puanları ile bakıcı desteği alma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kanseri hastalarına bakım veren bireylerde yapılan bir çalışmada hasta bakımıyla ilgili sorumlu başka kişi varlığı sağlık anksiyetesi düzeylerini anlamlı ölçüde etkilemediği görülmüştür (79).

Katılımcıların CSS-12 puanlarıyla kronik hastalığa sahip olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların siberkondri düzeyleri ile kronik hastalığa sahip olma durumları arasında bir ilişki görülmemiştir (11). Üniversite öğrencilerinin siberkondri düzeylerini araştıran başka bir çalışmada da kronik hastalık varlığına göre CSS-12 puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadığı belirlenmiştir (73). Katılımcıların SAÖ puanlarıyla kronik hastalık varlığı arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Kronik hastalığa sahip olan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerde sağlık algısının sağlık anksiyetesine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık anksiyetesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (71). Yine sağlık anksiyetesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı başka bir çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin SAÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (80).

Katılımcıların CSS-12 puanlarıyla psikiyatrik ilaç kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamasının siberkondri düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Katılımcılardan psikiyatrik ilaç kullananların ise sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç da bize psikiyatrik tanı amacı ile ilaç kullananların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Katılımcıların yaşlarıyla bakım alan hastanın yaşları arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum bize bakım alan hastanın yaş ortalaması arttıkça bakım veren bireyin de yaş ortalamasının arttığını göstermektedir. Katılımcıların yaşları ile bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşları ile bakım alan hastaya günlük ayrılan süre arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşları ile bakımla ilgilenilen toplam süre arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgular da bize bakım veren bireyin yaş ortalaması arttıkça hastaya bakım verme ve ilgilenme süresinin arttığını göstermektedir. Katılımcıların yaşları ile bakım zorluğu arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum bize katılımcıların yaş ortalamasının arttıkça hastalarına bakım vermede daha çok zorlandığını göstermektedir, bu

sonuç da beklediğimiz bir durumdur. Katılımcıların yaşlarıyla gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi arasında negatif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması arttıkça gün içerisinde kendilerine daha az vakit ayırdıkları sonucu bulunmuştur. Katılımcıların yaşları ile internette vakit geçirme süresi arasında negatif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Yine bu durumda da katılımcıların yaşları arttıkça bilgi kaynağı olarak interneti daha az kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların yaşları ile günlük internette sağlık araştırmalarına ayrılan süre arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. İnternette sağlık bilgisi arama davranışının yaştan bağımsız olduğu görülmüştür.

Bakım alan hastanın yaşı ile bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı, bakım alan hastaya günlük ayrılan süre, bakım zorluğu, bakımla ilgilenilen toplam süre, gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi, internette vakit geçirme süresi, günlük internette sağlık araştırmalarına ayrılan süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı, bakım alan hastaya günlük ayrılan süre, bakım zorluğu, bakımla ilgilenilen toplam süre, gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi, internette vakit geçirme süresi ve günlük internette sağlık araştırmalarına ayrılan sürenin bakım alan hastanın yaşından etkilenmediği görülmüştür.

Bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı ile bakım alan hastaya günlük ayrılan süre arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Yani bakım alan hastaya günlük ayrılan süre arttıkça bir haftada gelen gün sayısının da arttığı görülmüştür. Bu durum da bize hastanın bakım ihtiyacının arttıkça hem bir haftada gelen gün sayısı hem de günlük ayrılan sürenin artacağını göstermektedir. Bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı ile gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum da yine beklenen bir sonuçtur; bakım veren bireyin hastasına ayırdığı vakit arttıkça kendine ve özel hayatına ayıracağı vakit azalacaktır. Bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı ile günlük olarak internette vakit geçirme süresi arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Yine bu durumda da kişinin hastasına ayırdığı vakit arttıkça internette geçirdiği vakit de azalmaktadır. Bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı ile bakım zorluğu, bakımla ilgilenilen toplam süre ve internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bakım zorluğu, bakımla ilgilenilen toplam süre ve internette sağlık

araştırmalarına günlük ayrılan sürenin bakım alan hastanın yanına gelinen gün sayısını etkilemediği grlmştır.

Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ile bakım zorluğu arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Yani hastanın bakım zorluğu arttıkça hastaya günlük ayrılan süre artmaktadır. Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ile bakımla ilgilenilen toplam süre arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Katılımcılardan hastasının bakımına ayırdıkları günlük süresi daha fazla olanların toplam süre olarak da hastalarının bakımıyla daha uzun süre ilgilendikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ile gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi arasında negatif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ile günlük olarak internette vakit geçirme süresi arasında negatif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Katılımcılardan hastasının bakımına ayırdıkları günlük süresi daha fazla olanların doğal olarak kendilerine ve internet gezinmelerine ayırdıkları vaktin daha az olduğu grlmştır. Bakım alan hastaya günlük ayrılan süre ile internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre arasında anlamlı bir ilişki olmadığı grlmştır. Katılımcıların hastalarına günlük ayırdıkları srelerin internette sağlık araştırmalarına ayırdıkları süreler ile bir ilişkisi olmadığı grlmştır.

