

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SİBERKONDRI
DAVRANIŞININ BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE SAĞLIK
ANKSİYETESİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

HAZIRLAYAN
ŞEYMA AYAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ÇİĞDEM BASKICI

ANKARA-2025

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 30/12/2024

Öğrencinin Adı, Soyadı: Şeyma AYAN

Öğrencinin Numarası: 22210011

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Programı: Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Çiğdem BASKICI

Tez Başlığı: Üniversite Öğrencilerinde Siberkondri Davranışının Bilinçli Farkındalık ve Sağlık Anksiyetesi ile Ele Alınması: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 80 sayfalık kısmına ilişkin, 30 / 12/2024 tarihinde tez danışmanım tarafından turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %11'dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih:30 / 12/ 2024

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Doç. Dr. Çiğdem BASKICI

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca her zaman her konuda bana yol gösterici olan ve arkamda duran tez danışmanım ve kıymetli öğretmenim Doç. Dr. Çiğdem BASKICI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Lisans eğitimimden itibaren her zaman desteğini hissettiğim kıymetli hocam Prof.Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI'na, sundukları geri bildirimlerle bana yol gösteren sevgili hocalarım Prof. Dr. Fikriye YILMAZ ve Dr. Deniz GÜNGÖR'e

Yüksek lisansa beraber başladığım sınıf arkadaşından daha öte olan Serap ÖZKAN'a ve Bersun ERKAN'a

Beni koşulsuz sevgi ve fedakârlıkla yetiştiren annem ve babama, kardeşlerime,

Her zaman yanımda olan ve destek sağlayan eşime,

En önemlisi de anne olmanın, zor olsa dahi akademide engel olmayacağını gösteren, bana bir şeyleri başarmam için iki büyük sebep veren ikizlerim Arın Mete ve Yiğit Alp yavrularıma sonsuz bir teşekkürü borç bilirim.

ÖZET

Şeyma AYAN, Üniversite Öğrencilerinde Siberkondri Davranışının Bilinçli Farkındalık ve Sağlık Anksiyetesi ile Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı, 2025

Günümüzde internetin yaygınlaşması, kişilerin sağlık bilgisi arama davranışlarını artırmış, bu durum zamanla sağlık anksiyetesi ve siberkondri gibi olumsuz sonuçları tetiklemiştir. Sağlık anksiyetesinin kişilerin yaşam kalitesini düşürdüğü, sağlık hizmeti kullanım oranlarını ve maliyetlerini artırdığı bilinmektedir. Ayrıca bilinçli farkındalık, kişilerin sağlık anksiyetesi üzerindeki olumsuz etkileri azaltmada önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasındaki ilişkiyi tespit ederek bu ilişkide bilinçli farkındalığın aracılık rolünün olup olmadığını incelemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma, Türkiye’de bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören 1321 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama amacıyla “Siberkondri Şiddet Ölçeği Kısa Formu”, “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” ve “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” kullanılmıştır. Bu araştırmada nicel yöntemlerden ilişkisel tarama deseni kullanılmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Araştırmada bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesini ve siberkondriyi negatif yönde ve anlamlı olarak; sağlık anksiyetesinin siberkondriyi pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın en önemli ve özgün sonucu ise bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolünün tespit edilmiş olmasıdır. Bu çalışmanın önemi, sağlık anksiyetesini ve siberkondriyi yönetmede bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin etkili bir araç olabileceğini göstermesidir. Bulgular hem bireysel hem de toplumsal sağlık maliyetlerinin azaltılmasına yönelik politikaların geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, dijital çağda sağlıklı bilgi arama davranışlarının teşvik edilmesine dair farkındalık yaratmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Bilinçli Farkındalık, Sağlık Anksiyetesi, Siberkondri, Vakıf Üniversitesi

ABSTRACT

Şeyma AYAN, Evaluation of Cyberchondria Behavior in University Students with Mindful Awareness and Health Anxiety, Başkent University, Institute of Social Sciences, Master's of Healthcare Management with Thesis, 2025

Today, the widespread use of the internet has increased people's behavior in seeking health information, and over time, this has triggered negative outcomes such as health anxiety and cyberchondria. It is known that health anxiety reduces people's quality of life and increases the rates and costs of healthcare services. In addition, conscious awareness is seen as an important factor in reducing the negative effects of people's health anxiety. In this context, the aim of the research is to determine the relationship between health anxiety and cyberchondria in university students and to examine whether conscious awareness has a mediating role in this relationship. For this purpose, the research was conducted on 1321 students studying at a foundation university in Turkey. In the research, “Cyberchondria Severity Scale Short Form”, “Health Anxiety Scale” and “Conscious Awareness Scale” were used for data collection. In this research, relational screening design, one of the quantitative methods, was used. IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program was used for data analysis. In the research, conscious awareness negatively and significantly affected health anxiety and cyberchondria; It was concluded that health anxiety positively and significantly affects cyberchondria. The most important and original result of the study is that the mediating role of health anxiety in the relationship between mindfulness and cyberchondria was determined. The importance of this study is that it shows that mindfulness-based interventions can be an effective tool in managing health anxiety and cyberchondria. The findings may contribute to the development of policies to reduce both individual and social health costs. In addition, it raises awareness about encouraging healthy information-seeking behaviors in the digital age.

Key Words: Anxiety, Cyberchondria, Health Anxiety, Mindful Awareness, Foundation University

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ	1
1. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Anksiyete.....	3
1.1.1. Anksiyeteyi etkileyen etmenler	3
1.1.1.1. Yaş	4
1.1.1.2. Cinsiyet.....	4
1.1.1.3. Sosyoekonomik düzey	4
1.1.1.4. Biyolojik etmenler	4
1.1.1.5. Psikolojik etmenler.....	4
1.1.2. Sağlık anksiyetesi.....	5
1.1.3. Sağlık anksiyetesinin etiyojisi.....	7
1.1.3.1. Biyolojik ve genetik etmenler	7
1.1.3.2. Hastalık ve ölümle ilgili tecrübeler	8
1.1.3.3. Cinsel ve fiziksel istismar.....	8
1.1.3.4. Ebeveyn ve çocuk ilişkisi	8
1.1.4. Sağlık anksiyetesinin belirtileri.....	9
1.1.5. Sağlık anksiyetesinde modeller	9
1.1.5.1. Bilişsel model	10
1.1.5.2. Kişilerarası model	10
1.2. Siberkondri.....	11
1.2.1. Sağlık arama davranışı.....	11
1.2.2. Sağlık arama davranışı modelleri.....	12
1.2.2.1. Sağlık inanç modeli	13
1.2.2.2. Planlanmış davranış teorisi	15
1.2.2.3. Transteoritik model	17
1.2.3. Siberkondri.....	19
1.2.4. Siberkondriyi önleme yöntemleri.....	22
1.3. Bilinçli Farkındalık	22
1.3.1. Bilinçli farkındalığın işlevi.....	25
1.3.2. Bilinçli farkındalığın kuramsal temeli.....	26
1.3.2.1. Bilişsel-davranışçı terapi	26

1.3.2.2.	Gestalt terapi	26
1.3.2.3.	Psikodinamik psikoterapi.....	27
1.3.2.4.	İnsancıl psikoterapi.....	27
1.3.2.5.	Varoluşçu psikoterapi.....	27
1.3.3.	Bilinçli farkındalıkta temel tutumlar.....	28
1.3.3.1.	Yargılayıcı olmama	28
1.3.3.2.	Sabır	28
1.3.3.3.	Acemi zihin	29
1.3.3.4.	Güven	29
1.3.3.5.	Hırs içinde olmamak.....	29
1.3.3.6.	Kabul etmek.....	29
1.3.3.7.	Oluruna bırakmak	29
1.3.4.	Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler.....	30
1.3.4.1.	Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (MBSR).....	31
1.3.4.2.	Farkındalık temelli bilişsel terapi (MBCT)	31
1.3.4.3.	Kabul ve kararlılık terapisi (ACT).....	32
1.3.4.4.	Diyalektik davranış terapisi (DBT)	32
1.3.4.5.	Merhamet odaklı terapiler	33
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	34
2.1.	Araştırmanın Amacı ve Önemi	34
2.2.	Araştırmanın Soruları	35
2.3.	Araştırmanın Modeli	36
2.4.	Hipotezler.....	36
2.4.1.	Bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki.....	36
2.4.2.	Bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişki	37
2.4.3.	Sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişki.....	37
2.4.4.	Bilinçli farkındalık, sağlık anksiyetesi ve siberkondri ilişkisi	38
2.4.5.	Bilinçli farkındalık düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi	38
2.4.6.	Sağlık anksiyetesi düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi	39
2.4.7.	Siberkondri düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi..	39
2.5.	Araştırmanın Sınırlılıkları	40
2.6.	Araştırmanın Etik Beyanı	40
2.7.	Araştırmanın Yöntemi.....	41
2.8.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	41
2.9.	Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	42
2.9.1.	Çevrimiçi sağlık bilgisi arama (Siberkondri) ölçeği kısa formu (CSS12)	43

2.9.2. Bilinçli farkındalık ölçeği (BİFÖ)	43
2.9.3. Sağlık anksiyetesi ölçeği kısa formu (SAÖ)	44
2.10. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri	44
2.11. Verilerin Değerlendirilmesi	45
3. BULGULAR	47
3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Yapısının İncelenmesi.....	47
3.2. Normal Dağılıma İlişkin Bulgular	49
3.3. Pearson Korelasyon Analizlerinin Sonuçları.....	50
3.4. Regresyon Analizleri	51
3.4.1. Bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi	52
3.4.2. Bilinçli farkındalığın siberkondri üzerindeki etkisi.....	52
3.4.3. Sağlık anksiyetesinin siberkondri üzerindeki etkisi	52
3.4.4. Bilinçli farkındalık siberkondri ilişkisinde sağlık anksiyetesinin aracılık etkisi.....	53
3.5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..	54
3.6. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları	64
4. TARTIŞMA	65
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR.....	76

EKLER

EK-1: Demografik Sorular

EK-2: Siberkondri şiddeti ölçeği

EK-3: Bilinçli farkındalık ölçeği

EK-4: Sağlık anksiyetesi ölçeği

EK-5: Etik kurul onayı

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Araştırmanın evreni ve örneklemei	42
Tablo 2.2. Araştırma örneklemei ve toplanan anket sayısı	43
Tablo 2.3. Ölçeklerin iç tutarlılık sonuçları	45
Tablo 3.1. Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri	47
Tablo 3.2. Katılımcıların siberkondri, bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi ölçeklerine ait puan ortalamaları	49
Tablo 3.3. Ölçek maddelerinin çarpıklık ve basıklık değerleri.....	50
Tablo 3.4. Korelasyon katsayısının değerlendirilmesi.....	51
Tablo 3.5. Ölçekler arasındaki ilişkiler	51
Tablo 3.6. Bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi basit regresyon analizi	52
Tablo 3.7. Bilinçli farkındalık ve siberkondri basit regresyon analizi.....	52
Tablo 3.8. Sağlık anksiyetesi ve siberkondri basit regresyon analizi	53
Tablo 3.9. Sağlık anksiyetesi aracılık etkisi analiz sonuçları	53
Tablo 3.10. Cinsiyet alt gruplarına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırma (bağımsız örneklemler t-testi)	54
Tablo 3.11. Kronik rahatsızlığa sahip olup-olmama durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırma (bağımsız örneklemler t-testi).....	55
Tablo 3.12. İnternete güvenip-güvenmeme durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması (bağımsız örneklemler t-testi)	56
Tablo 3.13. Sağlık eğitimi alıp-almama durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırma (bağımsız örneklemler t-testi)	56
Tablo 3.14. Siberkondri kavramını bilip-bilmeme durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (bağımsız örneklemler t-testi).....	57
Tablo 3.15. Sosyodemografik özelliklere göre siberkondri puan ortalamalarının karşılaştırılması (tek yönlü ANOVA testi)	59
Tablo 3.16. Demografik özelliklere göre bilinçli farkındalık puan ortalamalarının karşılaştırılması (tek yönlü ANOVA testi).....	61
Tablo 3.17. Demografik özelliklere göre sağlık anksiyetesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (tek yönlü ANOVA testi).....	63
Tablo 3.18. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1.1. Sağlık İnanç Modeli	14
Şekil 1.2. Planlanmış Davranış Teorisi Modeli	16
Şekil 1.3. Transteoretik model.....	18
Şekil 2.1. Araştırma modeli	36

GİRİŞ

Son zamanlarda sosyal ve kültürel değişimlerin yanı sıra teknolojiye de çok büyük ilerlemeler kaydedilmiştir (Kalmaz ve Temel, 2024). Özellikle tıp ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler toplumdan bireye herkesi etkilemiştir. Bu etki dâhilinde kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili bakış açıları değişmiş, farkındalık düzeyleri artmıştır. Özellikle gelişen teknolojiye paralel olarak sağlık arama ve sağlık bilgisi arama davranışlarında artış olmuştur (Sezgin, 2014).

Teknolojideki büyük ilerlemelerin en önemli kolu internettir. TÜİK 2024 verilerine göre internet kullanım oranı %88,8'e ulaşmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Hızla artan internet kullanımının sebebi çoğunlukla günlük hayatta sosyalleşme aracı olarak kullanılması olsa da kişiler artık karşılaştıkları soruların cevapları için önce internete başvurumaktadırlar. Sağlık durumları ile ilgili (ruhsal sıkıntı durumlarında, fiziksel bütünlüğün bozulması durumlarında veya sağlıklarının risk altında olması durumlarında vb.) bilgiye internet aracılığıyla ulaşmanın daha kolay hale gelmesiyle hastaneye gitme, aile üyesine sorma gibi geleneksel yöntemlerden vazgeçilmeye başlanmıştır (Uzun, 2016). Sağlıkta bilgi asimetrisinin fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda, kişiler sağlıklarıyla ilgili kendilerinde eksik olan bilgiye ulaşmak için daha fazla sağlık bilgisi arama davranışına yönelmektedirler. Bu arama ve bilgi edinme süreçlerinin en önemli çıktularından biri de *siberkondri*dir. Siberkondri; sağlık bilgilerini sürekli ve tekrarlı bir biçimde arama şeklidir. Normal bir davranış biçimi olmayan bu durum kişide buhran ve anksiyeteyi tetiklemektedir (McMullan vd., 2019). Siberkondrinin bir rahatsızlık olmasının yanı sıra sağlık sistemine de etkileri oldukça önemlidir. Siberkondri, sağlık hizmeti taleplerini artırmakla beraber (Suziedelyte, 2012), sağlık kuruluşlarına başvuru ortalamalarını da artırarak yeni maliyetlere neden olmaktadır (Dwyer ve Liu 2013).

Sağlık anksiyetesi, son zamanlarda araştırmacıların ilgisini çeken bir kavram haline gelmiştir (Dai vd., 2019). Sağlık anksiyetesi, kişilerin bedensel veya ruhsal değişiklikler sonucunda kötü bir sağlık sorununun ortaya çıkacağına inanmasıyla meydana gelmektedir (Asmundson vd., 2012). Sağlık anksiyetesi olan kişilerin yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmektedir (Bleichhardt ve Hiller, 2007). Yüksek sağlık anksiyetesi sadece bireyi değil toplumun büyük bir kısmını da sağlık kaynaklarının

sürdürülebilirliği, sosyal-ekonomik koşullar açısından olumsuz yönde etkilemektedir (Asmundson vd., 2010). Son yıllarda yapılan çalışmalar sağlık anksiyetesini azaltmada bilinçli farkındalığın önemli bir rolü olduğunu göstermiştir (Roemer ve Orsillo, 2012). Bu çalışmalar, sağlık anksiyetesi belirtileri üzerinde bilinçli farkındalık temelli teknikleri içeren uygulamaları önemli bir bileşen olarak ele alınmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde, bilinçli farkındalık düzeyinin anksiyete düzeyi üzerinde oldukça güçlü etkileri olduğunu göstermektedir (Hofman vd., 2010). Bilinçli farkındalık ise “bir kişinin içinde yaşanan zaman diliminde ortaya çıkan olay ve durumları yargılamadan, bunlara kabullenici bir biçimde odaklanması” olarak ifade edilmektedir (Kısmet, 2019).

Türkiye’de internet kullanımının bu kadar yaygın olmasına rağmen internetin insan sağlığı üzerinde muhtemel etkileri hakkında yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. İnternet kullanımına paralel olarak artan sağlık bilgisi arama ve sağlık hizmetlerinin kullanımı da giderek artacaktır (Powell vd., 2013). Bu nedenle internet kullanımının potansiyel sonucu olarak siberkondri; karşılıklı olarak etkileşimde bulunduğu sağlık anksiyetesi ve bu iki olumsuz durumun kontrolünde bilinçli farkındalığın rolü iyi anlaşılmalıdır.

Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasındaki ilişkiyi tespit ederek bu ilişkide bilinçli farkındalığın aracılık rolünün olup olmadığını incelemektir. Bu doğrultuda, araştırma, Türkiye’de bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören 1321 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın önemi, sağlık anksiyetesini ve siberkondriyi yönetmede bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin etkili bir araç olabileceğini göstermesidir. Bulgular hem bireysel hem de toplumsal sağlık maliyetlerinin azaltılmasına yönelik uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, dijital çağda sağlıklı bilgi arama davranışlarının teşvik edilmesine dair farkındalık yaratmaktadır.

1. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde araştırmaya dair değişkenlere ve bu değişkenlere ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeveye yer verilmektedir. Sağlık anksiyetesi, siberkondri ve bilinçli farkındalık kavramları sırasıyla ele alınmış ve detaylı bir şekilde incelenmiştir.