Bakım zorluğu ile bakımla ilgilenilen toplam süre arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Katılımcılardan hastasının bakımıyla ilgilendikleri toplam süresi daha fazla olanların ifade ettikleri bakım zorluğu derecesinin daha yüksek olduğu grlmştır. Bakım zorluğu ile gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Katılımcılardan gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi daha fazla olanların ifade ettikleri bakım zorluğu derecesinin daha düşük olduğu grlmştır. Bakım zorluğu ile günlük olarak internette vakit geçirme süresi arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu grlmştır. Katılımcılardan günlük olarak internette gezinme için ayırdıkları süre miktarı daha az olanların ifade ettikleri bakım zorluğu derecesinin daha yüksek olduğu grlmştır. Bu durum da yine hastalarının bakım zorluğu arttıkça internete ayırdıkları sürenin daha az olduğunu göstermektedir. Bakım zorluğu ile internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı grlmştır. Yani katılımcıların internette sağlık araştırmalarına ayırdıkları sürenin hastalarının bakım zorluğu derecesinden etkilenmediği grlmştır.

Bakımla ilgilenilen toplam süre ile gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içerisinde kendisine daha fazla vakit ayıranların hastası ile ilgilendiği toplam sürenin daha az olduğu görülmüştür. Bakımla ilgilenilen toplam süre ile günlük olarak internette vakit geçirme süresi arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içerisinde internette daha çok vakit geçirenlerin hastası ile ilgilendiği toplam sürenin daha az olduğu görülmüştür. Bakımla ilgilenilen toplam süre ile internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların internette sağlık araştırmalarına ayırdıkları sürenin bakımla ilgilenilen toplam süreden etkilenmediği görülmüştür.

Gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi ile günlük olarak internette vakit geçirme süresi arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içerisinde kendine daha çok vakit ayıranların internette daha çok vakit geçirdiği görülmüştür. Gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi ile internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içerisinde kendine daha çok vakit ayıranların internette sağlık araştırmalarına günlük ayırdıkları sürenin daha fazla olduğu görülmüştür.

Günlük olarak internette vakit geçirme süresi ile internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan internette vakit geçirme süresi daha fazla olanların internette sağlık araştırmalarına ayırdıkları sürenin daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşları ile CSS-12 aşırılık alt boyutu puanları arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Yani katılımcıların yaşları arttıkça aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘tekrarlayan aramalar’ ın azaldığı görülmüştür. Katılımcıların yaşları ile toplam CSS-12 puanları arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Yani katılımcıların yaşları arttıkça CSS-12 puanlarının azaldığı görülmüştür. Bireylerin siberkondri düzeylerinin incelendiği başka bir çalışmada yaş ile toplam ölçek puanı arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür (75). Yine benzer şekilde Siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada araştırmaya katılan 18-26 yaş aralığındaki

bireylerin siberkondri düzeylerinin diğer yaş aralığındaki bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (72). Katılımcıların yaşları ile diğer ölçek alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yani sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan ‘arama sonucu stres’, güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’, zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’nın yaş faktöründen etkilenmediği ortaya çıkmıştır.

Bakım alan hastanın yaşı ile CSS-12 zorlama alt boyutu puanları arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Bakım alan hastanın yaşı arttıkça katılımcının zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’nın azaldığı görülmüştür. Bakım alan hastanın yaşı ile toplam CSS-12 puanları ve diğer alt boyutlardan alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Toplam CSS-12 puanının ve aşırılık, sıkıntı, güvence arayışı alt boyutlarından alınan puanların bakım alan hastanın yaşından etkilenmediği ortaya çıkmıştır.

Bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı, bakım alan hastaya ayrılan günlük süre, bakım zorluğu, bakımla ilgilenilen toplam süre ile CSS-12 alt boyut puanları ve toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Siberkondri düzeyinin ve aşırılık, sıkıntı, güven arayışı, zorlama alt boyutlarından alınan puanların bakım alan hastanın yanına gelen gün sayısı, bakım alan hastaya ayrılan günlük süre, bakım zorluğu, bakımla ilgilenilen toplam süreden etkilenmediği görülmüştür.

Gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi ile CSS-12 sıkıntı alt boyutu, güven arayışı alt boyutu, zorlama alt boyutu ve toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içerisinde kendine daha çok vakit ayıranların sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan ‘arama sonucu stres’ e daha çok maruz kaldıkları, güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’, zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’nı daha çok yaptıkları görülmüştür. Gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi ile CSS-12 aşırılık alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Yani katılımcıların gün içerisinde kendilerine ayırdıkları sürenin aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı etkilemediği görülmüştür.

Günlük olarak internette vakit geçirme süresi ile CSS-12 aşırılık alt boyutu, sıkıntı alt boyutu, güven arayışı alt boyutu ve toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan günlük olarak internette daha çok vakit geçirenlerin sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan ‘arama sonucu stres’ e daha çok maruz kaldıkları, aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı ve güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yaptıkları ortaya çıkmıştır. Günlük olarak internette vakit geçirme süresi ile zorlama alt boyutu arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan günlük olarak internette daha çok vakit geçirenlerin zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’nı daha çok yaptıkları görülmüştür.

İnternette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre ile CSS-12 aşırılık alt boyutu, sıkıntı alt boyutu, güven arayışı alt boyutu ve toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve orta derecede ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan internetten sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan ‘arama sonucu stres’ e daha çok maruz kaldıkları, aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı ve güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yaptıkları ortaya çıkmıştır. İnternette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre ile zorlama alt boyutu arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan internetten sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’nı daha çok yaptıkları görülmüştür.