1.1. Anksiyete

İngilizcede *anxiety*, *grief*, *care* kelimelerinin karşılığı olan kaygı kavramı yerine tıpta yaygın olarak “anksiyete” terimi kullanılmaktadır (Şahin, 2009). Anksiyete, “bilinç dışı çatışmaya bağlı olan ve nesnesi kişice tanınmayan içsel tehlikeye karşı gösterilen bir tepkidir” (Öztürk, 1981). Ayrıca ruhsal rahatsızlıklar arasında en yaygın türlerden bir tanesidir (Chellappa ve Aeschbach, 2021). Anksiyete kişilerin günlük yaşamında karşılaştığı bir durumu ya da nesneyi olduğundan daha çok tehlikeli görmesi ve gereğinden fazla endişelenmesi şeklinde de tanımlanmaktadır (Kafes,2021). Anksiyete problemi yaşayan kişilere eşlik eden rahatsızlıklar çoğunlukla panik bozukluk ve depresyondur. Nüfusun git gide arttığı toplumlarda anksiyete gibi rahatsızlıkları tespit etme olanağı zorlaşır hale gelmiştir (Piffer vd., 2021).

1.1.1. Anksiyeteyi etkileyen etmenler

Anksiyete birçok faktörden etkilenmektedir. Anksiyeteyi etkileyen faktörler izleyen şekilde sunulmuştur.

1.1.1.1. Yaş

Anksiyete hayatın her döneminde etkili olabilmektedir. Kişi dünyaya geldiği ilk andan itibaren anneye bağlanma, anneden ayrılma veya sevgiyi yitirme gibi durumlarla ilişkili anksiyete geliştirebilmektedir. Çocukluk döneminde derslerde başarısız olma, sosyal çevrede kabul görememe; ergenlikte ise beden algısı, karşı cins tarafından beğenilmeme kişilerde anksiyeteye neden olabilmektedir. İlerleyen yaşlarda ise ölüm kaygısı, sağlık kaygısı, bir yere ait olamama, maddi yetersizlikler anksiyetenin çatısı altında yer almaktadır (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2000).

1.1.1.1. Cinsiyet

Cinsiyet üzerinden yapılan anksiyete çalışmalarında cinsiyetin anksiyeteye etkisinin toplum tarafından biçimlendirildiği görülmektedir. Örneğin çoğu toplumda kız çocukları günlük işlerde dışarıya bağımlı ve daha korkak yetiştirildikleri için anksiyete düzeyleri daha fazla olabilmektedir (Özyürek ve Demiray, 2012).

1.1.1.2. Sosyoekonomik düzey

İnsanların yaşantılarına devam edebilmelerindeki en önemli unsurlardan biri maddi olanaklardır. Maddi olanakların yetersiz kalması halinde kişilerin hayata karşı tatmin düzeyi azalacak anksiyete düzeyi artacaktır (Özyürek ve Demiray, 2012). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzey, kişilere tedirginlik, gerginlik ve sınırlılık hali olarak yansıyor hem kendi hem de aile bireyleri üzerinde etki yaratacaktır (Özyürek ve Demiray, 2012).

1.1.1.3. Biyolojik etmenler

Biyolojik etmenler; “otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin artması ve buna bağlı olarak bedensel belirtilerin ortaya çıkması” olarak tanımlanmaktadır (Özen, 2021). Biyolojik etmenler kişilerin anksiyeteye olan kalıtsal yatkınlık derecesini artırabilir; kişi dış etmenlere maruziyette daha hızlı anksiyete gösterebilir.

1.1.1.4. Psikolojik etmenler

Psikolojik etmenler farklı varsayımlar ile açıklanmaktadır. Bu varsayımlar izleyen şekilde sunulmuştur.

Psikoanalitik Varsayım, anksiyetenin gerçekte bir iç çatışma ürünü olduğu temeline dayanmaktadır. Çatışma benlik ve alt-üst benlik arasında oluşabilmektedir. Alt benlikten gelen haz isteği ile doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benliğin bu çatışmayı engellemesi sorunu çözebilir ama çözememesi durumunda ise bunu tehlike olarak algılaması anksiyete olarak ortaya çıkar (Alper, 2001).

Davranışçı Varsayım, anksiyetenin öğrenilmiş bir süreç olduğunu öne sürmektedir. Öğrenilen aile davranışları ya da sosyal öğrenme kişi için model oluşturabilmektedir. Bu varsayıma göre “koşullu uyarıların koşulsuz tepkilere neden olduğu” düşünülmektedir. (Alper, 2001).

Bilişsel Varsayımda anksiyetenin nedeni olayların aslına değil kişi tarafından olayların nasıl algılandığı ve yorumladığına bağlıdır. Olayların çarpıtılmış zihin örüntüleri ile algılanması ile anksiyetenin oluştuğu varsayımına dayanmaktadır (Alper, 2001).

1.1.2. Sağlık anksiyetesi

Günümüzde çok yaygın bir şekilde görülmeye başlanan sağlık anksiyetesi, kişilerin sağlıklarını etkili bir biçimde yönetmelerini engellemektedir (Tyrrer, 2018). Sağlık anksiyetesinin yoğun bir biçimde hissedilmesi ve sağlık anksiyetesinin kontrol edilmesinin güçlüğü önemli bir problem haline gelmiştir. Sağlık anksiyetesini yoğun olarak hisseden kişiler “bedenlerinde ortaya çıkan duyular, beden normal işlevleri ve genel olarak bir hastalık durumunun işareti olabilecek bedensel değişiklikler üzerine yoğun meşguliyet ve endişe geliştirmektedirler” (Asmundson vd., 2010). Bunun sonucunda kişilerin bedenlerinde hissettikleri bu değişimleri, ciddi bir hastalığın ve bedenlerinde anormal giden bir durumun göstergesi olarak değerlendirmeleri sonucunda sağlık anksiyetesinin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Asmundson ve Fergus, 2019).

Sağlık anksiyetesi kavramı ilk defa 1986 yılında Salkovskis ve Warwick tarafından kişinin mevcut ve/veya gelecekteki sağlığıyla ilgili aşırı kaygı duyması olarak ifade edilmiştir (Salkovskis ve Warwick, 1986). Birçok alanda kullanılan S-O-R çerçevesi temelinde Yang ve arkadaşları da sağlık anksiyetesini açıklamıştır. Buna göre sağlık anksiyetesi uyaran, organizma ve tepkiden oluşan S-O-R (stimulus-organism- response) modeliyle izleyen şekilde açıklamışlardır. “Üst bilişsel algı” anksiyete tarafından uyarılmaktadır. Anksiyete; öğrenilmiş acı ve kaygıların kişiye fiziksel ve ruhsal olarak verebileceği zarara yönelik inançtan oluşmaktadır. “Korkutucu yanlış anlama” semptomların sayısı ve şiddeti ile uyarılmaktadır. Bu “üst bilişsel algı” ve “korkutucu yanlış anlama” organizma paternini oluşturmakta, buna verilen bedensel ve ruhsal tepki ise sağlık anksiyetesi olarak adlandırılmaktadır (Yang vd., 2012).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM) sağlık anksiyetesi kavramını içermediği görülmektedir. Sağlıkla ilgili olarak patolojik boyutta ilgilenme hali ise DSM-4’te hipokondriyazis olarak yer almaktadır (Asmundson vd., 2010). Hipokondriyazis, fizyolojik belirtilerin önemi hakkında kontrol altına alınamayan anksiyetenin sürekli olarak kontrol altına alma isteği ile tıbbi araştırma yapmaya sebep olan rahatsız edici bir durumdur. Kişinin, meydana gelen belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı

olarak ciddi ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olabileceği korkusunu yaşamasıdır. Hipokondriyazis rahatsızlığı, “beden belirtilerinin gerçekçi olmayan bir biçimde veya hatalı yorumlanmasına bağlı olarak kişinin ciddi bir hastalığı olduğu ya da olacağı biçiminde yoğun zihinsel uğraşlar ile karakterize psikiyatrik bir bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (Özmen, 1999). DSM-5 itibariyle hipokondriyazis terim kılavuzdan çıkarılarak yerine yeni teşhis isimleri getirilmiştir. Daha önceden hipokondriyazis tanısı konan hastalar bu kılavuzda iki ayrı grupta “fiziksel semptom bozukluğu” ve “hastalık anksiyetesi bozukluğu” olarak sınıflandırılmaktadır. Önemli fiziksel semptomlarla ilgili olarak sağlıkları hakkında kaygıları olan kişilere "fiziksel semptom bozukluğu"; fiziksel semptomları olmayan sağlık durumlarıyla ilgili kaygıları olan kişilere ise "hastalık anksiyetesi bozukluğu" teşhisi konmaktadır. Şiddetli sağlık anksiyetesi olanlara, DSM-5'te yer alan "fiziksel semptom bozukluğu" ya da "hastalık anksiyetesi bozukluğu" teşhisi konması daha olası görülmektedir (APA, 2014).

DSM-5'e göre hastalık anksiyetesi bozukluğunun semptomları (APA, 2014):

- “Kişi ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durur.
- Kişide bir hastalık belirtisi yoktur ya da çok hafif belirti vardır. Ailesinde bir hastalık öyküsü bulunuyorsa ya da hastalık riski varsa bunu sürekli ve aşırı düzeyde düşünür.
- Kişi sağlığıyla ilgili kolaylıkla korkuya kapılır ve yüksek düzeyde bir kaygı duyar.
- Başka bir rahatsızlık durumu varsa ya da hastalık çıkma olasılığı yüksekse (örneğin ailede bir hastalık öyküsü varsa) bu konuda sürekli düşünüp durmak aşırı bir düzeydedir.
- Kişi hastalık belirtilerine karşı vücudunu sürekli araştırır ve doktor ya da hastaneye gitmekten de kaçınır.
- Hastalıkla ilgili düşünüp durma; bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.
- Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır ancak korkulan özgül hastalık bu süre zarfında değişebilir.”

Sağlık anksiyetesi yaşamın herhangi bir döneminde uzun veya kısa süreli, şiddeti az ya da çok olabilen çok boyutlu bir durumdur (Taylor ve Asmundson, 2004). Buna göre sağlık anksiyetesini şiddeti bakımından iki uçlu olarak düşünüldüğünde geçici bir durum olabileceği gibi psikopatolojik de olabilir (Asmundson vd., 2010).

Sağlık anksiyetesi; hipokondriazis, kaygı bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, siberkondri gibi kavramlarla aynı olarak algılanmamalıdır. Sağlık anksiyetesi ve diğerleri arasında bedensel belirtilerin yorumlanma biçimi, uyum bozucu düşünce örüntüleri ve bu düşüncelerin oluşturduğu sıkıntıyı azaltmak için bazı başa çıkma davranışlarının sergilenmesi gibi örtüşmeler görülebilmektedir. Örtüşmelerin olmasına karşın, sağlık anksiyetesinin özellikle de şiddetli biçiminin temel odak noktasının sağlıklı ilgili korkular olması, sağlık anksiyetesini diğer bozukluklarından ayırmaktadır (Deacon ve Abramowitz, 2008; Hedman vd., 2017; Warwick ve Salkovskis, 1990). Örneğin siberkondri sağlık anksiyetesine göre daha çok bilgi toplama üzerine odaklanır ve davranışsal tepki ise daha azdır (Elciyar ve Taşçı, 2017, s. 58).

1.1.3. Sağlık anksiyetesinin etiolojisi

Sağlık anksiyetesinin ölçümünde kişinin endişe durumu, sağlığı ile ilgilenme durumu, hastalığa yakalanma endişesi ve ölüm korkusu gibi duygu durumları değerlendirilmiştir (Lucock ve Morley 1996). Heinen ve arkadaşları (2021) tarafından gözlem ve anket yolu ile yapılan çalışmada yüksek sağlık anksiyetesine sahip olan kişilerde stres, endişe, yalnız kalma gibi belirtiler olduğu bulunmuştur. Kellner ve arkadaşları (1992) tarafından yapılmış olan çalışma sonucunda da sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerde hastalık fobisi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık anksiyete düzeyi yüksek kişiler, aşırı uca yakın hastalık tepkisi, düşük yaşam kalitesi, kaygı hassasiyeti, sağlıklı ilişkisi olmayan inançlar gibi çeşitli etmenlerden etkilenmektedir (Yılmaz ve Dirik, 2020). Ayrıca literatürün de desteklediği gibi kişilerin sağlık hakkındaki bilgi seviyesi sağlık anksiyetesini etkileyen önemli unsurlar arasında sayılmaktadır (Özdelikara vd., 2018).

1.1.3.1. Biyolojik ve genetik etmenler

Bir durum karşısında insan vücudunun gösterdiği fizyolojik tepkiler; “kalp atım hızında değişiklik, kan basıncında yükselme, aritmi sebebi ile solunum düzensizliği, iştahsızlık, mide bulantısı, terleme, ağız kuruluğu, baş dönmesi, titreme, idrar sıklığı, ses tonunda değişme ve titreme” şeklindedir. Biyolojik ve genetik etmenler fizyolojik tepkilerin ortaya çıkışını hızlandırmaktadır. Bu durum, sağlık anksiyetesinin güçlü birer tetikleyicisi olabilmektedir (Polat, 2020).

1.1.3.2. Hastalık ve ölümle ilgili tecrübeler

Yetişkinlikteki sağlık anksiyetesi, çocukluk dönemindeki şiddetli hastalıklar ya da aile üyelerinden birinin hastalığı ile ilişkili olabilmektedir (APA, 2000). Çocukluk dönemi hastalıklarından özellikle huzursuzluk ve acı verenleri, gelecekte yakalanılabilecek hastalıkla ilgili korkuları arttırabilmektedir. Sevilen bir kişinin hastalık sebebiyle vefat etmesi ya da hastalıkla ilgili ilginç deneyimler sağlık anksiyetesi ile ilişkilidir. Fakat bu deneyimlerin anksiyete gibi mental hastalıkların gelişimi için spesifik olup olmadığı da önemli rol oynamaktadır. Örneğin sevilen birinin ölümü, genel olarak herhangi bir hastalık için spesifik bulunmazken, çocukluk döneminde gözlemlenen ya da geçirilen şiddetli ve ağrılı hastalıklar sağlık anksiyetesi için spesifik olabilmektedir (Asmundson, 2004).

1.1.3.3. Cinsel ve fiziksel istismar

Barsky ve arkadaşlarının (1994) “sağlık anksiyetesi olan ve olmayan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, sağlık anksiyetesinin; “17 yaşından önce yaşanan cinsel istismar, fiziksel şiddet ve ebeveynlerle ilgili büyük bir değişiklik ile yakından ilgili olduğu bulunmuştur”. Fiziksel ve cinsel istismar gibi stres yaratan durumlar, çocuğun kendisini çaresiz, zayıf ve çoğu zaman saldırıya açık biri olduğuna inanmaya yönlendirmektedir. Bu düşünceler ise kişinin sağlık anksiyetesi geliştirmesine sebep olmaktadır (Asmundson, 2004).

1.1.3.4. Ebeveyn ve çocuk ilişkisi

Ebeveyn ve çocuk ilişkisi, sağlık anksiyetesini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Çocuğun büyürken birebir deneyim ve izlenimlerinin merkezi olan ebeveyn, öğrenme deneyimlerinin, sağlıkla ilgili inançlarının ve baş etme davranışlarının temelini oluşturmaktadır (Asmundson, 2004; Watt ve Stewart, 2000).

Başlıca ebeveyn ve çocuk etkileşim modelleri şunlardır (Asmundson, 2004; Watt ve Stewart, 2000):

- Ebeveyni model alma: Ebeveynlerin çocukları hasta olduklarında ev ve işyerine karşı olan sorumluluklarını ne şekilde gerçekleştirdiklerini, hasta olduklarında destek ya da özel bir ilgi isteyip istemediklerini gözlemlenebilir.

- Ebeveynlerin aşırı korumacılığı: Çocuklarına narin ve tehlikeye açık olduklarını öğreten ebeveynler; çocuklarına yakalanabilecekleri hastalıklara direnemeyecekleri düşüncesini empoze edebilmektedirler.
- Ebeveynsel pekiştirme: Çocukları hastalandığında oyuncaklar alan, farklı yiyecekler yediren, daha fazla özen, sempati ve bakım veren ya da okul veya günlük sorumluluklardan muaf tutan ebeveynler, bu tarz bir tutumla çocuklarında hastalık davranışını pekiştirmektedirler.

1.1.4. Sağlık anksiyetesinin belirtileri

Sağlık anksiyetesi olan kişiler herhangi bir sağlık problemleri olmasa dahi sürekli olarak tehlikeli bir hastalığı olduğunu düşünürler (Alioğulları, 2021). Dolayısıyla bu kişiler vücutlarında fiziksel ya da duyumsal olarak farklılık olduğunu düşünüp bu durumla ilgili olarak aşırı kaygı ve korkuya kapılabilmektedirler (Gül vd., 2016).

Sağlık anksiyetesi olan kişiler; nabız, kalp atışı, solunum gibi vital bulguları sürekli takip etme eğilimindedirler. Sosyal medya, televizyon gibi çeşitli mecralarda sağlık ve hastalıkla ilgili haberleri takip edip bu haberlerden oldukça etkilenebilirler. Bu durum da hastaneye daha sık başvuru yapmalarına neden olabilmektedir (Gül vd., 2016). Dış uyarıcılardan bilişsel ve fiziksel olarak etkilenen bu bireyler git gide fiziksel ve zihinsel olarak güçsüzleşme eğilimi gösterirler (Karaçadır ve Çelik, 2019).

Sağlık anksiyetesinin temel belirtisi, ciddi ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir sağlık durumuna sahip olma ya da bu ihtimalin olması endişesidir. Bu durumla ilgili kontrolcü davranışlar arttıkça sağlık anksiyetesinin derecesi de artmaktadır. Bu süreçte zararsız olan fiziksel belirtiler, yanlış olarak değerlendirme ve hastalığa yakalanma korkusu ile sağlık anksiyetesini doğurabilir (Karaçadır ve Çelik, 2019).