Katılımcıların yaşları ile SAÖ gövde alt boyutu ve toplam ölçek puanları arasında pozitif, çok zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşları arttıkça gövde boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’nın ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu durum bize katılımcının yaşının arttıkça kendi sağlığı için daha çok endişelendiği, semptomlar ve hastalıklar hakkında daha duyarlı olabileceğini göstermektedir. Katılımcıların yaşları ile SAÖ ek alt alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların mevcut bir hastalığı olursa bu

hastalığın olumsuz sonuçlarından etkilenme durumunun kişinin yaşından bağımsız olduğu görülmüştür.

Bakım alan hastanın yaşı ile SAÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcının sağlık anksiyetesi düzeyinin, gövde boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının ve ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının bakım alan hastanın yaşından etkilenmediği görülmüştür.

Bakım alan hastanın yanına gelinen gün sayısı, bakım alan hastaya ayrılan günlük süre ile SAÖ alt boyut puanları ve toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin, gövde boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının ve ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının bakım alan hastaya ayrılan günlük süre ve bakım alan hastanın yanına gelinen gün sayısından etkilenmediği görülmüştür. Bakım zorluğu ile SAÖ ek alt boyutu puanları ve toplam ölçek puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan hastasının bakım zorluğu daha yüksek olanların sağlık anksiyetesi düzeyinin ve ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgular ışığında bakım konusunda zorluk yaşayan katılımcıların, kronik hastalıklardan daha çok etkilenebileceği ve hastalıklar hakkında olumsuz düşünmeye daha yatkın oldukları görülmüştür. Bakım zorluğu ile SAÖ gövde alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların gövde alt boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının yaşadıkları bakım zorluğundan etkilenmediği sonucu ortaya çıkmıştır. Bakımla ilgilenilen toplam süre ile SAÖ ek alt boyutu puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan bakımla ilgilendikleri toplam süresi daha fazla olanların ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum da bize hastanın bakımıyla daha uzun süre ilgilenmenin katılımcının olabilecek kronik hastalıklar durumunda daha çok etkilenebileceği ve daha olumsuz düşünebileceğini göstermektedir. Bakımla ilgilenilen toplam süre ile SAÖ gövde alt boyutu puanları ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin ve gövde boyutu ile ilgili

olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının bakımla ilgilenilen toplam süre faktöründen etkilenmediği görülmüştür.

Gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi ile SAÖ ek alt alt boyutu puanları arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gün içerisinde kendine daha çok vakit ayıranların ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının daha az olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Gün içerisinde kendine vakit ayırma süresi ile SAÖ gövde alt boyutu puanları ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin ve gövde boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının gün içerisinde kendine vakit ayırma sürelerinden etkilenmediği görülmüştür.

Günlük olarak internette vakit geçirme süresi ile SAÖ ek alt boyutu puanları arasında negatif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan günlük olarak internette vakit geçirme süresi daha fazla olanların SAÖ ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının daha az olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Günlük olarak internette vakit geçirme süresi ile SAÖ gövde alt boyutu puanları ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin ve gövde boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının günlük olarak internette vakit geçirme sürelerinden etkilenmediği görülmüştür.

İnternette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre ile SAÖ gövde alt boyutu puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan internette sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların gövde boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. İnternette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre ile SAÖ toplam puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan internette sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların sağlık anksiyetesi düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür. İnternette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan süre ile SAÖ ek alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların SAÖ ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının internette sağlık araştırmalarına günlük ayrılan sürelerden etkilenmediği görülmüştür.

Katılımcıların siberkondri düzeyleri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların siberkondri düzeyleri arttıkça sağlık anksiyetesi düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Sağlık Yönetimi bölümlerinde yer alan üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde yine pozitif yönde karşılıklı bir ilişkinin olduğu analiz edilmiştir (6). Benzer şekilde akademisyenlerin siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada sağlık anksiyeteleri ile siberkondri düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (10).

Katılımcıların CSS-12 aşırılık alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı daha çok yapanların siberkondri düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 aşırılık alt boyutundan aldıkları puanlar ile sıkıntı ve güven arayışı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı daha çok yapanların sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan ‘arama sonucu stres’ e daha çok maruz kaldıkları ve güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yaptıkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların aşırılık alt boyutundan aldıkları puanlar ile zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı daha sık yapanların zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’ nı daha çok yaptıkları görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 aşırılık alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam SAÖ puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı daha sık yapanların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 aşırılık alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ gövde alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan aşırılık alt boyutu ile ilgili olan ‘artan tekrarlayan aramalar’ı daha sık yapanların gövde alt boyutu ile ilgili olan ‘bedensel

belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı' durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 aşırılık alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ ek alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan aşırılık alt boyutu ile ilgili olan 'artan tekrarlayan aramalar'ı daha sık yapanların ek alt boyutu ile ilgili olan 'hastalığın olumsuz sonuçları'ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 sıkıntı alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan 'arama sonucu stres' e daha çok maruz kalanların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 sıkıntı alt boyutundan aldıkları puanlar ile güven arayışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan 'arama sonucu stres' e daha çok maruz kalanların güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan 'bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar'ı daha çok yaptıkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların CSS-12 sıkıntı alt boyutundan aldıkları puanlar ile zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan 'arama sonucu stres' e daha çok maruz kalanların zorlama alt boyutu ile ilgili olan 'çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları'nı daha çok yaptıkları görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 sıkıntı alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam SAÖ puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan 'arama sonucu stres' e daha çok maruz kalanların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 sıkıntı alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ gövde alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan 'arama sonucu stres' e daha çok maruz kalanların gövde alt boyutu ile ilgili olan 'bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı' durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 sıkıntı alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ ek alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan sıkıntı alt boyutu ile ilgili olan 'arama sonucu stres' e daha çok maruz kalanların ek alt boyutu ile ilgili

olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 güven arayışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yapanların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 güven arayışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yapanların zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları’ını daha çok yaptıkları görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 güven arayışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam SAÖ puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yapanların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 güven arayışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ gövde alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yapanların gövde alt boyutu ile ilgili olan ‘bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı’ durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 güven arayışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ ek alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan güven arayışı alt boyutu ile ilgili olan ‘bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar’ı daha çok yapanların ek alt boyutu ile ilgili olan ‘hastalığın olumsuz sonuçları’ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam CSS-12 puanları arasında pozitif, anlamlı ve orta derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan zorlama alt boyutu ile ilgili olan ‘çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer

alanlarına müdahale eden web aramaları'nı daha çok yapanların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların CSS-12 zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam SAÖ puanları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan zorlama alt boyutu ile ilgili olan 'çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları'nı daha çok yapanların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ gövde alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan zorlama alt boyutu ile ilgili olan 'çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları'nı daha çok yapanların gövde alt boyutu ile ilgili olan 'bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı' durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların CSS-12 zorlama alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ ek alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan zorlama alt boyutu ile ilgili olan 'çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer alanlarına müdahale eden web aramaları'nı daha çok yapanların ek alt boyutu ile ilgili olan 'hastalığın olumsuz sonuçları'ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların SAÖ gövde alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam SAÖ puanları arasında pozitif, anlamlı ve çok yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan SAÖ gövde alt boyutu ile ilgili olan 'bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı' durumları daha yüksek olanların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların SAÖ gövde alt boyutundan aldıkları puanlar ile SAÖ ek alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif, anlamlı ve orta derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan gövde alt boyutu ile ilgili olan 'bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı' durumları daha yüksek olanların ek alt boyutu ile ilgili olan 'hastalığın olumsuz sonuçları'ndan etkilenme durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların SAÖ ek alt boyutundan aldıkları puanlar ile toplam SAÖ puanları arasında pozitif, anlamlı ve yüksek derecede bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcılardan ek alt boyutu ile ilgili olan 'hastalığın olumsuz sonuçları'ndan etkilenme durumları daha yüksek düzeyde olanların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı hastanın 240 hasta yakını ile Evde Sağlık Hastalarının Yakınlarında Siberkondri Düzeyi ve Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişkiyi saptamak amacıyla yapılan çalışmamızda elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Katılımcıların siberkondri ciddiyeti ölçeği puanları hesaplandığında ölçekten alınan maksimum puan 52, minimum puan 12, ortalama puan $22,36 \pm 11,63$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların siberkondri düzeyi düşük olarak değerlendirilmiştir.
2. Katılımcıların sağlık anksiyetesi ölçeği puanları hesaplandığında ölçekten alınan maksimum puan 49, minimum puan 1, ortalama puan $17,69 \pm 11,54$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri düşük olarak değerlendirilmiştir.
3. Kadınların, bekarların, bakım verdikleri hastalardan üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların siberkondri düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
4. Katılımcıların eğitim durumu, bakım alan hastanın medeni durumu, bakım alan hasta ile yakınlık durumu, bakıcı desteği alma durumu, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanma durumu ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.
5. Kronik hastalığı olanların ve psikiyatrik ilaç kullananların sağlık anksiyetesi düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
6. Katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, bakım alan hastanın eğitim durumu, bakım alan hastanın medeni durumu, bakım alan hasta ile yakınlık durumu, bakıcı desteği alma durumu ile sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

7. Katılımcılardan genç ve orta yaş grubunda olanların daha ileri yaş grubundakilere göre siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
8. Bakım alan hastanın yaşı, bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı, bakım alan hastaya günlük ayrılan süre, bakımla ilgilenilen toplam süre ve bakım zorluğu ile katılımcıların siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.
9. Katılımcılardan gün içinde kendine daha çok vakit ayıranların, günlük olarak internette daha fazla vakit geçirenlerin ve günlük olarak internetten yapılan sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların diğerlerine göre siberkondri düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
10. Katılımcılardan ileri yaş grubunda olanların sağlık anksiyetesi düzeyinin genç ve orta yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
11. Katılımcılardan hastalarının bakım zorluğu derecesi daha yüksek olanların sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
12. Bakım alan hastanın yaşı, bakım alan hastanın yanına geline gün sayısı, bakım alan hastaya günlük ayrılan süre, bakımla ilgilenilen toplam süre ile katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.
13. Günlük olarak internetten yapılan sağlık araştırmalarına daha çok vakit ayıranların diğerlerine göre sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
14. Günlük olarak kendine vakit ayırma süresi ve günlük olarak internette vakit geçirme süresi ile sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.
15. Katılımcıların siberkondri düzeyleri arttıkça sağlık anksiyetesi düzeylerinin de arttığı görülmüştür.