1.1.5. Sağlık anksiyetesinde modeller

Sağlık anksiyetesinde iki temel model üzerinde durulmaktadır. Bu modellere ilişkin detaylar izleyen şekilde sunulmuştur.

1.1.5.1. Bilişsel model

Sağlık anksiyetesi bilişsel modelinde anksiyete, sorunlara neden olan inançlar temeline dayandırılmaktadır (Beck ve Haigh, 2014). Bilişsel modelin özünde bir bilgi işleme süreci vardır ve bu süreç olumsuz önyargılardan oluşmaktadır (Beck, 2002). Sağlık anksiyetesi açısından bu model, kişinin sağlık durumu ile ilgili hislerini veya fiziksel semptomlarını (acı, kızarma, halsizlik gibi) kötü olarak ifade etmesiyle ortaya çıkmaktadır (Rachman, 2012). Bu durumda kişi sürekli olarak düşünmektedir ve normal olan sağlık durumunu da kötü olarak algılamaya başlamaktadır (Abramowitz vd., 2005). Bu düşünce temelinde ve kötü algısında kişinin bireysel özellikleri, olaylara bakış açısı, sosyal gelişim faktörleri etkili olmaktadır (Williams 2004). Negatif şekilde yorumlanan bilişsel önyargılar, kişilerin anksiyete ve endişe düzeyini artırmaktadır (Feng vd., 2022).

1.1.5.2. Kişilerarası model

Kişilerarası model, sağlık anksiyetesine aile bireylerinin davranışlarının yol açtığını savunmaktadır (Alberts ve Hadjistauropoulos, 2004). Bunlara göre, ailelerin çocuk yetiştirme şekilleri, çocuklarda travma oluşturup ilerleyen süreçlerde de zihinsel problemlere yol açmaktadır (Bailer vd., 2014).

Kişilerarası modele göre sağlık anksiyetesi dört ana temelden oluşmaktadır. Bunlar; yabancılaşma, güvence arayışı, emilim ve anksiyetedir.

- Yabancılaşma, sağlık anksiyetesinin kişilerarası yönüdür. Kanıtlara rağmen kişi kendisinin kötü olduğuna inanır ve sağlığı hakkında endişelenir.
- Güvence arayışı, sağlık anksiyetesinin davranışsal yönüdür. Güvence arayışı, kişinin algılanan sağlık anksiyetesinde toplumsal destek arama isteğini ifade etmektedir.
- Emilim, sağlık anksiyetesinin algısal boyutudur ve kişilerin bedensel duyumlara odaklanma eğilimini temsil etmektedir.
- Anksiyete ise, sağlık anksiyetesinin duygusal boyutunu temsil etmektedir. Hastalık veya sağlık hakkında aşırı endişelenme yönelimini ifade etmektedir (Anagnostopoulos ve Botse, 2016).

Çalışmalar incelendiğinde çocukluk döneminde yaşanan travmaların yetişkinlik döneminde ortaya çıkan somatizasyon ve sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu görülmektedir (Noyes vd., 2002, Spitzer vd., 2008). Yapılan çalışmalara göre cinsel istismar, fiziksel-psikolojik şiddet, ebeveynlerin kötü davranış şekilleri çocukluk çağında travmalar ortaya çıkarmaktadır (Barsky vd., 1994, Noyes vd., 2002, Spitzer vd., 2008).

Sağlık anksiyetesi kapsamındaki modeller sonucunda; sağlık anksiyetesi olan kişilerde iletişim ve güven problemi oluşabileceği sonucuna ulaşabilmektedir. Bunun sonucunda sağlık anksiyetesi ile ortaya çıkan güvensizlik duygusu, kişiyi sağlık hizmeti kullanımına itmektedir (Anagnostopoulos ve Botse, 2016). Kişi, sağlık kurumuna başvurduğu zaman var olan güvensizlik duygusu olumsuz davranışlar sergilemesine yol açmaktadır ve sağlık kurumuna başvuran bu kişiler başka insanlarla da sağlıklı bir iletişim kuramamaktadır (Noyes vd., 2003).

1.2. Siberkondri

Hızla gelişen teknoloji ile birlikte internet, toplum içinde yaygın bir sağlık bilgi kaynağı haline gelmiştir. Artan çevrimiçi sağlık bilgi tüketiminin olumsuz etkilerini açıklamak için siberkondri kavramı kullanılmaktadır (Hiçyakmazer, 2022). Bu bölümde siberkondriye ilişkin bilgiler izleyen şekilde sunulmuştur.

1.2.1. Sağlık arama davranışı

Kişilerin bir sağlık sorunu hissetmelerinden sağlık profesyoneli ile iletişime geçene kadarki zamanda çeşitli kaynaklardan bilgi toplama davranışı sağlık arama davranışı olarak adlandırılmaktadır (Özdemir ve Arpacıoğlu, 2020). Sağlık arama davranışı; kişilerin bedenlerinde herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında veya kendilerini hasta olarak hissettiklerinde gereken tedaviyi bulmak için gerçekleştirdikleri faaliyetler olarak da tanımlanmaktadır (Oberoi vd., 2016). Bir başka tanıma göre ise sağlık arama davranışı bir toplumdaki “insanların sağlık ihtiyaçları, sağlık kaynakları ile sosyoekonomik, kültürel, politik ve ulusal/uluslararası bağlamsal faktörler arasındaki etkileşim ve dengenin sonucunda ortaya çıkan olağan bir alışkanlıktır” ve tüm bu bağlamsal faktörler sağlık sistemlerinde stratejik politika oluşumu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin bilgilere dayanmalıdır (Adhikari ve Rijal,2014). Sağlık arama davranışı, kişilerin bir sağlık problemi olduğunu düşünmeleri sonucu kendilerine çare bulmak amacıyla gerçekleştirdikleri eylemlerdir. Kişiler bu eylemler sonucu kamu ya da özel bir sağlık kuruluşundan sağlık

hizmeti almayı tercih etmekle beraber alternatif tıp yöntemleri gibi çeşitli tedavi hizmetlerine yönelebilmektedirler (Köşger, 2023). Sağlık arama davranışı kişilerin kendilerine oluşturdukları sağlık arama tercihleri sonucu bir seçim doğurmaktadır. Sağlık arama davranışı kişilerin tanı, tedavi veya sağlığın geliştirilmesi noktasında nereyi tercih edeceğine ilişkin seçimlerin yanı sıra kişinin kendini kötü hissettiği durumlarda ne yapması gerektiğine dair aradığı çözümleri de içermektedir (Hayran vd., 2007). Sağlık arama davranışı kişinin kendine dair aldığı bir sorumluluktur.

Kişilerin kendi sağlığını koruyucu, önleyici, iyileştirici ve geliştirici davranışlarını etkileyen etmenler yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, kültür ve etnik kökenidir (Avcı, 2016). Etkili bir sağlık arama davranışının kazanılması, hastalık durumlarının önlenmesi, hastalığın erken teşhisi ve yönetiminin önemli bir unsurudur. Ayrıca etkili bir sağlık arama davranışı sağlık maliyetini, sakatlığı ve hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmaya yardımcı olmaktadır (Haileamlak, 2018). Ancak etkili sağlık arama davranışı, bireyler ve/veya hanehalkı davranışları, toplum normları ve beklentilerin yanı sıra hizmet sağlayıcıyla ilgili özellikler ve davranışlar tarafından bir karar verme süreci ile yönlendirildiği için kolayca elde edilememektedir (Haji vd., 2014).

1.2.2. Sağlık arama davranışı modelleri

Sağlık arama davranışına ilişkin literatürde birçok tanım yapılmıştır. Bu sebeple de sağlık arama davranışı ile ilgili tek bir model yoktur. Sağlık arama davranışı, sağlık davranışı üretmek için olumlu bir şekilde etkileşime giren, değişime açık olan mevcut koşulların bir yansımasıdır. Bu sebeple sağlık arama, sağlığın uygun yönetimi için kritik öneme sahiptir ve sağlık arama davranışını etkileyen unsurları anlamak oldukça önemlidir (Haileamlak, 2018).

Sağlık arama davranışında temel olarak üç model üzerinde durulmaktadır;

İlk model “Sağlık İnanç Modelidir”. Bu model kişilerin hastalıktan korunmak için sergilediği davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar (Olgun ve Altun, 2012). Sağlık inanç modelinde “algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan tehdit” gibi kavramlar üzerinde durulmaktadır.

İkinci olarak “Planlanmış Davranış Teorisi”, davranışa yönelik tutumu, kişisel normları ve algılanan davranış kontrolünü davranışsal niyet ve eylemlerle ilişkilendirmektedir (Montaño ve Kasprzyk, 2008).

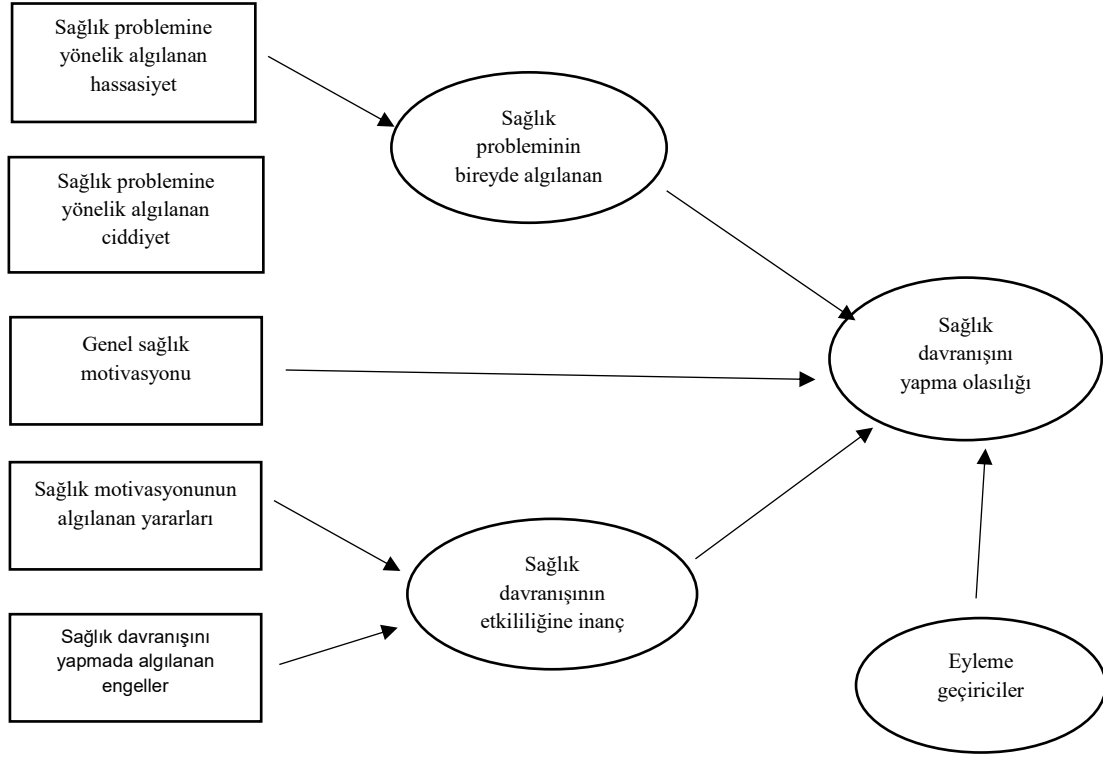
Son olarak “Transtoretik Model” davranış değişiminin bir sonuçtan ziyade süreç olduğunu vurgulamaktadır. Transtoretik model, değişimi kolaylaştırmak için kişinin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanması gerektiğini savunmaktadır (Prochaska ve Velicer 1997).

1.2.2.1. Sağlık inanç modeli

Sağlık inanç modeli, ilk olarak 1950 yılında halk sağlığı alanında hastalıkların erken teşhisi, önlenmesi ve yayılmasının engellenmesi amacıyla Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels ve Irwin Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Edberg, 2013). O dönem toplum, halk sağlığı uzmanlarının hastalık belirtisi olmadan test yaptırma isteklerini reddetmiştir. Reddedilmesi sonucunda ise sağlık inanç modeli hastalık tedavisi için değil hastalık tanımlama üzerinde oluşturulmuş, daha sonraki yıllarda ise genişletilmiştir (Kim vd., 2012). Sağlık inanç modeli temel olarak, kişilerin sağlık davranışı sergilerken davranış üzerinde etkili olan faktörlerin kişi temelli tanımlanmasıdır. Diğer bir ifade ile kişinin sağlığa ilişkin davranışlarını gerçekleştirme veya reddetme motivasyonunun açığa çıkarılmasıdır (Meriç ve Oflaz, 2010). Sağlık inanç modeline göre kişiler kendilerini bir durum ya da hastalık için potansiyel olarak gördüklerinde, olası bu durumun ciddi sonuçlar doğurabileceği ihtimaline inandıklarında, kendilerine sunulan bir eylem planının duruma karşı duyarlılığının ve faydasının daha fazla olduğuna inanma eğilimindedirler (Champion ve Skinner 2008).

Sağlık inanç modelinin orijinal hali algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan şiddet olmak üzere dört ana yapıdan oluşmaktadır. Sonrasında bu yapılar/boyutlara 1988 yılında Albert Bandura'nın Sosyal-Bilişsel Kuram boyutlarından öz etkililik diğer bir deyişle kişinin davranışlarını yürütebilmesindeki özgüveni maddesi eklenmiş, daha sonra ise Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından sağlık motivasyonu maddesi eklenerek sağlık inanç modelinin kapsamı geliştirilmiştir (Hounton vd., 2005).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda ise sağlık inanç modeli için sekiz bileşen sunulmaktadır (Rohleder. 2012). Bunlar; “algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığıdır”. Şekil 1.2’de Rohleder’in sağlık inanç modeli izleyen şekilde açıklanmıştır.



Şekil 1.1. Sağlık İnanç Modeli (Rohleder, 2012)

Bu bileşenlerin içeriğine bakıldığında;

- Hassasiyet/Duyarlılık algısı: Kişisel risk ya da hassasiyet kişilerin sağlıkla ilgili davranış sergilemesinde önemlidir. Kişinin kendini risk altında hissetmesi risk oluşturacak davranışlarını azaltacaktır (Hayden 2009). Daha önce meme kanseri öyküsü olan bir kadının kendisine önerilen zamanlarda mamografi çektirmeyi ihmal etmemesi bu duruma bir örnek olarak verilebilir (Champion ve Skinner 2008). Kişilerin sağlıklarıyla ilgili duyarlılıklarının artırılması olası riskli davranışlardan kaçınılması açısından oldukça önemlidir (Green vd., 2020).
- Ciddiyet/önemseme algısı: Bir hastalığın sonuçlarına karşı kişide oluşan ciddiyet ya da şiddete yönelik algısıdır. Özellikle kişinin sağlık bilgisi bu algı üzerinde oldukça önemli etkilere sahiptir. Hastalığın genel seyrine ilişkin bilgi sahibi olanların ve olmayanların algısı buna bağlı olarak değişim gösterecektir. Örneğin sağlıklı bir insan nezle ya da soğuk algınlığı geçirdiğinde, birkaç gün dinlenerek iyileşebilirken, astım hastası bir kişi soğuk algınlığı yaşadığında hastanede yatarak tedavi görmesi gerekebilir. İşte bu fark kişideki ciddiyet algısını etkilenmektedir (Hayden 2009).

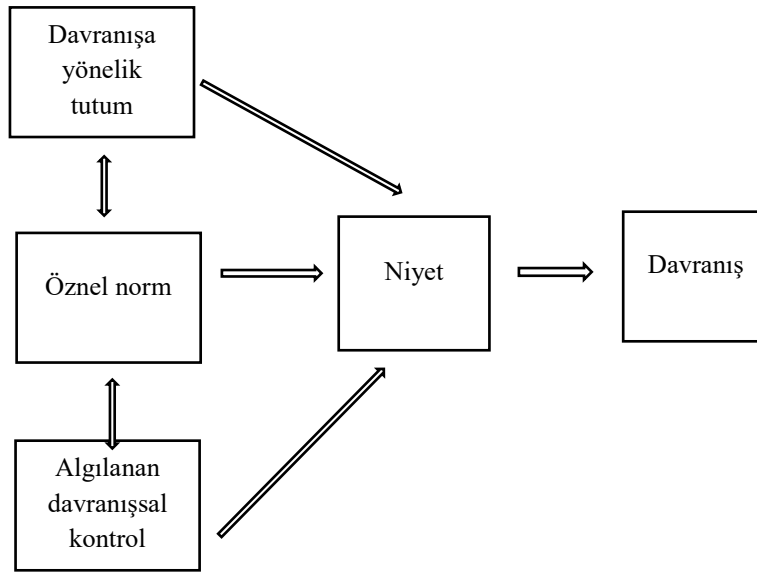
- Yarar algısı: Hastalıktan korunmak ya da hastalığın şiddetini azaltmak için kişiye önerilen koruyucu davranışın kişinin kendisinde yaratacağı yarara inanmasıdır (Hayden, 2009). Kişi hassas olduğu konularda eyleme geçtiğinde oluşacak olumlu etkileri “yarar” olarak algılayacaktır (Champion ve Skinner 2008).
- Engel algısı: Kişinin yeni davranışı sergilemede ve bu duruma uyum sağlamada kişisel olarak algıladığı engellerdir (Hayden 2009). Champion ve Skinner, birçok araştırmada algılanan engellerin davranış sergilemeyi etkileyen en önemli faktör olduğunu raporlamıştır (Champion ve Skinner 2008).
- Eyleme geçiriciler: Sağlık inanç modelinin ilk çalışmalarında kişilerin harekete geçmesinde tetikleyici sebeplerin üzerinde durulmuştur. Algılanan hassasiyet ve ciddiyet sadece potansiyel olarak kişinin sağlık arayışı içine girmesine neden olabilirken, bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar ya da medya gibi unsurlar eyleme geçmek için tetikleyici faktör olabilirler (Champion ve Skinner 2008).
- Öz etkililik: Modele 1988 yılında Albert Bandura tarafından eklenmiştir (Champion ve Skinner 2008). Öz etkililik, kişinin bir davranışı gerçekleştirebileceğine ve o davranışı gerçekleştirdiğinde başarılı olabileceğine yönelik inancıdır. Kişinin davranışı gerçekleştirebileceğine ve olumlu sonuç alacağına inanması kişiyi güçlü bir şekilde motive eder. Bu şekilde öz etkililiği düşük kişilere göre daha rahat eyleme geçer. Öz etkililik, sadece sağlık inanç modelinde değil; planlanmış davranış teorisi gibi birçok davranış teorisinin de temelinde yer almaktadır (Pálsdóttir 2008).

1.2.2.2. Planlanmış davranış teorisi

Planlanmış davranış teorisi, bireyin davranışını açıklamak ve tahmin etmek amacıyla geliştirilmiş sosyal psikoloji tabanlı davranış teorilerinden birisidir. Planlanmış davranış teorisinin öncülü olan “Mantıklı Eylem Teorisi” (The Theory of Reasoned Action) ilk olarak 1975 yılında Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiştir (Fishbein ve Ajzen 1977). Mantıklı eylem teorisine göre davranışlar kişilerin mantıksal değerlendirmelerine göre şekillenir. Bu teoriye göre davranışın belirleyicileri ise niyet, tutum ve öznel normdur. Mantıklı eylem teorisine yapılan “sadece tam kontrol altında gerçekleştirilen davranışların açıklanması durumunda kullanılabilir” şeklindeki eleştiriler sebebiyle Ajzen bu teoriyi 1985 yılında yeniden düzenleyerek planlanmış davranış teorisi olarak güncellemiştir (Ajzen 1985, 1991).

Planlanmış davranış teorisinin bileşenlerine (niyet, tutum ve norm) göre davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançlarıyla ilişkilidir. Davranışa yönelik inançlar, “davranışı gerçekleştirmenin getirdiği sonuçların olumlu ve olumsuz şekilde algılanması ile davranışa yönelik tutumların belirlenmesini sağlar”. Normatif inançlar, “davranışı gerçekleştirmenin diğer kişiler tarafından onaylanması veya onaylanmaması konusundaki bireyin kişisel bakış açısı ile öznel normun belirlenmesini sağlar”. Kontrol inançları, “davranışı gerçekleştirmenin ne kadar kolay veya zor olacağı hakkındaki bakış açısıyla algılanan davranış kontrolünün belirlenmesini sağlamaktadır” (Ajzen 1991; Conn vd., 2003).

Planlanmış davranış teorisi, kişilerin bir davranışı gerçekleştirmelerinde ilk açıklayıcısının niyet olduğunu; kişilerin niyetlerinin ise davranışa yönelik tutumlar, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklandığını ifade eder. Şekil 1.2 planlanmış davranış teorisini açıklamaktadır (Ajzen, 2006).



Şekil 1.2. Planlanmış Davranış Teorisi Modeli (Ajzen,2005)

Planlanmış davranış teorisinde niyet ve davranış; bireysel faktörler, sosyal faktörler ve bilgi ile ilgili faktörlerden etkilenmektedir. Planlanmış teori kapsamında yer alan bireysel değişkenler; genel tutumlar ve değerler, kişilik, duygu durumu ve zekâdır. Sosyal değişkenler; yaş, cinsiyet, ırk, eğitim, sosyo-ekonomik durum ve dindir. Bilgi ise geçmiş

deneyimler, sosyal destek, içinde bulunulan sosyal gruplar ve başa çıkma becerileri olarak gruplandırılabilir (Ajzen, 2005).

Planlanmış davranış teorisi, çeşitli alanlarda davranışı tahmin etmek ve açıklamak için kullanılan bir çerçevedir. Teorinin, davranış değişim girişimlerinin yönetilmesi için kullanımı da giderek artmaktadır. Sağlık davranışını ve sağlık arama davranışını tahmin ve kontrol etmede kullanılan çerçevelerdendir (Ajzen, 2005).

Planlanmış davranış teorisi çerçevesinde sağlık arama davranışı ile ilgili 2015 yılında Poartaghi ve arkadaşları tarafından kavramsal analiz temelli bir model geliştirilmiştir. Model kişilerin kendileri ile ilgili sonuçları kesinleşmeden davranışlarını nasıl şekillendirdikleri konusu üzerinde durmaktadır (Poartaghi vd., 2015). Poartaghi ve arkadaşlarının geliştirdikleri modelde öncüller, öznitelikler ve sonuçlar olarak gruplandırılmış sağlık arama davranışları mevcuttur. Bunlar birbiriyle etkileşim içerisindedirler. Öncüller, sağlık arama davranışı gerçekleşmeden önce meydana gelen olayları ifade etmektedir. Öznitelikler, sağlık arama davranışının derinliğinin açıklanması ve genişletilmesiyle ilgili özelliklerdir. Sağlık arama davranışı “sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalık riskini azaltma, gelecekte gerçekleşme ihtimali olan hastalık yükünü tahmin etme, kolaylaştırıcı sağlık durumu, erken tanı ve tedavi, gerekli hizmet ve tedavileri sağlamakla” sonuçlanmaktadır. Hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi, ölüm ve sakatlıkların azalması, hastalık yükünün azalması gibi unsurlar iyi bir sağlık arama davranışının elde edilmesine bağlıdır (Haileamlak 2018).

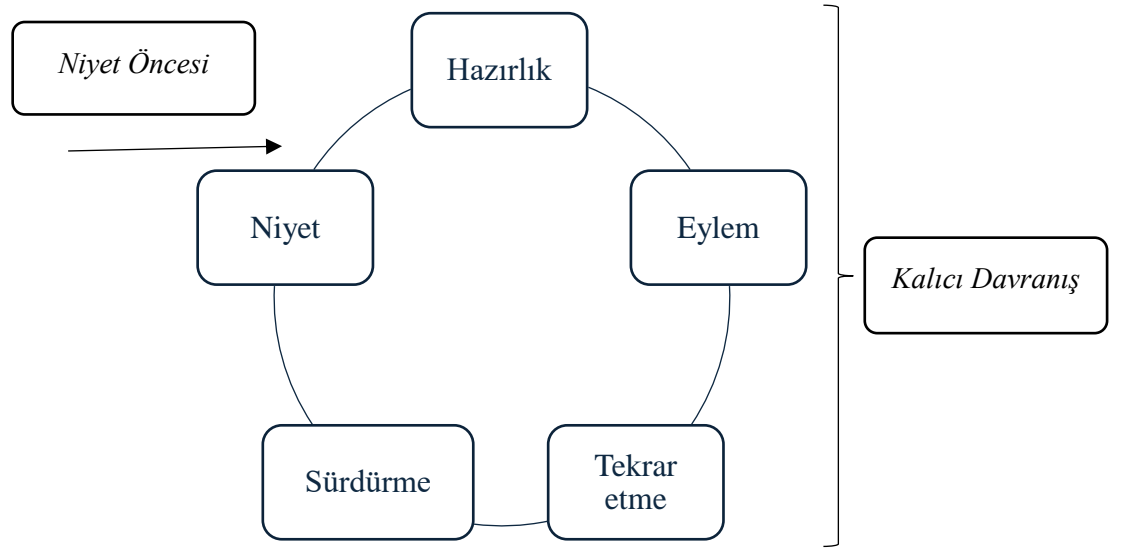
Planlanmış davranış teorisi araştırmalarının büyük bir kısmı davranışın kendisinden ziyade davranışsal niyetin tahmini üzerinde durmuştur. Subjektif norm ve algılanan davranışın kontrolünün birleşimi davranışa niyetlenmeye sebep olur. Algılanmış kontrolün artması ve subjektif normun daha güçlü olması davranışın ortaya çıkma niyetini artırır. Böylece davranış üzerinde yeterli kontrolün olması durumunda, insanların niyetlerini gerçekleştirme beklenir (Ajzen, 1991; Hayden, 2009). Fakat zaman geçtikçe davranışla niyet arasındaki ilişki çok etkileyici bulunmamaya başlanmış ve tutum ve davranışlarla ilgili araştırmalar bırakılmıştır.

1.2.2.3. Transteoritik model

Transteoretik model, James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilmiştir. Bu model davranış “değişiminin sonuçtan ziyade süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için kişinin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler

kullanması” gerektiğini savunur (Prochaska ve Velicer 1997). Geliştirilen bu model hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için toplum temelli birçok çalışmada test edilmiştir ve pek çok sağlık davranışına uygulanabilen ortak ilkelerinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu davranışlar; “sigarayı bırakma, egzersiz yapma, güneşten korunma, besinsel yağların azaltılması, prezervatif kullanımı, mamografi taramasının desteklenmesi, ilaç kullanımının yaygınlaşması, stresle başa çıkma ve madde bağımlılığını bırakma” şeklinde örneklendirilebilir (Prochaska,2008).

Transteoretik model (Şekil 1.3), davranış modelleri arasında en kapsamlılarından biridir. Bu model davranış değişimini süreç olarak ele almaktadır ve değişim sürecini evrelere bölerek ve değişimin hangi değişkenlerin gelişmesiyle ne derece ilişkili olduğunu göstermektedir. Hem araştırma hem de müdahale geliştirme açısından önemli araçlar sunmaktadır. Ayrıca kavramların ölçülmesi ile ilgili net oluşu modele çok sağlam bir temel oluşturmaktadır. Transteoretik modelde, her değişim evre hareketleriyle ilişkilendirilmiştir. Değişim evreleri; davranış değişiminin olumlu ve olumsuz yönlerinin, davranış değişimine duyulan güven, tekrar etme eğilimi ve değişim süreçleri ile öngörülebilir bir ilişkisi olduğunu göstermiştir (Hayden, 2009).



Şekil 1.3. Transteoretik Model (Hayden, 2009)

- Niyet öncesi aşama: Kişinin bir problemi olduğunu düşünmemesi.
- Niyet aşaması: Kişinin problemin farkına varması fakat tereddütlü davranması.
- Hazırlık aşaması: Eylem aşamasına adım atıp-atmama durumudur.

- Eylem aşaması: Problemin çözülmesi için harekete geçilmesidir.
- Sürdürme aşaması: Değişikliği devam ettirme.
- Tekrar etme aşaması: Problemin çözülmesinden önceki aşamaya geri dönüşür. Eğer istenilen davranış gerçekleştirilirse kalıcı davranış değişikliği olur.

1.2.3. Siberkondri

Dijital çağın getirilerinden biri de insanların sağlık bilgisi edinme şeklinin değişmiş olmasıdır. Kişilerin internet üzerinden sağlık bilgisine erişimleri ve bu bilgileri etkin olarak kullanabilmeleri üzerinde durulması gereken önemli konular haline gelmiştir. Yapılan araştırmalar interneti bilinçli olarak kullanabilen toplumların kendilerini olumsuz etkileyebilecek enformasyonlardan koruyabildiğini göstermektedir (Aktan, 2018; Olcay, 2018). Bilinçsiz olarak kullanılan internetin son dönemde birçok hastalığı beraberinde getirdiği görülmektedir. Bunlar “*Enformografi, Facebook Depresyonu, Fare-Klavye Hastalığı, FOBO, FOMO, Google Takibi, Hikikomori Fenomeni, İnternet Siniri, Blog İfşacılığı, Cheesepodding, CrackBerry, Ego Sörfü, OMO, Mys-pace Taklitçiliği, Netlessfobi, Nintendinitis, Nomofobi, Photolurking, RSI, Selfitis, Siberkondri, Stalklama, Wikipedializm, Youtube Narsizmi*” gibi hastalıklardır (Tarhan vd., 2021). Bunlar arasında ise en çok dikkatleri çeken “Siberkondri” olmuştur.

Literatürde, internette sağlık bilgisi aramanın oluşturduğu olumsuz sonuçları açıklamak için “siber” ve “hipokondriyazis” kelimelerinden türetilmiş olan “siberkondriyazis” ya da siberkondri terimi kullanılmaktadır (Starcevic ve Berle 2013; Hart ve Bjorgvinsson,2010). Siberkondri “kişinin sağlık durumu hakkında bilgi edinmek amacıyla aşırı veya tekrarlı bir şekilde internette sağlık bilgisi araması sonucunda kendisine tanı koyması ve tanıya bağlı davranış değiştirmesi” olarak tanımlanmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Siberkondrinin modern medeniyetin tehlikeli ve kontrol edilemeyen bir ürünü olduğu söylenmektedir (Starcevic ve Berle 2013). Siberkondri, kişinin sürekli ve hatta haftalarca sağlık arama davranışını tekrarlamasıyla gelişen bir durum olduğu şeklinde tanımlanmıştır (Aiken ve Kirwan, 2012; Horvitz ve White 2019; Başoğlu, 2018).

Siberkondri kavramı 2000 senesinden sonra tıp literatürüne geçmiştir. Yeni bir rahatsızlık olarak duyurulması ise 2001 senesinde yayımlanan *The Independent* dergisindeki makale ile olmuştur (Starcevic ve Berle, 2013). Türkiye’de siberkondri ile ilgili ilk çalışma

Süleyman Utku Uzun tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Yakın zamanlarda tartışılmaya başlanan bu rahatsızlıkla ilgili henüz tanı kriterleri oluşturulmamıştır ve klinik veri açısından da oldukça kısıtlıdır (Uzun, 2016).

Gerçek ya da gerçek olmayan, belirli semptomlarla ilgili internette takıntılı bir şekilde sağlık bilgisi araştırmaları yapan kişiler “siberkondriyak ya da siberkondrik” olarak tanımlanmıştır (Oxford Dictionaries, 2015). Siberkondriyakların daha çok teknoloji ve internet bağımlılığı olan öz kontrol seviyesi düşük kişiler olduğu görülmektedir (Akgül, 2020). Bu kişilerin internet aramalarına dayanarak, sağlık profesyonellerine danışmadan yaptıkları yanlış tanı ve tedavi yöntemleri birçok soruna neden olabilmektedir. Reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanımı, teşhis ve tedavinin gecikmesi gibi durumlar bu sorunlara örnek gösterilebilir (Ryan ve Wilson, 2008). Siberkondrinin kişi üzerinde yarattığı sorunlar dışında artan hekim ziyaretleri (Tanis vd., 2016), yüksek düzeyde sağlık maliyetleri (Dwyer ve Liu, 2013) ve artan sağlık hizmetleri kullanımı (Suziedelyte, 2012) gibi çeşitli sonuçları vardır. Bunun dışında aile, arkadaş ve iş yaşamında siberkondriye bağlı olarak ikili ilişkilerde bozulmalar, sağlık harcamalarıyla beraber gelen ekonomik problemler ve diğer psikolojik rahatsızlıklar da siberkondrinin olumsuz etkilerine örnek gösterilebilir (Işıkdere, 2016).

Siberkondrinin yaygınlaşması internet kullanım oranındaki artış ile doğru orantılıdır. Internet World Stats 2019 yılı dünya nüfusunun internet kullanım istatistikleri araştırmasına göre 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 sahiptir (Internet World Stats, 2020). Yine de dünyaya göre (7.716.223.209) %58,8'i (4.362.480.000) internet patladı. 2000 yılına göre 2019 yılındaki internet kullanım oranı %1.157 oranındaydı. Araştırmada nüfusa göre internet kullanım oranı belirlendi; Avrupa %87,7 oran ile en yüksek iken, Afrika %39,6 ile en düşük internet kullanımına sahip olan ülke konumundadır. We are Social ve Hootsuite'in birlikte yayınlanan “Digital 2019” raporunda; dünyada 4,38 milyar aktif internet kullanıcısı olduğu ve bu dünya çapında yaklaşık olarak %57'sini oluşturduğu belirtilmektedir (Dijilopedi, 2019). Türkiye’de ise TÜİK tarafından yapılan Türkiye’nin internet kullanımı araştırmasında “Hanelerde Bilişim Teknolojileri kullanımı” 2018 yılında evde internete erişim olanağına sahip olma oranına göre %83,3 iken, 2019 yılında bu oranın %5 artarak %88,3 olduğu belirtilmiştir” (TÜİK, 2020). Günümüzde internetin sağlık alanındaki bilgiye kolay erişim sağlamasıyla birlikte, kişilerin sağlıkla ilgili aşırı bilgi tüketimi nedeniyle artan sağlık anksiyeteleri, siberkondri kavramını daha önemli bir hale getirmiştir.

Siberkondri, “anormal davranış kalıplarını ve can sıkıcı duygusal durumları ifade etmektedir” (Starcevic ve Berle, 2015). Siberkondriyaklar her zaman sağlık durumlarıyla ilgili tekrarlayıcı merak ve dikkat içerisindedirler. Bu durum, günlük işlevleri bozan artan kaygı ve strese yol açmaktadır. Böyle durumlarda kişiler kaygı ve stresi azaltmak için internete başvurabilmektedirler (Starcevic ve Aboujaoude, 2015). Sağlıkla ilgili yapılan bu tekrarlayıcı arama davranışları ise devamında siberkondriyi getirmektedir (Deniz, 2020).

İnternette sağlıkla ilgili ara sıra ve düzenli olarak arama yapmak “güven verici tesir ve bilgilenmiş duygusuna” sebep olsa dahi tekrarlı olarak yapılan internet arama davranışı siberkondri olarak kabul edilmez. Siberkondri, kişiyi oldukça rahatsız eden duygu durumuna ve davranışlara sevk etmektedir (Starvevic ve Berle, 2013). Kişiler var olan semptomlarına teşhis koymak için yaptığı internet aramaları, kişilerin sahip olduğu olağan semptomların ciddi biçimde algılamalarına ve başka bir tehlikeli hastalıktan kaynaklandığına inanmalarına neden olabilmektedir (White ve Horvitz, 2009).