Öneriler:

1. Siberkondri düzeyi daha yüksek bulunan kadınların ve bekarların bu sonucun ortaya çıkmasındaki sebepler araştırılıp, kişiler internetten sağlık bilgisi araştırma konusunda bilgilendirilmelidir. Evde sağlık hastalarının yakınları ve tüm toplum için bu konuda gerekli eğitimler düzenlenmelidir.
2. Kronik hastalığı olan, psikiyatrik ilaç kullanan ve ileri yaş grubunda olan katılımcılarda sağlık anksiyetesi düzeyi daha yüksek bulunmuş olup bu gruplarda mevcut kronik hastalıkları hakkında yeterli bilgilendirme yapılması, endişelerinin giderilmesi ve psikolojik destek sağlanmasında öncü çalışmalar ve girişimler başlatılmalıdır.
3. Siberkondri düzeyinin genç ve orta yaş grubunda daha yüksek olduğu göz önüne alındığında, teknoloji ve dijital mecralara ulaşımın daha kolay ve daha yüksek seviyede olduğu bu yaşlarda siberkondri ve diğer siber patolojilerin önüne geçilmesi ve toplumun bu konuda bilinçlendirmesi için projeler düzenlenmelidir.
4. Evde sağlık hastalarının yakınları mevcut bakım yükleri arttıkça daha çok sağlık anksiyetesi yaşamaktadırlar. Bu gruptaki bireylere mevcut bakım yüklerini azaltacak ekonomik ve psikososyal desteğin sağlanması adına var olan hizmetlerin yeniden değerlendirilmesi ve bu alandaki çalışmaların artırılması gerekmektedir.
5. Bireyler gün içerisinde kendilerine ayırdıkları vakit ve internette gezinme süresi arttıkça daha çok sağlık bilgisi arama davranışı göstermektedir. Bu durumu önlemek adına kişilerin evden de yürütebileceği sosyal faaliyetlerin ve iş imkanlarının oluşturulması düşünülebilir.
6. Bireylerin internetten sağlık araştırmasını daha çok yapanların daha fazla sağlık anksiyetesi yaşadığı göz önüne alındığında, kişilerin e-sağlık okuryazarlığını arttırmak adına eğitimler düzenlenebilir. E-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri ile ilgili daha fazla akademik çalışmaya ihtiyaç vardır.

7. Siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ve bu kavramları etkileyen faktörleri daha iyi anlamak ve bu konuda güvenilirliği arttırmak adına bu tarz akademik çalışmaların hem farklı örneklem gruplarında hem de farklı popölasyonlarda yapılması gerekmektedir.



KAYNAKLAR

1. Demirhan H, Eke E. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı Açısından Dijitalleşmenin Etkileri: Siberkondri Hastalığı Üzerine Bir İnceleme.
2. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, Cyberbullying, Cybersuicide, Cybersex: "New" Psychopathologies For The 21st Century? World Psychiatry. 2015;14(1):97.
3. Tarhan N, Tutgun-Ünal A, Ekinci Y. Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. OPUS International Journal Of Society Researches 2021;17(37):4253-97.
4. Turan H. İnternet Bağımlılığı Ve Siberkondri. Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;1(1):21-7.
5. Özdelikara A, Alkan Sa, Mumcu N. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14(3):275-82.
6. Doğan S, Füsün A, Doğan Tgb. İnternet Bağımlılığı Ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondria Davranışları Üzerine Etkisi. Erciyes Akademi 2021;35(1):281-98.
7. Kilit Dö, Erdal E. Bireylerin Sağlık Bilgisi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2019;22(2):401-36.
8. Starcevic V, Berle Djeron. Cyberchondria: Towards A Better Understanding Of Excessive Health-Related Internet Use. 2013;13(2):205-13.
9. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: Studies Of The Escalation Of Medical Concerns In Web Search. ACM Transactions On Information Systems 2009;27(4):1-37.
10. Özyildiz Kh, Alkan A. Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri İle Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2022;13(33):309-24.
11. Sabandüzen H, Kavaklı Ö. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Siberkondri Düzeylerinin Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Bandırma Onyed Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi 2022;4(3):190-200.
12. Lim C, Jayah K, Soon L. Parental Stress And Its Influencing Factors In The Neonatal Intensive Care Unit. International Journal Of Public Health Clinical Sciences. 2017;4(2):55-65.
13. Bati AH, Mandiracioglu A, Govsa F, Çam O. Health Anxiety And Cyberchondria Among Ege University Health Science Students. Nurse Education Today 2018;71:169-73.
14. Loos A. Cyberchondria: Too Much Information For The Health Anxious Patient? Journal Of Consumer Health On The Internet 2013;17(4):439-45.

15. Ivanova E. Internet Addiction And Cyberchondria-Their Relationship With Well-Being. *The Journal Of Education, Culture, Society* 2013;4(1):57-70.
16. Uzun SU. Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi Ve Etkileyen Etmenler. 2016.
17. Muse K, Mcmanus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG. Cyberchondriasis: Fact Or Fiction? A Preliminary Examination Of The Relationship Between Health Anxiety And Searching For Health Information On The Internet. *Journal Of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):189-96.
18. Lewis T. Seeking Health Information On The Internet: Lifestyle Choice Or Bad Attack Of Cyberchondria? *Media, Culture Society* 2006;28(4):521-39.
19. Elciyar K, TAŞÇI D. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi* 2017;2(4):57-70.
20. Öztürk K. E-Sağlık Okuryazarlığının Siberkondriye Etkisinde Güven İletişiminin Aracı Rolü= The Mediating Role Of Trust Communication In The Effect Of E-Health Literacy On Cyberchondria. 2020.
21. Mcmanus F, Leung C, Muse K, Williams JMG. Understanding 'Cyberchondria': An Interpretive Phenomenological Analysis Of The Purpose, Methods And Impact Of Seeking Health Information Online For Those With Health Anxiety. *The Cognitive Behaviour Therapist* 2014;7:E21.
22. Kosic A, Lindholm P, Järholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Three Decades Of Increase In Health Anxiety: Systematic Review And Meta-Analysis Of Birth Cohort Changes In University Student Samples From 1985 To 2017. *Journal Of Anxiety Disorders*. 2020;71:102208.
23. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BAJP. Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior. 2016;57(4):390-400.
24. Norr AM, Albanese BJ, Oglesby ME, Allan NP, Schmidt NB. Anxiety Sensitivity And Intolerance Of Uncertainty As Potential Risk Factors For Cyberchondria. *Journal Of Affective Disorders* 2015;174:64-9.
25. Karaçadır V, Çelik R. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi* 2019;7(16):225-38.
26. Baumgartner SE, Hartmann TJC, Behavior,, Networking S. The Role Of Health Anxiety In Online Health Information Search. 2011;14(10):613-8.
27. Altındış S, İnci Mb, Aslan Fg, Altındış M. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(2):359-70.
28. Nugier A, Limousi F, Lydié N. Vaccine Criticism: Presence And Arguments On French-Speaking Websites. *Médecine Et Maladies Infectieuses*. 2018;48(1):37-43.