Literatürdeki bazı çalışmalarda siberkondrinin hipokondriazis ile aynı kavramlar olduğu ya da yeni çağın versiyonu olduğuna dair görüşler vardır (Starcevic ve Aboujaoude, 2015). Bu iki terim terminolojik ve kavramsal olarak bağlantılı olsa dahi hipokondriazis sağlık anksiyetesinden daha şiddetlidir (Harding vd., 2010). Hipokondriazis, “kişinin bedenle ilgili belirtilerini yanlış algılamasına dayanan, en az 6 aydır süren, ciddi bir hastalığı olduğu korkusu ya da inancını taşıması” olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). Hipokondriyak, zamanının büyük çoğunluğunu hastalık veya sağlık konuları ile uğraşarak geçiren kişidir (Yüksel, 2006). Fakat siberkondriyak ‘interneti kullanan bir hipokondriyak’ değildir (Turkiewicz,2012; Starcevic ve Berle,2013).

Siberkondria DSM sınıflaması içerisinde yer almamaktadır. Siberkondriyanın, hipokondriazis ve sağlık anksiyetesinin bir parçası kabul edilmesi nedeniyle, bu konuda kavramsal bir görüş birliği henüz oluşmamıştır (Starcevic ve Aboujaoude 2015). Tanı ölçütü yoktur. Siberkondriada değerlendirme aracı olarak en çok McElroy tarafından geliştirilen Siberkondria Şiddet Ölçeği (SSÖ) kullanılmaktadır.

1.2.4. Siberkondriyi önleme yöntemleri

Siberkondrinin tanımlanmış bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır (Erdoğan ve Hoccoğlu, 2020). Buna karşın tedavi yerine geçmese de önleme yöntemleriyle hayat kalitesi artırılabilir. Siberkondrinin tetikleyicilerinden en önemlisi sağlık anksiyetesidir (Uzun, 2016). Bu tetikleyiciyi kontrol etmek ana koruyucu faktörlerden biri olacaktır. Kontrol yöntemlerine örnek olarak bedensel etkinlikler, kişisel özelliklerinin geliştirilmesi ve çevresel stres etmenlerinin azaltılması gibi faaliyetler verilebilir (Uzun, 2016). Bunlara ek olarak; eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yükseltilmesi ile kişileri daha donanımlı hale getirip farkındalıklarını arttırdığından kişilerin sağlık anksiyetelerini daha kolay yönetmelerini sağlayarak siberkondri için koruyucu önleyici faktörler olacaktır (Türkön ve Toraman, 2021).

1.3. Bilinçli Farkındalık

Türkçe'ye bilinçli farkındalık olarak çevrilen mindfulness kavramı son dönemlerde oldukça popüler bir konu olsa da tarihi oldukça eskiye, budizme kadar dayanmaktadır. Budizm, MÖ 6. yüzyıl ortaları ile 4. yüzyıl ortalarında Hindistan'da çıkmış bir felsefedir (Kumar, 2002). Buddha'ya göre bu felsefe, deneyim farkındalığını geliştirmeye ve daha derin gerçekliğe odaklanmaya yardımcı olmaktadır. Bu sayede bir insanın acılarından kurtulmasının mümkün olacağını savunmaktadır. Yaşam deneyimlerinin sürekli değiştiğini ve kalıcı olmadığını bilmek, kişiye kendi acılarıyla başa çıkmaya yardımcı olmakla beraber kişinin benlik ve yaşam olaylarını kabul etmesini sağlamaktadır (Kumar, 2002).

Meditasyon geleneğine dayanan Budizm'in etkileri 19. yüzyıldan itibaren ABD ve diğer Batı ülkelerine ulaşmıştır. 20. yüzyılın ortalarında budizmin bir kolu sayılabilecek zen felsefesi, psikoterapistlerle beraber ABD'de yayılmaya devam etmiştir. Zen felsefesi temelinde zen meditasyonu, bilinçsiz duyguları ve düşünceleri farkındalığa getirmeye yardımcı olduğu düşünülerek uygulanmıştır. Ayrıca, Zen felsefesi burada ve şimdi, kendiliğindenlik ve kabul üzerine yaptığı vurgular sebebiyle psikoterapiye uyumlu olarak kabul edilmiştir. İçinde gelişim ve değişimin önemli bir rol oynadığı Zen felsefesi, varoluşçu ve insancıl psikoloji savunucuları tarafından benimsenmeye başlanmıştır (Kumar, 2002).

1990'lı yıllarda, bilinçli farkındalık psikoterapiye entegre edilmeye başlanmıştır. Bu dönemde bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, an be an farkındalığı ve kabulü vurgulamıştır. Öncesinde birinci dalga olarak davranışçı terapiler, ikinci dalga olarak bilişsel

davranışçı terapiler ve son olarak bilinçli farkındalık temelli uygulamalar üçüncü dalga olarak kabul edilmiştir (Kumar, 2002). Davranışçı terapi, bilişsel davranışçı terapi ve bilinçli farkındalık izleyen şekilde özetlenebilir;

Freud'un geliştirdiği psikoanalitik teori 20. yüzyılın başlarında psikolojiye egemen olmuştur. Davranışçı terapinin ilk dalgası 1950'li yıllarda mevcut psikoanalitik teoriye tepki olarak John Watson'ın deneysel psikolojisinden ortaya çıkmıştır (Hayes vd., 2004). Bu dönemde anksiyete tedavisi için edimsel koşullama ve klasik koşullama prensipleri uygulanmıştır. Watson, Wolpe ve Skinner'ın çalışmalarının hepsi problemleri davranış değiştirme için klasik ve edimsel koşullandırma ilkelerine dayalı müdahalenin tasarlandığı davranış terapilerinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır. İlk dalga davranış terapisi direkt olarak uyumsuz davranışa odaklanmıştır (Hayes vd., 2004).

1960'lı yılların sonlarında ikinci dalga olarak bilişsel davranışçı terapi, ilk dalga davranış terapisini temel alarak davranış terapilerinin kapsam ve yöntemini genişletmiştir. Sadece davranış değişikliğine odaklanan davranış terapisi yerine bilişi dikkate alan tamamlayıcı bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Akılcı duygusal davranışçı terapinin kurucusu Albert Ellis irrasyonel ve olumsuz inançlara; bilişsel terapinin kurucusu Aeron Beck, olumsuz biliş ve olumsuz duygular ve davranışlara odaklanmıştır (Murdock, 2014). Bilişsel terapi, olumsuz duygu ve davranışları kontrol altına almak için olumsuz inançları azaltmak ya da daha istenen biçimleriyle değiştirmek için bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikleri uygulamaya koymuştur (Murdock, 2014).

1990'lı yılların başlarında ise “an be an bilinçli farkındalık” ve “kabullenme” vurgusuyla üçüncü dalga ortaya çıkmıştır (Hayes vd., 2004). Üçüncü dalga terapilerinin temel odağı, uyumsuz düşünce ve duyguların içeriğini ve sıklığını değiştirmek yerine değişen, bağlam ve işlev olmuştur. Üçüncü dalga terapileri bilinçli farkındalık eğitimine odaklanan müdahaleler ve önemli bir bileşen olarak bilinçli farkındalığı içeren müdahaleler olmak üzere iki müdahale grubuna ayrılmaktadır. Bilinçli farkındalık eğitimine odaklanan müdahaleler; Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR; Kabat-Zinn, 2005) ve Bilinçli Farkındalığa Dayalı Bilişsel Terapidir (MBCT; Segal, Williams ve Teasdale, 2012). Bilinçli farkındalığı müdahalede önemli bir kavram/bileşen olarak kabul eden terapi yaklaşımları ise Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT; Hayes vd., 1999) ve Diyalektik Davranış Terapisidir (DPT; Linehan, 1993)”. Psikoterapiye genellikle birinci ve ikinci dalga terapileri hâkim olmuştur ama birçok rahatsızlık için bilinçli farkındalığın en verimli tedavi yaklaşımı

olduğu iddia edilmiştir (Hayes vd., 2004). Fakat zamanla çeşitli psikopatolojilerin tedavisi için yeni yaklaşımlar gelişmiştir.

Bilinçli farkındalık, 1990 yıllarından sonra psikoloji, tıp ve eğitim gibi çeşitli alanlarda yoğun bir şekilde kullanılmıştır. Bilimsel literatüre ise ilk olarak Kabat-Zinn tarafından kazandırılmıştır (Özyeşil vd., 2011). Bilinçli farkındalık genel olarak bir kişinin içinde bulunduğu zaman diliminde meydana gelen olay ve durumları yargılamadan kabullenerek bunlara odaklanması olarak ifade edilir ve “şu anki deneyimin farkında olmak ve bunu kabul etmek” anlamında kullanılmaktadır (Ülev, 2014). Bilinçli olma hali farkındalığı ve dikkati kapsar. Farkındalık ve dikkat standart işlevselliğin sabit özellikleriyken bilinçli farkındalık içerisinde bulunulan zamanda tecrübeler dayanan dikkat ve farkındalığı temsil etmektedir (Ülev, 2014). Farkındalık, psikolojinin ve duygusal iyileşmenin temeli olarak kabul edilir (Germer, 2019) ve kişinin davranışını etkili şekilde değiştirme becerisini ifade etmektedir. Bununla beraber kişinin benliği ile başkaları arasında kendine odaklı bir şekilde ihtiyaçlarını rahatlıkla karşılayabilen, sosyal özelliklerini pozitif yönde arttıran, iyi ilişkiler geliştiren, sistematik, zihinsel olarak ve de eğitim yoluyla öğrenilebilen bir yaşam biçimi olarak ifade edilmektedir (Vago ve Silbersweig, 2012).

Bilinçli farkındalık üç temel aşamadan oluşmaktadır. Bunlardan ilki dikkatin nasıl odaklanacağı ile ilgilidir. İkincisi niyeti fark etmekle, üçüncüsü ise deneyimsel olarak kişiye fark ettiklerini nasıl bir tutumla ele alacağını öğretmek ile ilgilidir. Tutumlar “başlangıç ruhu, sabır, akışa bırakma, anda kalabilme, şefkat, yargılarımızı fark etme ve kabuldür” olarak ifade edilmektedir (Atalay, 2019).

Bilinçli farkındalık, kişinin hayatında olan durumlara karşı daha az tepkisel olmasını sağlayan kişisel bir beceridir. Deneyimlerle taraflı, tarafsız, olumlu ya da olumsuz ilişki kurmanın sistematik bir yoludur. Bilinçli farkındalık ile çoğunlukla hissedilen acılar azalmakta ve sağlık durumunda olumlu gelişmeler meydana gelmektedir (Germer vd., 2005). Bilinçli farkındalık kavramının zıttı dikkatsizliktir. İngilizcede ise bu kavram “mindlessness” olarak ifade edilmektedir. Dikkatsizlik; yaşanan an içerisinde ne düşündüğünüzün ne hissettiğinizin ve ne yaptığının farkında olmadığımız bir hal olarak açıklanmaktadır. Dikkatsizlik;

- Çevrenizde olup bitenlere dikkat etmeden, farkına varmadan faaliyetlerde acele etmek.
- Kendinizi gelecek veya geçmişle sürekli meşgul etmek.

- Yediğinin farkında olmadan atıştırmak.
- Kendinizdeki fiziksel gerginlik veya rahatsızlık gibi duyguları fark edememek şeklinde örneklendirebilir (Brown ve Ryan, 2003).

1.3.1. Bilinçli farkındalığın işlevi

Kişilerin hayatlarında oluşan sorunlara karşı kayıtsız kalmadan, sorunlarıyla ilişki içerisinde olmasını sağlayan ve sorunları yaşamın parçası olarak kabul etmesi öz-anlayış olarak ifade edilmektedir (Ülev, 2014). Öz-anlayış üç temel bileşenlerden oluşmaktadır. Bunlar bilinçli farkındalık, ortak paydaşım ve öz şefkattir. Bilinçli farkındalık, kişi üzüntü veren bir durum ile karşılaştıklarında o kişinin sevgi, şefkat ve affedicilik gibi duygularını geliştirerek öz-anlayış düzeyini arttırmasına destek sağlamaktadır. Böylelikle kişi herhangi bir üzüntü verici durum ile karşılaştığında daha az tepki göstermektedir (Ülev, 2014).

Bilinçli farkındalık düzeyi yüksek kişiler daha sakin, mutlu ve zindedir. Durumların ve duyguların farkında olunmasıyla ve algılanmasıyla beraber zihin daha rahattır ve kişi bu sayede kendini daha rahat ifade etmektedir. Üzüntü, başarısızlık ve yetersizliklere karşı bağımsız ve hayatın olağan akışında hissetmektedir (Ülev, 2014).

Bilinçli farkındalık ile kişi geçmişe ya da geleceğe ilişkin pişmanlık, fazla düşünme, anksiyete ile zihnini çok fazla meşgul etmemektedir (Germer, 2004). Nesnel olarak kendini gözlemleyerek refleksif değil reflektif tepkiler vermektedir. Bu durum olayların tekrar tekrar düşünülmesinden ziyade bilgiyi kendi içinde araması olarak ifade edilmektedir (Ülev, 2014).

Son dönemlerde bilinçli farkındalık kavramının sıkça ele alınması bu konuya ilişkin artan eğitimleri beraberinde getirmiştir (Erzincalı ve Taş, 2023). Bilinçli farkındalık eğitimleri ile dikkatin istenilen yere yönlendirilmesi, istenilen şekilde değiştirilmesi ve dikkati devam ettirebilme becerisinin arttırılması amaçlanmaktadır. Bu eğitimler sayesinde kişi, psikolojik veya fizyolojik yönden kendisini rahatsız hissettiren durumların üstesinden gelebilmektedir (Brewer vd., 2011). Örneğin; bilinçli farkındalık uygulamaları ile madde bağımlılığı ve internet bağımlılığı gibi birçok bağımlılık türleri ile mücadele güçleştirilebilmektedir (Ryan vd., 1995). Bilinçli farkındalık yöntemi, teknoloji bağımlılığıyla mücadelede çok etkili bir stratejidir (Ampofo, 2015; Williams & Kraft, 2012). Dolayısıyla siberkondri gibi çevrimiçi sağlık arama davranışını büyük ölçüde düzenleyecek bir yöntem olarak kullanılabilir.

1.3.2. Bilinçli farkındalığın kuramsal temeli

Bilinçli farkındalık kavramının kapsamı oldukça geniştir. Davranışçılık, psikanaliz, insancıl psikoterapi, sağlık psikolojisi, pozitif psikoloji, zihin bilimi, ruhaniyet ve ahlak bilimi gibi birçok alandaki kuramlarla ortak özelliklere sahiptir (Germer, 2009). İnsan psikolojisi üzerindeki yararlı etkilerinden dolayı bilinçli farkındalığın merkezde olduğu birçok terapi yaklaşımı araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu terapi çeşitleri izleyen şekilde açıklanmaktadır.

1.3.2.1. Bilişsel-davranışçı terapi

Bilinçli farkındalık terapileri, bilişsel-davranışçı terapi tedavi yaklaşımları arasında yer almaktadır. Davranış terapisi tedavi yaklaşımları geçmişten günümüze üç dalgadan oluşmuştur. Birinci dalga cevap, uyarıcı ve netice doğuran şartlandırma üzerinde durmuştur. İkinci dalga ne şekilde hissettiğimizi değiştirmek için düşüncelerimizi değiştirme üzerinde durmuştur. Bugün ise bilişsel-davranışçı terapiler tedavi yaklaşımları üçüncü dalga kapsamındadır. Üçüncü dalga kabullenme ve farkındalık üzerine odaklanmaktadır (Brown vd., 2007).

Psikologlar güncel bir yaklaşımla farkındalık ve kabullenme esasına dayalı olarak, hastaların düşünce, davranış, olumsuz yargı kalıpları ve hislerini direkt olarak değiştirmektense hastaların kişisel deneyimle olan bağlantılarını değiştirmelerine destek olmaya çalışmaktadırlar. Terapi esnasında hastalar davranış biçimlerine ve hislerine tipik olarak nefret duygusu beslemektedirler. Terapistler, hastanın mevcut sorunla olan bağlantılarını şekillendirmektedir ve bağlantıları kabullenmesini sağlamaktadırlar (Brown vd., 2007). Örneğin, siberkondrik kişi kendinde bulunan siberkondri durumunu kabullenirse kendini daha iyi hissedebilmektedir. Bu kabulleniş ile çevrimiçi bilgi arama davranış sıklığını azaltabilmektedir.

1.3.2.2. Gestalt terapi

Gestalt psikologları, “şimdiki zaman için yaşamak” ve “şimdiki zamanı yaşamak” kavramlarına odaklanmaktadırlar. Gestalt terapide, bilinçli farkındalık şimdiki zamanda ortaya çıkanın tümüyle bilincinde olmayı gerektirmektedir. Ayrıca Gestalt psikologları bu terapinin, “şimdiki zaman için yaşamaktan” yani hedonizm, fatalizm gibi yaklaşımlardan farklı olduğunu söylemektedir. Gestalt şu andaki gerçekliğe karşı yetersiz veya isteksiz

olmaktan ziyade Şu anda olan her Şeyin tam olarak farkında olmayı savunmaktadır (Brown vd., 2007).

1.3.2.3. Psikodinamik psikoterapi

Psikodinamizme göre kişinin kendisinin ve baŐkalarının davranışlarının arkasında yatan duygu, düşünce, niyet ve ihtiyaç gibi zihinsel durumları anlama ve bunlar arasında ilişki kurabilme yetisi olarak tanımlanan zihinleŐtirme durumu bir bilinçli farkındalık becerisidir (Johanson, 2006). Psikodinamik kuramcılar bilinçli farkındalığa paralel olarak özgürlüğün ancak zihnin sade ve gözlemsel bir farkındalıkla sağlanabileceğini savunmaktadırlar (Ülev, 2014).