29. Kata A. Anti-Vaccine Activists, Web 2.0, And The Postmodern Paradigm—An Overview Of Tactics And Tropes Used Online By The Anti-Vaccination Movement. *Vaccine* 2012;30(25):3778-89.
30. Hocaoglu Ç. Farklı Bir Hipokondriyazis: Bir Vaka Sunumu. 2015.
31. Hakiki Y, Coşkun C, Ediboğlu GO, NAMLI Z. Bedensel (Somatik) Belirti Bozukluklarına Geçmişten Günümüze Genel Bir Bakış. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*. 2021;1(2):50-60.
32. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AE, Wong SK, Andrews G. DSM-5 Illness Anxiety Disorder And Somatic Symptom Disorder: Comorbidity, Correlates, And Overlap With DSM-IV Hypochondriasis. *Journal Of Psychosomatic Research* 2017;101:31-7.
33. Yüksel N. Somatik Belirti Ve İlişkili Bozukluklar. In: Yüksel N, Editor. *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; 2020. P. 433-55.
34. Ünal B, Coşar B. Somatik Belirti Bozukluğu Ve İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. 2021;1:1-5.
35. Noyes R, Stuart S, Watson DB, Langbehn DR. Distinguishing Between Hypochondriasis And Somatization Disorder: A Review Of The Existing Literature. *Psychotherapy Psychosomatics* 2006;75(5):270-81.
36. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health Anxiety In Australia: Prevalence, Comorbidity, Disability And Service Use. *The British Journal Of Psychiatry* 2013;202(1):56-61.
37. Deale A. Psychopathology And Treatment Of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*. 2007;6(6):240-6.
38. Kıray Ülke S. Tıp Eğitiminin Öğrencilerin Sağlığına Ve Sağlık Davranışlarına Etkisinin Araştırılması. 2016.
39. Alioğulları A. Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş Ve Cinsiyete Göre İncelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
40. Rachman S. Health Anxiety Disorders: A Cognitive Construal. *Behaviour Research Therapy*. 2012;50(7-8):502-12.
41. Yıldırım EA. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. 2022:45.
42. Ilıcak A. Hastalık Kaygısı Bozukluğu İle Panik Bozukluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2020.
43. Abramowitz JS, Braddock A. *Hypochondriasis And Health Anxiety*: Hogrefe Publishing Gmbh; 2010.
44. Güzel Eç. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2018;10(5):15-9.

45. Altuntaş M, Yilmazer T, Güçlü Y, Öngel K. Evde Sağlık Hizmeti Ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2010;20:153-8.
46. Kiran İ, Güçlü A. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi. 2022(13):107-14.
47. Tekin Ç. Evde Hasta Bakım Hizmetleri Alanındaki Gelişmeler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2018;32(2):115-7.
48. Cimete Güler, Ayşe Y. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Evde Bakımda Hemşirelerin Yeri. I Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. M.Ü. İstanbul: Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi; 1998.
49. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005 [05.10.2023]. Available From: <https://Khgmstokyonetimdb.Saglik.Gov.Tr/TR-43734/Evde-Bakim-Hizmetleri-Sunumu-Hakkinda-Yonetmelik-10032005-Tarihli-Ve-25751-Sayili-Resmi-Gazete.Html>.
50. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 2005 [11.10.2023]. Available From: <https://Dosyasb.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/266,Yonetmelikyenipdf.Pdf?0& Tag1=A674901ee99563029baf0736013856a60d9ef329>.
51. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge 2010 [11.10.2023]. Available From: <https://Khgmstokyonetimdb.Saglik.Gov.Tr/TR,43828/Saglik-Bakanliginca-Sunulan-Evde-Saglik-Hizmetlerinin-Usul-Ve-Esaslari-Hakkinda-Yonerge-01022010.Html>.
52. Yeter Du. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. Karınca. 2022 Ağustos, 2022:30-4.
53. Aslan Ş, Seda U, Güzel Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar Ve Yönetim Dergisi 2018(1):45-56.
54. Çayır Y. Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz? Dicle Tıp Dergisi. 2013;40(2):340-4.
55. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik 2023 [22.07.2023]. Available From: <https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2023/06/20230602-1.Htm>.
56. Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri. Ankara Medical Journal. 2019;19(2):232-43.
57. Sherwood PR, Given CW, Given BA, Von Eye A. Caregiver Burden And Depressive Symptoms: Analysis Of Common Outcomes In Caregivers Of Elderly Patients. Journal Of Aging Health. 2005;17(2):125-47.
58. Yaşar EK. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek Lisans Tezi, İzmir,(Danışman: Prof. Dr. AB Temel); 2009.
59. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.