1.3.2.4. İnsancıl psikoterapi

İnsancıl psikoterapi, insanların iyi ve kötü yanlarının var olduğuna odaklanmaktadır. Bu yaklaŐıma göre insanlar iyi yanlarını sevdikleri gibi kötü olarak değerlendirdikleri yönlerini de sevmelidir. İyi ya da kötü her Şey bizim bir parçamızdır. Bilinçli farkındalık da aynı temel noktaya değinir ve önyargısız Şekilde gerçekleri algılayabilmek, böylece anı yaŐayabilmek gerektiğini söylemektedir (Özyeşil, 2011).

1.3.2.5. VaroluŐu psikoterapi

VaroluŐu psikoterapinin temelinde her gün tekrarlanması nerilen “Beş Anımsama” (Hanh, 1998) zerinde durulmaktadır;

1. “Doğamda yaŐlanmak var ve yaŐlanmaktan kaçmanın yolu yoktur.
2. Doğamda hastalanmak var ve hastalanmaktan kaçmanın yolu yoktur.
3. Doğamda lm var ve ölümden kaçmanın yolu yoktur.
4. Benim için değeri olan ve sevdiğim herkesin doğasında değişim vardır. Onlardan ayrılmaktan kaçmanın bir yolu yoktur.
5. Yaptıklarım benim tek gerçeğimdir ve yaptıklarımın sonuçlarından kaçamam.”

Bu beş tekrar; yaŐlanma, hastalanma, terk edilme ve lme dair korkularla arkadaş olma düşüncesine dayanmaktadır. Bu tekrarlama Şu anda ve burada olan yaşamın mucizelerinin içten bir Şekilde takdir edilmesine yardımcı olan bir dikkat çanı görevi

görmektedir. Varoluşçu terapi, yaşam ve ölümün farkına varılarak tanınıp kabul edilmesidir (Hanh, 1998). Bilinçli farkındalık ile ortak noktası ise ölümün farkında olunması ve yaşamın sınırlı ve sonlu bir olgu olduğunun fark edilmesiyle, kişinin daha fazla doyum hissi sağlayan ve daha anlamlı bir hayat yaşamaya çalışacağıdır (Yalom, 2001).

1.3.3. Bilinçli farkındalıkta temel tutumlar

Bilinçli farkındalıkta bazı tutumların sergilenmesi, öğrenme sürecinde başarıyı artırıcı veya engelleyici etkiye sahiptir. Kabat-Zinn (2001) tarafından bilinçli farkındalıktaki temel tutumlar izleyen şekilde ifade edilmiştir.

1.3.3.1. Yargılayıcı olmama

Stres günlük yaşamda maruz kalınan bir durumdur ve stresin hayatı olumsuz etkilememesi için kontrol altında tutulması gerekmektedir. Bunun için zihinde var edilen otomatik yargı kalıpları da kontrol altına alınmalıdır. Kişiler gün içerisinde ister istemez diğerlerini, olayları ve başka diğer şeyleri iyi, kötü ya da tarafsız duygu durumlarıyla yargılama eğilimindedir. Yargılama eğilimi zihnin sürekli bir şeyleri sevme ve sevmemekle ilgili meşgul olmasına yol açmaktadır. Bu meşguliyet kimi zaman stres, korku veya önyargı yaratabilmektedir. Bilinçli farkındalık ise yargılama durumunu fark etme ve kontrol altına almada yardımcı olmaktadır. Burada önemli olan kişinin nasıl yargıladığı değil, yargılarına müdahale etmeden yargılarının farkında olmasıdır (Kabat-Zinn, 2001).

Yargılayıcı olmama tarafsızlığın göstergesidir. İyi/kötü, doğru/yanlış veya değerli/değersiz gibi değerlemelere karşıdır. Yargılayıcı olmama bir deneyimi olduğu gibi yaşamaya izin verme durumudur. Kısacası bilinçli farkındalık, süreçlerin olduğu gibi kabul edilmesini öngörmektedir (Wahbeh vd., 2011)

1.3.3.2. Sabır

Sabır her şeyin bir zamanı olduğunu kabul etmek ve anlamaktır. Zihinde var olan düşünceler çoğu zaman bulunulan anı algılamaktadır. Sabır ise geçmiş ve gelecekte kopmadan sadece şu anı değil her durum ve ana açık olmayı da ifade etmektedir (Kabat-Zinn, 2001).

1.3.3.3. Acemi zihin

Acemi zihin, her şeyi ilk kez görüyormuşçasına istekli olmayı ifade etmektedir. Böylece her fırsata, her ana açık olunmasını sağlamaktadır. Var olan bilinenlere hapsolmeden her anın biricikliğindeki fırsatların görülmesine yardımcı olmaktadır.

1.3.3.4. Güven

Güven duygusu bilinçli farkındalığın geliştirilmesinde önemli unsurlardan biridir. Güven, her şeyin düzen içinde ve bütün olmasını temsil eden bir kavramdır. Kişi kendine, başka bir şeye ya da bir sürece güvendiğinde bu güvende güçlü bir dengeleyici öge bulabilecektir. Bu güven sezgisel olarak kişiye rehberlik etmektedir ve kişiyi dışarıdan gelebilecek veya kişiden kaynaklanabilecek tehlikelerden korumaktadır (Kabat-Zinn, 2001; Bishop vd., 2004).

1.3.3.5. Hırs içinde olmamak

Bilinçli farkındalık için hırs içinde olmamak oldukça önemlidir. İnsanlar hayatlarındaki her şeyi bir amaç uğruna yapmaktadır; oysa bilinçli farkındalıktaki amaç insanın kendisidir. İnsan en iyi sonuçları almaktan ziyade her şeyi kabul ederek olduğu gibi görmelidir düşüncesine dayanmaktadır (Kabat-Zinn, 2001).

1.3.3.6. Kabul etmek

Hanh (1987) bilinçli farkındalık ile ilgili saf kabul etme davranışını izleyen şekilde özetlemiştir. Duygular iyi de kötü de olsa hoş karşılanıp kabul edilmelidir. Bu iki duygu da kişiye aittir. Duygulara saygıyla yaklaşılmalı, direnilmemeli ve duygularla barışık olunmalıdır.

Bilinçli farkındalıkta ana düşünce anı yaşamak ve kabullenmektir. Gerçekten güçlü bir kişi gücünü kendisine veya başkalarına kanıtlama ihtiyacı duymaz ve duygularını olduğu gibi yaşayabilir. Zayıflık olarak düşünülebilecek destek ihtiyacı, ağlama gibi kimi duygu ve davranışlar aslında kişinin gücünün yattığı yerden gelmektedir (Key, 2004).

1.3.3.7. Oluruna bırakmak

İnsanlar içsel dünyalarında kendilerini yargılama eğilimindedirler. Herhangi bir durumda kişi kendisini yargılama noktasına geldiğinde var olan yargıları oluruna bırakmak

gerekmektedir. Kişinin kendisi ile ilgili yargı kalıbı ne olursa olsun var olanı kabul etmelidir. Bu durum her zaman kolay olmayabilir, zihin düşüncelere tutunabilir. Böyle zamanlarda zihni serbest bırakmak için o duyguyla mücadeleyi bırakma aşamasına geçilmelidir (Kabat-Zinn, 2001).

1.3.4. Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler

Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler belirli bir içerik ve adımı gerektirmediği için hayatın her anına ve alanına uyarlanabilir. Bu sayede kişiler günlük hayatlarında otomatik tepkilerden uzaklaşarak, mevcut an'ın farkına varabilmektedir. Fakat bilinçli farkındalık uygulamalarının günlük hayata geçirilmesi için basamakların bilinmesi de oldukça önemlidir. (Atalay, 2018). Bilinçli farkındalığın biçimsel uygulamaları izleyen şekilde özetlenmektedir;

Bilinçli farkındalık uygulamaları öncelikle nefese odaklanmaktadır. Akabinde bireyin bedeninde ve zihninde ortaya çıkanlarla uyum içerisinde olmasını ve kişisel deneyimlerine tanıklık edebilmesini içermektedir (Napoli vd., 2005). Birçok şekilde uygulanabilen bilinçli farkındalık egzersizlerinin en önemli noktası düzenli bir şekilde tekrar edilip uygulanmasıdır. Bilinçli farkındalığı arttırmak için gerekli olan egzersizleri gündelik rutinelere dahil etmek gerekmektedir (Didonna, 2009; Stahl ve Goldstein, 2019). Bilinçli farkındalık egzersizlerini uygulayan kişi karşılaştığı olayları, duygu ve düşüncelerini iyi ya da kötü ön yargı geliştirmeden, tıpkı bir film izliyormuş gibi izlemelidir (Siegel ve Siegel, 2014).

Bilinçli farkındalık temelli terapiler bilişsel davranışçı terapilerdendir. Bu terapilerin merkezinde kişinin içsel deneyimlerine dair farkındalık kazanması yer almaktadır (Herbert ve Forman, 2011). Farkındalık temelli terapiler, kişinin yaşadığı olayı değiştirmekle ilgilenmek yerine, mevcut olayın işlevini anlayıp değiştirmekle ilgilenmektedir. Düşünceler, duygular, davranışlar ve üstbilişsel süreçler bir bütün olarak ele alınmaktadır (Vatan, 2016). Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, Kabat-Zinn'in klinik ortamda bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programını (MBSR) uygulamasına dayanmaktadır. Literatüre bakıldığında ise terapötik olarak kullanılan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (MBSR), farkındalık temelli bilişsel terapi (MBCT), kabul ve kararlılık terapisi (ACT), merhamet odaklı terapiler üçüncü dalga kategorisinde yer alan bilişsel davranışçı müdahalelerdir (Baer ve Krietemeyer, 2006; Carmody vd., 2009; Zenner vd., 2014). Bu müdahaleleri izleyen şekilde açıklamak mümkündür;

1.3.4.1. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (MBSR)

Bilinçli farkındalık, 1960'lerde batılı ülkelerde yaygınlaşmaya başlamasıyla birlikte akademide de ele alınmaya başlanmıştır. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (MBSR), Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezi öğretim üyesi Jon-Kabat Zinn tarafından 1979 yılında çalışılmaya başlanmıştır. (Kabat Zinn ve Hanh, 2009). Program kronik ağrısı olan kişilerde stresi azaltmak ve rahatlamalarını sağlamak amacıyla geliştirilmiş ve etkililiği kanıtlanmıştır (Atalay, 2018; Kabat Zinn ve Hanh, 2009). Kronik ağrılarının günlük yaşam kalitesini etkilediğini söyleyen kişilere MBSR programıyla ağrılarıyla nasıl yaşayacakları öğretilmektedir (Kabat Zinn ve Hanh, 2009). Bu nedenle program kişilerin ağrıyla baş etme yöntemlerine, ağrıyı anlamlandırma ve ilişkilendirme süreçlerine odaklanılmaktadır. Buna ek olarak zorluk yaşanan durum ve zor duygularla başa çıkma amacıyla kullanılmaktadır (Atalay, 2018). MBSR ile ilgili yürütülen deneysel araştırmalara göre; kalp, kanser hastalarında (Kabat Zinn ve Hanh, 2009), kaygı ve depresyon yaşayan bireylerin (Baer ve Krietemeyer, 2006), yaşam kalitesini artırma (Mackenzie vd., 2007); kronik sağlık sorunu yaşayan kişilerin ruh sağlığını koruma ve iyileştirme (Bohlmeijer vd., 2010); duygu düzenleme (Ekblad, 2009); psikolojik iyi oluşu artırma (Geary ve Rosenthal, 2011) gibi birçok alanda bilinçli farkındalık terapilerinin kullanıldığı görülmektedir. MBSR, duygu düzenlemede öz disiplin, stresi azaltma ve bilinçli farkındalık tekniklerini uygulamayı öğretmektedir. Buna ek olarak içinde bulunulan an'da farkındalığın artırılmasını ve kabul edici bir tutum geliştirilmesini öğretebilen bir programdır. MBSR programı kendine özgü konularla sekiz hafta boyunca uygulanmaktadır. Sağlık problemlerinin iyileştirilmesinde en yaygın kullanılan beden zihin uygulamalarından biri olmuştur (Soler vd., 2018). Ayrıca, MBSR depresyonun tekrarlamasını önlemek amacıyla geliştirilen MBCT'ye öncülük de etmiştir.

1.3.4.2. Farkındalık temelli bilişsel terapi (MBCT)

Farkındalık temelli bilişsel terapi, MBSR programıyla bilişsel terapi tekniklerinin birleşiminden oluşmaktadır. MBCT 'Şimdi ve burada' ilkesinden yola çıkarak bedensel duyumlara, duygu ve düşüncelere; merakla ve yargılamadan odaklanan farkındalık meditasyonu ile bilişsel davranışçı ilkeleri bütünleştirmektedir (Vatan, 2016). MBCT, ilk kez depresyon hastalığı olan kişilerde depresyonun tekrarlamasını önlemek amacıyla uygulanmıştır (Williams ve Kuyken, 2012). Daha sonra diyabet, koroner kalp hastalığı, kanser gibi hastalıkları olan kişilerde kaygı, depresyon ve yorgunluk gibi belirtileri azaltmak

için çalışmalar yapılmıştır (Van Son vd., 2011; Van Der Lee ve Garssen, 2012; O'Doherty vd., 2015). Eğitimlerde beden-zihin ilişkisi, beden farkındalığı, bilişsel çarpıtmalar, otomatik pilot gibi temalar işlenip beden tarama, bedensel duyumlara odaklanma, oturma meditasyonu, kuru üzüm egzersizi gibi egzersizler kullanılmaktadır (Surawy vd.,2015).

1.3.4.3. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT)

Kabul ve kararlılık terapisi ile bilinçli farkındalık uygulamalarını içinde bulunduran bir bilişsel davranışçı terapi çeşididir. ACT'ın geleneksel bilişsel davranışçı müdahalelerden farklılığı dürtü, duygu, düşünce gibi içsel yaşantının yoğunluğunun azaltılmasını veya değiştirilmesini amaçlamamasıdır. Psikolojik problemlere sebep olduğu düşünülen düşünce ve duygulara odaklanmakta ve bu sayede belirtilerde azalma sağlanmaktadır (Hayes vd., 2013; Yavuz, 2015). ACT'ta amaç kişilerin olumsuz içsel tecrübelerine karşı koymak değildir. Tam aksine davranış repertuarını geliştirip psikolojik esnekliğinin artmasını sağlamaktadır. Psikolojik esnekliğin sağlanması için mevcut an'a, zihnin algılayıp yorumladığı şekilde değil, olduğu haliyle temasta bulunulması önerilmektedir (Yavuz, 2015). ACT, "psikolojik katılık; yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme, değerlerden uzaklaşma, an ile teması kaybedip geçmişe ve geleceğe odaklanma, kaçınma ve dürtüsellik, kavramlaştırılmış benliğe bağlanma olmak üzere toplamda altı bölümden oluşmaktadır" (Harris, 2019).

1.3.4.4. Diyalektik davranış terapisi (DBT)

Diyalektik davranış terapisi, sınırda kişilik bozukluğu mevcut, intihara meyilli kişilerin tedavisinde kullanmak amacıyla geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Kişilerde farkındalık, duygu düzenleme ve stres toleransı becerilerinin geliştirilmesine yoğunlaşır bu becerilerin kişilerarası ilişkilerde etkili bir biçimde kullanılmasına odaklanmaktadır. Farkındalık, an'a ve kendine odaklanma, yargısız olarak kabul etme, dikkati odaklama ve kendini gözlemlemeyi içermektedir. Stres toleransı, kişinin acı ve stres durumunda tolerans geliştirilmesine ve dürtü kontrolüne odaklanmaktadır. Duygu düzenleme ise, kabul ve farkındalık açısından duyguların deneyimlenmesine izin vermeye, bilişsel ve davranışsal tepkilerle de istenmeyen duygusal tepkileri ve etkin olmayan davranışları azaltmaya odaklanmaktadır. Bu yöntem kişilerin, davranışsal uygulamalarla duygu ve düşüncelerine direnmeleri yerine bunları kabul etmelerini mümkün kılan bir terapi yaklaşımıdır (Gülgez ve Gündüz, 2015; Vatan, 2016).

1.3.4.5. Merhamet odaklı terapiler

Merhamet odaklı terapiler kişinin kendisine yönelik duygusal tepkilerini ve samimiyet duygusunu geliştirmek amacıyla yapılmaktadır. İlk olarak stresle baş etme sürecinde kullanılmaya başlanmıştır. Merhamet ve yakın ilişkinin arkasındaki temel duyguları araştırmaktadır. Merhamet odaklı terapi bireysel terapi veya grup terapisi şeklinde uygulanmaktadır. Farkındalık kazandırma amacıyla uygulanan bu program, nefes egzersizleri, imajinasyon ve beden egzersizleri gibi çeşitli farkındalık tekniklerini kullanmaktadır (Gilbert, 2010).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacına ulaşmak için veri toplama ve analiz süreçlerinde kullanılan gereç ve yöntemlere ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Kişilerin sağlığına özen göstermesi ve ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmetlerine başvurmasına yönelik hafif düzeyde endişelenmesi normaldir. Ancak geçerli bir sebep olmadan, aşırı şekilde anksiyete duyulması patolojik bir durumdur ve kişilerin hem psikolojilerini hem de sosyal hayatlarını bozmaktadır. Sağlık anksiyetesi olarak adlandırılan bu durumda kişiler bedensel semptomlarını hastalık belirtileri şeklinde yanlış değerlendirerek, kalıcı bir hastalığın olduğuna veya böyle bir hastalığa yakalanacağına yönelik yoğun anksiyete yaşamaktadırlar. Tıbbi kanıtlar sağlıklı olduğunu gösterse de sağlık anksiyetesi devam edebilmektedir. Bu durum gereksiz tıbbi başvurulara ve girişimlere yol açarak, diğer kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminin gecikmesine ve sağlık hizmet maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Son yıllarda hızla gelişen teknoloji ve internet kullanımındaki artış, kişilerin sağlık bilgisi arama alışkanlıklarını köklü olarak değiştirmiştir. İnternetin sağlık bilgisi erişiminde yarattığı kolaylıklar, kişilerin kendi sağlık durumlarıyla ilgili farkındalıklarını artırmakla birlikte, kontrolsüz ve sürekli tekrar eden sağlık bilgisi arama davranışlarını da tetikleyerek siberkondri gibi farklı bir olguyu gündeme taşımıştır (Uzun, 2016). Sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek olan kişilerin siberkondri yaşama olasılıkları daha yüksektir. Kişilerin siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerini etkileyebilecek önemli bir psikolojik beceri olan bilinçli farkındalık, kişinin o anda yaşadığı deneyimleri yargılamadan kabullenme ve bu deneyimlere odaklanma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Kabat-zinn, 2005). Literatürde, bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesini azaltmada ve kişilerin sağlık bilgisi arama davranışlarını daha dengeli bir şekilde yönetmelerinde etkili olabileceği öne sürülmektedir (Roomer ve Orsillo, 2012). Ancak, bilinçli farkındalığın siberkondri ve sağlık anksiyetesine olan etkilerini birlikte ele alan çalışmalar sınırlıdır (Uzun, 2016). Bu bağlamda, bilinçli farkındalık, siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilerin daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir (Hofmann vd., 2010). Bu doğrultuda araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık ile siberkondri arasındaki ilişkiyi tespit ederek bu ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolünün olup olmadığını incelemektir.

Bu araştırma ile kişilerin sağlık bilgisi arama davranışlarının etkileşimli olabileceği süreçlere odaklanarak, bu davranışların olumsuz etkilerini azaltmak için bilinçli farkındalığın nasıl bir çözüm sunabileceğine dair değerli bilgilerin sunulması mümkün olabilecektir. Ayrıca, bu araştırmanın sonuçlarının sağlık hizmetleri sunumuna ve yönetimine önemli katkılar sağlaması beklenmektedir. Siberkondrinin sağlık hizmeti talebini artırması ve gereksiz başvurular nedeniyle sağlık sistemlerinde maliyetlere yol açması göz önünde bulundurulduğunda, araştırma bilinçli farkındalık temelli müdahalelerle bireylerin sağlık davranışlarını optimize etme ve sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltma potansiyeline dikkat çekmeyi hedeflemektedir. Böylece, bu araştırma sadece bireylerin sağlık davranışlarını değil, aynı zamanda toplumsal sağlık politikalarının geliştirilmesine yönelik stratejik yaklaşımları da destekleyici nitelikte olacaktır.

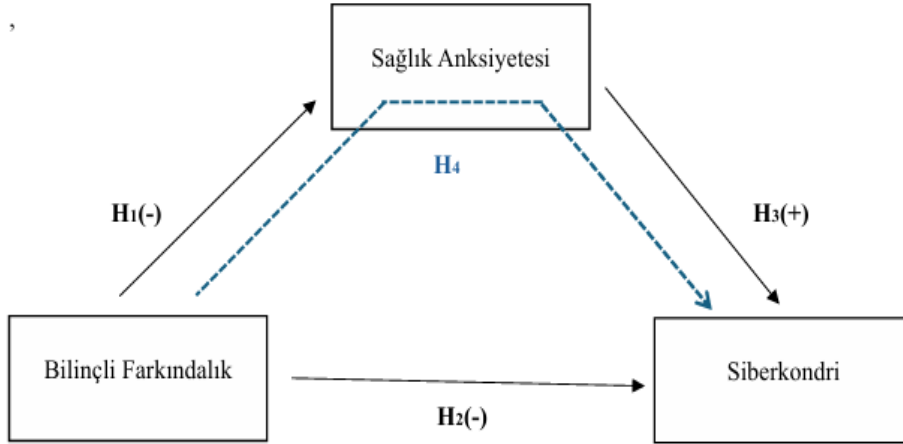
2.2. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın temel sorusu “Bilinçli farkındalık ile siberkondri arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolü var mıdır?” şeklindedir. Bununla birlikte araştırmanın alt soruları izleyen şekilde tanımlanmıştır.

- Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri nedir?
- Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri nedir?
- Katılımcıların siberkondri düzeyleri nedir?
- Bilinçli farkındalık ile sağlık anksiyetesi arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Bilinçli farkındalık ile siberkondri arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre bilinçli farkındalık düzeyleri farklılık gösteriyor mu?
- Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık anksiyetesi düzeyleri farklılık gösteriyor mu?
- Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre siberkondri düzeyleri farklılık gösteriyor mu?

2.3. Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli literatürde bulunan çalışmalardan edinilen bilgiler doğrultusunda oluşturulmuştur (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Araştırma Modeli

2.4. Hipotezler

Literatür bulgularının, araştırmanın temel sorusunun ve modelinin temelinde araştırma sorularına uygun olarak hipotezler geliştirilmiştir.

2.4.1. Bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki

Sağlık anksiyetesini kontrol altına almada bilinçli farkındalığın etkisi yadsınamaz. (Ülev, 2014). Bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi ile ilgili literatüre bakıldığında bilinçli farkındalığın anksiyeteyi olumlu olarak etkilediği görülmektedir.

Ülev'in Hacettepe üniversitesinde 427 üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada bilinçli farkındalığın depresyon, stres ve anksiyete ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucu elde edilen bulgulara göre bilinçli farkındalık seviyesi yükseldikçe depresyon ve stres belirtilerinin yanında, sağlık anksiyetesi seviyesinin de azaldığı saptanmıştır (Ülev, 2014). O'Bryan ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışma incelendiğinde ise bilinçli farkındalık becerilerinin kullanımı ile sağlık anksiyetesine duyarlılığın daha az, belirsizliğe tahammül düzeyinin daha fazla olduğu ortaya konmuştur (O'Bryan vd., 2018). Shapiro, Schwartz ve Bonner'in (1998) tıp öğrencilerine 7 hafta

boyunca bilinçli farkındalık temelli müdahalede buldukları bir araştırmada da müdahalenin depresyon ve anksiyete gibi sıkıntıların azalmasında; empati düzeyinin artmasında etkili olduğu görülmüştür (Shapiro vd., 1998).

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmaların bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H₁: Bilinçli farkındalık sağlık anksiyetesini negatif yönde ve anlamlı olarak etkiler.

2.4.2. Bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişki

Bilinçli farkındalık terapileri özellikle psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan bir yöntemdir (Tyler vd., 2019). Siberkondri bilinçli farkındalığın kullanıldığı psikolojik rahatsızlıklardan bir tanesidir (Tyler vd., 2019). Türkiye’de bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok fazla kaynağa rastlanamamıştır. Yabancı literatüre bakıldığında Liao ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmaya göre bilinçli farkındalık eğitimleri siberkondriyi hafifletmede en etkili yollardan bir tanesidir (Liao vd., 2020).

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmanın bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H₂: Bilinçli farkındalık siberkondriyi negatif yönde ve anlamlı olarak etkiler.

2.4.3. Sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişki

Literatürde birçok tanım siberkondri kavramını açıklarken anksiyete vurgusu yapmaktadır (Uzun, 2016). Sağlık anksiyetesi, siberkondri davranışını etkileyen temel unsurlardan bir tanesidir (White ve Horvitz, 2009). Yapılan çalışmalarda da sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Güvence aramak amacıyla yapılan sağlık bilgilerini tekrarlayıcı bir şekilde çevrimiçi araştırma davranışı bireylerde sağlık anksiyetesinin kötüleşmesine ve daha fazla olumsuz sonuçların yaşanmasına yol açabilmektedir. Özellikle yeni teşhisi konulan ve tam bir şekilde bilinmeyen hastalıkların oluşturduğu korku algısı ve tehdit hem sağlık anksiyetesi hem de siberkondri düzeyini arttırmaktadır (Vismara vd., 2022; Yalçın vd., 2022; Afrin ve Prybutok 2022). Afrin ve Prybutok’un (2022) çalışmasında, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık anksiyetesini tetiklediği, bunun da kişileri siberkondri davranışlarına yönlendirdiği tespit

edilmiştir. Bu bulgular, kişilerin bilinçsiz internet kullanımını sonucunda sağlık kaygılarının nasıl büyüyebileceğini ve siberkondrinin kontrol edilmesi için stratejiler geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmaların bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H₃: Sağlık anksiyetesi siberkondriyi pozitif yönde ve anlamlı olarak etkiler.

2.4.4. Bilinçli farkındalık, sağlık anksiyetesi ve siberkondri ilişkisi

Literatür ve hipotezler bölümündeki açıklama ve araştırmalara göre bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesini negatif ve anlamlı yönde; bilinçli farkındalığın siberkondriyi negatif ve anlamlı yönde ve sağlık anksiyetesinin siberkondriyi pozitif ve anlamlı yönde etkilediği kabul edilmiştir. Ancak literatürde sağlık anksiyetesinin bilinçli farkındalık ile siberkondri arasındaki ilişkide aracılık rolüne ilişkin bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte siberkondri ve sağlık anksiyetesinin birlikte ele alındığı çalışmalarda sonuç ve öneriler kısmında, bilinçli farkındalık çalışmalarının siberkondri ve sağlık anksiyetesini azaltma yönündeki etkilerine vurgular yapılmaktadır. Güncel ve yerli literatürde Dayıca ve Karakaş'ın yaptığı çalışma buna örnek olarak gösterilebilir (Dayıca ve Karakaş, 2024).

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmanın bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H₄: Bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolü bulunmaktadır.

2.4.5. Bilinçli farkındalık düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

Bilinçli farkındalık düzeyi, kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Özellikle cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin bilinçli farkındalık üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, Güler ve Usluca'nın (2021) yaptığı bir çalışmada bilinçli farkındalık ölçeği puanları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çiftçi ve arkadaşlarının (2024) yaptığı bir

çalışmada bilinçli farkındalık düzeyleri yaşa göre farklılık gösterdiği gençlerin bilinçli farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmaların bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H₅: Bilinçli farkındalık düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

2.4.6. Sağlık anksiyetesi düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

Sağlık anksiyetesi düzeyi, kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Araştırmalar, kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu ve bunun, kadınların sağlıkla ilgili endişelerinin daha belirgin olmasıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Öztürk ve vd., 2021; Yılmaz, 2020). Ayrıca, medeni durum da sağlık anksiyetesi düzeyini etkileyen önemli faktörlerden biridir; evli kişilerin bekârlara kıyasla daha düşük sağlık anksiyetesi düzeyine sahip olduğu, bunun da eşlerden alınan duygusal ve psikolojik destekle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Aksoy, 2022; Çelik ve Yıldız, 2021). Eğitim seviyesi düşük kişilerde sağlık anksiyetesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş, bu durumun sağlık okuryazarlığının düşük olması ve yanlış bilgiye daha fazla maruz kalınmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Arslan, 2020; Güneş, 2018).

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmaların bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H₆: Sağlık anksiyetesi düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

2.4.7. Siberkondri düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

Siberkondri birçok etmenden etkilenmektedir. Özellikle sosyodemografik özelliklerin siberkondri üzerinde belirleyici olduğu literatür tarafından da desteklenmektedir. Göde ve Öztürk'ün (2023) cinsiyet alt grubunu da dâhil ettiği bir çalışmada kadınların siberkondri puanlarının erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, kadınların sağlıkla ilgili endişelerini gidermek için çevrimiçi bilgi arama eğilimlerinin daha fazla

olabileceğini göstermektedir. Aynı araştırmada, kronik rahatsızlık durumuna sahip olanların, kronik rahatsızlık durumuna sahip olmayanlara göre daha fazla siberkondri davranışına sahip olduğu belirlenmiştir. Tarhan ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir çalışmada uzun süreli internet kullanımının siberkondri düzeyini arttırdığına yönelik bulgular elde edilmiştir. Aynı araştırmada, İlk başvuracağı sağlık merkezi Aile sağlığı merkezi olanların siberkondri düzeyi yüksek ve “devlet hastanesi” ve “özel hastane” olanlara göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür.

Literatür taraması ve yukarıda özetlenen araştırmaların bulguları doğrultusunda izleyen hipotez oluşturulmuştur.

H7: Siberkondri düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini bir vakıf üniversitesindeki öğrencileri kapsamaktadır. Bu sebeple elde edilen sonuçlar, farklı üniversite ya da örneklemlere göre değişkenlik gösterebilir. Araştırmada kullanılan anketler kişisel beyanlara dayandığı için verilen yanıtların önyargı taşıyabileceği göz ardı edilmemelidir. Ayrıca katılımcıların görüşlerinin ve tutumlarının kapalı uçlu standart sorularla ölçülmeye çalışılması, katılımcıları konu ile ilgili önceden belirlenen bir aralıkta seçim yapmaya mecbur bırakmaktadır. Dolayısıyla anket yardımıyla yapılacak ölçümün yüzeysel olabilme ihtimali her zaman vardır (Gürbüz ve Şahin, 2016).

2.6. Araştırmanın Etik Beyanı

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından 27/12/2023 tarihinde onaylanmış (Proje no: KA23/421) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir. Araştırmaya dâhil edilen fakültelerde araştırma yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Rektörlüğünden gerekli izin 301277 evrak no ve 05/01/2024 tarihli resmi yazı ile alınmıştır. Araştırma Dünya Tıp Birliği Helsinki İlkeler Deklarasyonuna (www.ttb.org.tr) uyularak gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda çalışmaya dâhil edilen tüm katılımcılar bilgilendirilmiş onam formunu imzalamışlardır. Araştırmaya katılacak olan kişiler istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgilendirilmişlerdir.

2.7. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama deseni kullanılmıştır. Tarama araştırması, çok sayıda kişiden oluşan geniş bir evrenin belirleyici özelliklerini tanımlamak için uygun bir yöntem olarak görülmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016; Creswell, 2017). Ayrıca tarama araştırması ile birçok değişken arasındaki ilişkinin aynı anda ortaya çıkarılması mümkün olabilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016).

2.8. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir vakıf üniversitesinin dört yıllık fakültelerinde 2022-2023 akademik yılında öğrenim gören 9373 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme belirlenirken tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme %95 güvenilirlik düzeyinde ve 0,025 hata payı ile 1321 olarak belirlenmiştir.

Evrende eleman sayısının bilinmesi durumunda kullanılan örneklem hesaplama

$$\text{formülü: } n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (9373)

p: 0,50 (İncelenen olayın görülme sıklığı)

q: 0,50 (İncelenen olayın görülmeme sıklığı)

t: 1,96 [%95 güven seviyesinde $\alpha=0,025$ hata ile]

d: 0,025 (Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma kullanılmaktadır)

Buna göre;

$$n = \frac{9373 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,025^2 (9373 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 1321$$

Tablo 2.1’de ilgili üniversitenin 4 yıllık fakültelerinde öğrenim gören öğrenci sayılarına ve tabakalı yöntem ile ulaşılması hedeflenen öğrenci sayılarına yer verilmiştir. Araştırmada örneklem hedefine ulaşılmış ve 1321 öğrenciden veri toplanmıştır.

Tablo 2.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme

	Evren	Örneklem	%
Mühendislik Fakültesi	1812	216	16,3
Fen-Edebiyat Fakültesi	1012	146	11,1
Eğitim Bilimleri Fakültesi	1105	156	11,9
Güzel sanatlar, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi	1254	170	12,8
Hukuk Fakültesi	715	99	7,6
Ticari Bilimler Fakültesi	662	92	7,0
İletişim Fakültesi	488	70	5,2
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	1278	181	13,7
Sağlık Bilimleri Fakültesi	1347	191	14,4
TOPLAM	9373	1321	% 100,00

2.9. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel demografik sorulara (EK: 1) yer verilmiştir. İkinci bölümde, McElroy ve Shelvin (2019) tarafından geliştirilen, sonrasında McElroy tarafından kısaltılan ve Söyler ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “*Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama (Siberkondri) Ölçeği Kısa Formu (CSSI2)*” (EK: 2) bulunmaktadır. Üçüncü bölümde Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilen ve Özyeşil (2011) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “*Bilinçli Farkındalık Ölçeği*” yer almaktadır (EK: 3). Dördüncü bölümde ise, Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaer ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış olan “*Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Formu (SAÖ)*” (EK: 4) yer almaktadır. 29 – 31 Ekim tarihleri arasında ilgili ölçeklere dair izinler e-posta yoluyla alınmıştır.

Araştırma verileri 15 Şubat 2024- 15 Mart 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından sınıflara gidilerek anketlerin dağıtılıp toplanmasıyla elde edilmiştir. Araştırmacı örnekleme dâhil olan ilgili sınıflardan Anketlerin yapılmasında gönüllük esas alınmıştır. Anketlerin katılımcılar tarafında uygun şekilde doldurulmama ihtimaline karşı toplam 1809 anket yapılmış, tabakalı örnekleme uygun şekilde bunlardan 1321’i (Tablo 2.2) analiz için değerlendirilmeye alınmıştır.