60. Mcelroy E, Kearney M, Touhey J, Evans J, Cooke Y, Shevlin M. The CSS-12: Development And Validation Of A Short-Form Version Of The Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology, Behavior And Social Networking*. 2019;22(5):330-5.
61. Söyler S, Biçer İ, Çavmak D. Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması. 302. Davranışsal Boyutları İle Sağlık Nobel Akademik Yayıncılık Ankara. 2021.
62. Selvi Y, Turan S, Sayin A, Boysan M, Kandeğer A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity And Reliability Study Of The Turkish Version. *Sleep And Hypnosis - International Journal*. 2018;20:241-6.
63. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: Development And Validation Of Scales For The Measurement Of Health Anxiety And Hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 2002;32(5):843-53.
64. Aydemir Ö, Kirpınar I, Sati T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013;50(4).
65. Çömlekçi MF, Bozkanat E. İnfodemide Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme Ve Teyit Davranışları. %J *İstanbul University Journal Of Sociology* 2021;41(1):103-25.
66. Gül İ, Demir S, Coşkun İ. E-Sağlık Okuryazarlığı Ve Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama Davranışı Üzerine Bir Araştırma. 2022.
67. Teken MT. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Siberkondri Ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2023.
68. Foroughi A, Taheri AA, Khanjani S, Mohammadpour M, Amiri S, Parvizifard Aa, Et Al. Psychometric Properties Of Iranian Version Of The Cyberchondria Severity Scale (Short-Form Of CSS). 2022;26(2):131-45.
69. Akkuzu H. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Zekâ Ve Sosyal Sorun Çözme Becerisinin Somatizasyon Ve Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.
70. Çavuşoğlu E, Yurtsever S. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Algıları Ve Sağlık Anksiyeteleri Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*. 2022;14(1).
71. Tamer F, Güçlü A. Bireylerde Sağlık Algısının Sağlık Anksiyetesine Etkisinin İncelenmesi. *Eurasian Academy Of Sciences Social Sciences Journal* 2022.
72. Mansur F, Cığerci K. Siberkondri Ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022;11(1):11-21.
73. Tuna Dc, Marakoğlu K, Körez Mk. Üniversite Öğrencilerinin Siberkondri Ve Anksiyete Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2023;27(2):36-44.

74. Kulu M, Özsoy F. Sağlık Çalışanları Dışı Toplumsal Örneklemde COVID-19 Anksiyete Ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri. Kocaeli Tıp Dergisi 2021;10(Supp: 1):112-7.
75. Deniz S. Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı Ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. İnsan Ve İnsan. 2020;7(24):84-96.
76. İbrahim Ö, Kiliç T, Özlü Zk. Acil Servise Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesinin Belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2021;31(3):281-9.
77. Çevik S, Çıtlık Sarıtaş S. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlık Anksiyetesinin Uyku Kalitesine Etkisi. Turk J Cardiovasc Nurs 2020;11(24):16-22.
78. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi İle Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Dergisi. 2018;23(1).
79. Kabakaş K. Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Ölüm Korkusu, Kansere Yakalanma Korkusu Ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
80. Aktürk Oğulluk Z. Sosyodemografik Özellikler İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. 2019.

EKLER

Ek-1: DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere hazırlanan bu formda çeşitli sorular bulunmaktadır. Soruları doğru ve samimi bir şekilde cevaplamanız rica olunur. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1.Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

2.Yaşınız:.....

3.Bakım Alan Hastanın Yaşı:.....

4.Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul

5.Bakım Alan Hastanın Medeni Hali:

1. Evli 2. Bekar 3. Dul

6.Mesleğiniz:.....

7.Eğitim Durumunuz:

1. okuma-yazma bilmiyor

2. ilkokul

3. lise

4. üniversite ve üstü

8.Bakım Alan Kişinin Eğitim Durumu:

1. okuma-yazma bilmiyor

2. ilkokul

3. lise

4. üniversite ve üstü

9.Bakım Alan Hasta ile Yakınlık

Durumunuz?

1. kızı-oğlu 2. anne-baba 3. kardeş

4. gelin-damat 5. torun-yeğen 6. diğer

10.Bakım alan kişinin yanına haftada kaç gün geliyorsunuz?

.....

11.Bakım alan hastaya günlük kaç saat zaman ayırıyorsunuz?

.....

12.Hastanızın bakım zorluğunu 1 en düşük,10 en yüksek olacak şekilde derecelendirseniz kaç verirsiniz?

.....

13.Ne kadar süredir hastanın bakımıyla ilgileniyorsunuz?

.....

14.Bakıcı desteği alıyor musunuz veya sizden başka hastanın bakımını üstlenen var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

15.Gün içerisinde ne kadar süre kendinize vakit ayırırsınız?

.....

16.Kronik hastalığınız var mı?

1. Evet

2. Hayır

17. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır 3. Belirtmek istemiyorum

18.Günlük olarak internette vakit geçirme süreniz ne kadar?

.....

19.Günlük olarak internette sağlık konularına ayırdığınız süreniz ne kadar?

.....

Ek-2: ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: ERZİNCAN İLİ EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN YAKINLARININ SİBERKONDRI DÜZEYİ VE SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr.Öğr.Üyesi Ersan Gürsoy
Diğer Araştırmacıların Adı: Arş.Gör.Dr. Merve Özçınar
Destekleyici (varsa):

“ERZİNCAN İLİ EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN YAKINLARININ SİBERKONDRI DÜZEYİ VE SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Dr.Ersan Gürsoy sorumluluğu altındadır.

1. Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Siberkondri Düzeyini belirlemek, etkili faktörleri saptamak ve Sağlık Anksiyetesi arasındaki ilişkiyi saptamak çalışmamızın amaçları arasındadır.
- Çalışmaya 240 kişi alınması planlanmıştır.

2. Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

3. Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Çalışmamızda anket formları kullanılacaktır.
- Yaklaşık 15 dk sürecektir.

4. Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmamız herhangi bir risk içermemektedir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Daha önce Evde Bakım hizmeti alan hastaların yakınlarında benzer bir çalışma yapılmamış olup, bu grupta yapılacak çalışmalara öncülük etmesi açısından çalışmamızın toplum adına yararlı olacağı düşünülmüştür.

5. Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

6. Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

7. Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Merve ÖZÇİNAR
GÖREVİ : Doktor
TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

EBYU Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr.Merve Özçınar tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Merve Özçınar’ı, ‘Ebyu Aile Hekimliği Anabilim Dalı’ adresinden ulaşabileceğimi ve arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: Dr.Merve ÖZÇİNAR

Adres: EBYU Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek 3: SİBERKONDRI CİDDİYETİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (CSS-12)

SİBERKONDRI CİDDİYETİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (CSS-12)	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1-Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum hissedersen, bu durumu internette araştırırım.	1	2	3	4	5
2-Hastalık belirtilerini/vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internette yaptığım diğer faaliyetleri engeller.	1	2	3	4	5
3- Aynı hastalık belirtileri ile ilgili farklı internet sitelerini okurum.	1	2	3	4	5
4-İnternette hastalık belirtilerimin nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta da görüldüğünü okursam paniğe kapılırım.	1	2	3	4	5
5-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam aile hekimime başvurmama neden olur.	1	2	3	4	5
6-Aynı hastalık belirtilerini internette birden fazla defa araştırırım.	1	2	3	4	5
7-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam işim/okulumla ilgili diğer faaliyetlerimi engeller.	1	2	3	4	5
8-İnternette durumumla ilgili kötü bir şey görmediğim sürece kendimi iyi hissedirim.	1	2	3	4	5
9-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırdıktan sonra daha endişeli hissedirim.	1	2	3	4	5
10-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internet dışında gerçekleştirdiğim sosyal aktivitelerimi engeller.	1	2	3	4	5
11-İnternette gördüğüm/okuduğum bazı tetkikleri bana yapması için, aile hekimine veya başka bir hekime talepte bulunurum.	1	2	3	4	5
12-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam farklı uzmanlıktan hekimlere başvurmama neden olur.	1	2	3	4	5

Ek-4: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

- (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.

(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.

(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.

(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
- (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim.

(b) Yaşıtlarıma kadar ağrı/acı hissederim.

(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim.

(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
- (a) Genellikle vücudumdaki duygum yada değişikliklerin farkında değilimdir.

(b) Bazen vücudumdaki duygum yada değişikliklerin farkında olurum.

(c) Çoğunlukla vücudumdaki duygum yada değişikliklerin farkındayım.

(d) Sürekli vücudumdaki duygum yada değişikliklerin farkındayım.
- (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.

(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.

(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.

(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
- (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.

(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.

(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.

(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştırmaz.
- (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlanm.

(b) Başlangıçta rahatlanm ama bazen yeniden endişelenirim.

(c) Başlangıçta rahatlanm ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
- (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığım ile yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığım ile normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

Ek-5: ETİK KURUL ONAY FORMU

EBYU Tarih ve Sayısı: 05.04.2023-253109

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI	““Erzincan İli Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Yakınlarının Siberkondri Düzeyi ve Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişki””
---------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	EBYU Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	EBYU Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Etik Kurul Sekreteryası Merkez/ ERZİNCAN
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Ersan GÜRSOY			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği ABD			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Merve ÖZÇİNAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mengücek Gazi EAH Evde Sağlık Hizmetleri Birimi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Uzmanlık Tezi			
	ÇALIŞMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.03.2023	2	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	30.03.2023	2	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	Araştırmadaki masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.			
	SİGORTA	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: ~~Doç. Dr.~~ Dr. Ertuğrul ERHAN
İmza:

1

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI	““Erzincan İli Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Yakınlarının Siberkondri Düzeyi ve Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişki””
---------------------	---

KARAR BİLGİLERİ	Klinik Araştırma Toplantı No: 07 Karar No: 2023- 07/5	Tarih: 30.03.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerin oy çokluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

EBYU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN	Kulak Burun Boğaz	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Bahadır YETER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sara SALCAN	Halk Sağlığı	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Didem ONK	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Remad MAMADOV	Tıbbi Farmakoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sonay AYDIN	Radyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sevil YILDIZ	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Betül KALKAN YILMAZ	Kadın Hastalıkları ve Doğum	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Ferihte DANIŞMAN KALINDEMİRTAŞ	Fizyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Serhat HAYME	Biyotansinik	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Abdussamed Yaşin DEMİR	Nanobiyoteknoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Özlem ÇELİK AYDIN	Tıbbi Farmakoloji	EBYU Mengücek Gazi EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Yasemin TOSYALI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Eczacı Tuğba KAYA	Eczacılık	Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Mühendis Utku KUYRUKLUYILDIZ	Orman Endüstri Mühendisliği	Erzincan Belediyesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN
İmza:

2

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.