Tablo 2.2. Araştırma örnekleme ve toplanan anket sayısı

	Örneklem	Toplanan Anket Sayısı
Mühendislik Fakültesi	216	216
Fen-Edebiyat Fakültesi	146	146
Eğitim Bilimleri Fakültesi	156	156
Güzel sanatlar, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi	170	170
Hukuk Fakültesi	99	99
Ticari Bilimler Fakültesi	92	92
İletişim Fakültesi	70	70
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	181	181
Sağlık Bilimleri Fakültesi	191	191
TOPLAM	1321	1321

2.9.1. Çevrimiçi sağlık bilgisi arama (Siberkondri) ölçeği kısa formu (CSS12)

33 maddelik Siberkondri ölçeği McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirmiştir. Türkçe çalışmalarda, Söyler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise Türkçe CSS-12'nin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varmışlardır. Araştırmada siberkondri ölçeğinin kısa versiyonu kullanılmıştır. Ölçek çevrimiçi hastalık belirtileri arayan bireylerin ciddiyeti değerlendirilmektedir. Ölçek dört alt bileşenden oluşmaktadır (Marino, 2020);

Zorlama: Yoğun çevrimiçi aramalar sebebiyle kişilerin günlük hayatlarının kesintiye uğramasını (2, 7 ve 10. soru),

Aşırılık: İnternette aşırı ya da tekrar tekrar tıbbi bilgi arama davranışını (1, 3 ve 6. soru)

Sıkıntı: Olumsuz çevrimiçi aramaların sebep olduğu uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik duygu durumlarını (4, 8 ve 9. soru),

Güvence arayışı: Tıp uzmanları gibi başka kaynaklardan güvence arama davranışını ifade etmektedir (5, 11 ve 12. soru).

Bu ölçek 5'li Likert (1=Asla, 2=Nadiren, 3=Ara Sıra, 4=Sıklıkla, 5=Her Zaman) biçiminde derecelendirilmiştir. Ölçekte ters soru bulunmamakta ve ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 60 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması siberkondri yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

2.9.2. Bilinçli farkındalık ölçeği (BİFÖ)

Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilen 15 maddelik Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), günlük hayattaki anlık deneyimlerin farkında olmayı ve anlık deneyimlere karşı

dikkatli olma yönündeki eğilimi ölçmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özyeşil (2011) tarafından yapılmıştır.

BİFÖ 6'lı (1=Hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek, 6=hemen hemen hiçbir zaman) Likert tipi bir ölçektir. BİFÖ tek faktörlü bir yapıdadır ve toplam puan vermektedir. Toplam puan üzerinden ölçekten alınan puanın yüksek olması bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 15 ila 90 arasında değişmektedir.

2.9.3. Sağlık anksiyetesi ölçeği kısa formu (SAÖ)

Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilen bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiştir.

Ölçekte toplam 18 ifade yer almaktadır. Ruhsal durumla ilgili 14 ifade, ciddi bir hastalık olması durumuyla ilgili 4 ifade bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması kişinin sağlık anksiyetesinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 54, en düşük puan ise 0'dır.

2.10. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Cronbach Alpha katsayısı hemen hemen tüm ölçme araçlarının güvenilirliğini belirlemede kullanılan bir katsayı olarak kabul edilmektedir. Katsayı 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği de artmaktadır. Buna göre Cronbach Alpha katsayısına göre ölçek güvenilirliği izleyen şekilde değerlendirilebilmektedir (Yaşar, 2014: 63):

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür,
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek olarak kabul edilmektedir.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklere ait Cronbach Alpha katsayıları tablo 2.3'te verilmiştir.

Tablo 2.3. Ölçeklerin iç tutarlılık sonuçları

Kullanılan Ölçek	Mevcut Çalışma Cronbach Alpha	TR Uyarlanmış Cronbach Alpha	Orijinal Ölçek Cronbach Alpha	Madde Sayısı
Siberkondri	0,845	0,86	0,90	12
Bilinçli Farkındalık	0,834	0,80	0,82	15
Sağlık Anksiyetesi	0,775	0,91	0,71	18

Orijinal siberkondri ölçeğinin 12 madde üzerinden Cronbach Alpha katsayısı 0,90 iken Söyler ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında elde edilen Cronbach Alpha katsayısı 0,86'dır. Bu çalışmada ise ölçek Cronbach Alpha katsayısı 0,845 olarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçek yüksek derecede güvenilirlerdir.

Orijinal bilinçli farkındalık ölçeğinin 15 madde üzerinden Cronbach Alpha katsayısı 0,82 iken Özyeşil (2011) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında elde edilen Cronbach Alpha katsayısı 0,80'dir. Bu çalışmada ise ölçek Cronbach Alpha katsayısı 0,834 olarak tespit edilmiştir. Buna göre ölçek yüksek derecede güvenilirlerdir.

Orijinal sağlık anksiyetesi ölçeğinin 18 madde üzerinden Cronbach Alpha katsayısı 0,71 iken Aydemir ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında elde edilen Cronbach Alpha katsayısı 0,91'dir. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı 0,775 olarak tespit edilmiştir. Buna göre ölçek oldukça güvenilirlerdir.

2.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizleri kullanılmıştır. Modelde yer alan değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığına karar vermek için ölçek maddelerinin çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Her iki değer de normal dağılım varsayımına göre kabul edilebilir aralıkta çıkmıştır. Katılımcıların ölçek toplam puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmasında ikili gruplar için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla gruplar için ise tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü değerlendirmek için pearson korelasyon analizi; bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini tespit etmek için de basit regresyon analizi yapılmıştır. Sağlık anksiyetesinin bilinçli

farkındalık ve siberkondri ilişkisinde aracılık etkisinin tespiti için Preacher ve Hayes (2004) tarafından önerilen “önyükleme testi” Hayes’in (2022) SPSS için geliştirdiği Process ce 3.5 modülü kullanılarak uygulanmıştır. Analizlerde önem düzeyi $p=0,05$ ve $p=0,01$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde bilinçli farkındalık ve siberkondri ilişkisinde sağlık anksiyetesinin aracılık rolünü araştırmak amacı ile örneklem grubundan toplanan verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ve bu bulgulara ilişkin açıklamalara yer verilmektedir.

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Yapısının İncelenmesi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine dair bilgilere tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri

Cinsiyet	n	Yüzde
Kadın	862	65,3
Erkek	459	34,7
Sınıf	n	Yüzde
1	484	36,6
2	302	22,9
3	252	19,1
4	283	21,4
İkamet yeri	n	Yüzde
Çekirdek aile	1134	85,8
Akraba ile	13	1,0
Yurt/Ev paylaşımı	90	6,8
Yalnız	84	6,4
Sağlık durumu	n	Yüzde
Kötü	26	2,0
Orta	401	30,4
İyi	894	67,7
Sağlık kurumlarına ortalama başvuru	n	Yüzde
Hiç	164	12,4
1-5	889	67,3
5 ve üzeri	268	20,3
Kronik rahatsızlık	n	Yüzde
Yok	1127	85,3
Var	194	14,7
Sağlık eğitimi	n	Yüzde
Almayan kişi	971	73,5
Alan kişi	150	26,5
İnternette vakit geçirme süresi	n	Yüzde
1 saatten az	41	3,1
1-3 saat	412	31,2
3 saatten fazla	868	65,7
Kullanılan sosyal medya platformları	n	Yüzde
Tiktok/İnstagram/X vb.	847	64,1
Netflix/Disney/Blu tv vb.	331	25,1
Google/bing/Yahoo/Yandex	143	10,8
Siberkondri kavramı	n	Yüzde
Bilen kişi	203	15,4
Bilmeyen kişi	1118	84,6
Rahatsızlık durumunda	n	Yüzde

ilk başvuru		
Aile hekimliği	342	25,9
Devlet hastanesi	430	32,6
Özel hastane	454	34,3
Üniversite hastanesi	95	7,2
Rahatsızlık durumunda sağlık bilgisine ulaşma	n	Yüzde
TV-radyo-gazete-dergi	38	2,9
İnternet	716	54,2
Arkadaş-komşu	80	6,0
Doktor	487	36,9
İnternete güven	n	Yüzde
Güvenen kişi	468	35,5
Güvenmeyen kişi	853	64,5

Araştırmaya katılanların %65,3'ü kadın ve %34,7'si erkektir. Katılımcıların %36,7'si 1. sınıf, %22,9'u 2. sınıf, %19,1'i 3. sınıf ve %21,4'ü ise 4. sınıfta öğrenim görmektedir. Katılımcıların %85,8'i aile yanında ikamet ederken geriye kalanlar ise yurt ya da ev paylaşımı şeklinde yaşayanlar, yalnız yaşayanlar ve akraba ile kalanlar şeklinde dağılım göstermektedir. Katılımcıların %67,7'si sağlık durumlarını iyi, %30,4'ü orta ve %2'si ise kötü olarak değerlendirmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %67,3'ü bir yıl içerisinde sağlık kurumlarına ortalama 1 ila 5 arasında, %20,3'ü 5 kereden fazla sağlık başvurusu yaparken kalan %12,6'sı başvuru yapmamıştır. Katılımcıların %85,3'ü kronik bir rahatsızlığı olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerden %73,5'i sağlık eğitimi almadığını belirtmiştir. İnternette vakit geçirme sürelerine dair sorulan soruya ise %65,7'lik kısım 3 saatten fazla vakit geçiriyorum olarak belirtirken, %31,2'si 1 ila 3 saat arası vakit geçiriyorum olarak belirtmiş ve sadece %3,1'i 1 saatten az vakit geçirdiğini belirtmişlerdir. Sıklıkla vakit geçirilen sosyal medya araçlarına ait bulgulara bakıldığında katılımcıların %64,1'i vaktini instagram/tiktok/x gibi sosyal mecralarda geçirirken; %25,1'i Netflix/disney/blu tv gibi yeni nesil dizi-film izleme platformlarını tercih etmektedir; google/bing/Yahoo/Yandex gibi arama motorlarını kullanan kişi sayısı ise örneklemin %10,8'ini oluşturmaktadır. Araştırmanın temel değişkenlerinden biri olan siberkondri kavramını katılımcıların sadece %15,4'ü bilmektedir. Katılımcıların %34,3'ünün bir rahatsızlık durumunda ilk başvurdukları sağlık kurumu özel hastanelerken %32,6'sı devlet hastanelerine, %25,9'ü aile hekimliklerine ve %7,2'si üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Katılımcıların %54,2'si bir rahatsızlık durumunda ilk bilgiye internetten ulaşırken %36,9'u ilk bilgiyi doktordan edinmektedir. Araştırmaya katılanların %64,5'i internete güveniyor musunuz sorusuna “güvenmiyorum” olarak cevap vermişlerdir.

Tablo 3.2. Katılımcıların siberkondri, bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi ölçeklerine ait puan ortalamaları

Ölçek	n	Minimum	Maksimum	\bar{X}	Ss.
Siberkondri	1321	12	60	30,99	8,05
Bilinçli farkındalık	1321	15	88	53,14	10,78
Sağlık anksiyetesi	1321	18	60	34,39	6,57

Tablo 3.2’de araştırmaya katılan öğrencilerin siberkondri, bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların siberkondri ölçeği puan ortalamaları $30,99 \pm 8,05$, bilinçli farkındalık ölçeği puan ortalamaları $53,14 \pm 10,78$, sağlık anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları ise $34,39 \pm 6,57$ olarak bulunmuştur.

3.2. Normal Dağılıma İlişkin Bulgular

Araştırma verilerinin normal dağılıma uyup uymadığı araştırmada yapılan analizlerin belirlenmesinde belirleyicidir. Normal dağılımın olduğu verilerde parametrik, normal dağılımın olmadığı verilerde ise parametrik olmayan testler kullanılmaktadır.

Tablo 3.3’e göre ölçek maddelerinin çarpıklık ve basıklık değerleri normal dağılım varsayımına göre kabul edilebilir aralıklardır (-2 ile +2 arası) (George ve Mallery, 2019).

Tablo 3.3. Ölçek maddelerinin çarpıklık ve basıklık değerleri

Siberkondri ölçek maddeleri		Bilinçli farkındalık ölçek maddeleri		Sağlık anksiyetesi ölçek maddeleri				
Çarpıklık	Basıklık	Çarpıklık	Basıklık	Çarpıklık	Basıklık			
SB1	-0,171	-0,652	BF1	0,535	0,149	SA1	0,642	1,150
SB2	0,763	-0,33	BF2	-0,316	-0,650	SA2	0,671	-0,042
SB3	-0,434	-0,235	BF3	0,130	-0,321	SA3	-0,189	-0,449
SB4	0,458	-0,429	BF4	0,051	-0,797	SA4	0,355	-0,394
SB5	-0,272	-0,643	BF5	-0,236	-0,736	SA5	1,127	1,339
SB6	0,00	-0,908	BF6	-0,114	-0,690	SA6	1,029	0,745
SB7	0,802	-0,305	BF7	0,024	-0,516	SA7	1,046	0,658
SB8	0,387	-0,715	BF8	-0,190	-0,314	SA8	1,359	1,648
SB9	0,308	-0,646	BF9	-0,186	-0,600	SA9	0,853	0,996
SB10	1,051	0,435	BF10	-0,100	-0,348	SA10	0,651	-0,067
SB11	0,649	-0,613	BF11	0,167	-0,502	SA11	0,354	-0,727
SB12	-0,062	-0,874	BF12	-0,457	-0,649	SA12	0,997	1,204
			BF13	0,416	-0,453	SA13	0,744	0,282
			BF14	-0,086	-0,533	SA14	0,610	0,503
			BF15	-0,246	-0,931	SA15	0,375	-0,619
						SA16	0,785	0,144
						SA17	0,787	-0,270
						SA18	0,999	0,203

3.3. Pearson Korelasyon Analizlerinin Sonuçları

Bu araştırmada siberkondri, bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi değişkenleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon analizi, bir değişkenin iki ya da daha fazla değişken ile arasındaki ilişkiyi ve varsa ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılmaktadır (Obilor ve Amadi,2018). Pearson korelasyon analizi ise korelasyonu ölçmek için kullanılan en yaygın yöntemlerden biridir (Obilor ve Amadi,2018).

Pearson korelasyon katsayısı (r); -1 ile +1 arasında değer almaktadır. Değerin -1 olması iki değişken arasında negatif yönlü kuvvetli doğrusal bir ilişkiyi; +1 olması ise iki değişken arasında pozitif yönlü kuvvetli doğrusal bir ilişkiyi temsil etmektedir (Köklü, Büyüköztürk ve Çokluk, 2006). Pearson korelasyon (r) testi, bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvveti belirlenirken korelasyon katsayısının değerlendirilmesinde Tablo 3.4’te yer alan düzeyler dikkate alınmaktadır. Buna göre, katsayı 0-0,3 arasında değer alıyorsa ilişkinin zayıf, 0,3-0,7 arasında değer alıyorsa ilişkinin orta 0.7-1 arasında değer alıyorsa ilişkinin kuvvetli olduğu yorumu örneklem sayısı da dikkate alınarak yapılabilir (Şahin ve Gürbüz, 2018);

Tablo 3.4. Korelasyon katsayısının değerlendirilmesi

Kuvvetli (-)	Orta (-)	Zayıf (-)	Zayıf (+)	Orta (+)	Kuvvetli (+)
$-1 \leq r < -0,7$	$-0,7 \leq r < -0,3$	$-0,3 \leq r < -0$	$0 \leq r < 0,3$	$0,3 \leq r < 0,7$	$0,7 \leq r < +1$

Değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini gösteren analiz sonuçları Tablo 3.5’te gösterilmektedir. Buna göre ölçekler arasında elde edilen ilişki katsayıları anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$). Buna göre; siberkondri ile bilinçli farkındalık arasında ($p < 0,01$; $r = -0,152$) düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasında ($p < 0,01$; $r = 0,307$) orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi arasında ($p < 0,01$; $r = -0,193$) düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.5. Ölçekler arasındaki ilişkiler (n=1321)

	Siberkondri	Bilinçli farkındalık	Sağlık anksiyetesi
Siberkondri	1	-0,152**	0,307**
Bilinçli farkındalık		1	-0,193**
Sağlık anksiyetesi			1

** $p < 0,01$ (2-kuyruklu), N:1321

3.4. Regresyon Analizleri

Bu araştırmada siberkondri, bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi değişkenlerinin birbirine olan etkilerinin ölçülmesi için basit regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizi, “iki değişken arasındaki ilişkide, birindeki değişimin diğerindeki değişim ile açıklanması amacıyla uygulanan istatistiksel bir yöntemdir” (Cohen vd., 2002).

3.4.1. Bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi

Tablo 3.6'daki basit regresyon analizi sonuçlarına göre model istatistikî olarak tümüyle anlamlıdır ($F=52,934$; $p=0,000<0,05$). Bilinçli farkındalık bağımsız değişkeninin regresyon katsayısı negatif ve anlamlı olduğu için H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.6. Bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi basit regresyon analizi

Bağımlı Değişken	R ²	Düzeltilmiş R ²	S.H.	F	P	Katsayılar	Stand. Edilmemiş Katsayılar	t	p
							b _i		
Sağlık Anksiyetesi	0,039	0,038	0,3581821	52,934	0,000 ^b	(Sabit)	2,264	45,697	0,000
						Bilinçli Farkındalık	-0,100	-7,275	0,000

H_1 : Bilinçli farkındalık sağlık anksiyetesini negatif yönde ve anlamlı olarak etkiler.

3.4.2. Bilinçli farkındalığın siberkondri üzerindeki etkisi

Tablo 3.7'deki basit regresyon analizi sonuçlarına göre model istatistikî olarak tümüyle anlamlıdır ($F: 31,187$; $p=0,000<0,05$). Bilinçli farkındalık bağımsız değişkeninin regresyon katsayısı negatif ve anlamlı olduğu için H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.7. Bilinçli farkındalık ve siberkondri basit regresyon analizi

Bağımlı Değişken	R ²	Düzeltilmiş R ²	S.H.	F	P	Katsayılar	Stand. Edilmemiş Katsayılar	t	p
							b _i		
Siberkondri	0,023	0,022	0,6634648	31,187	0,000 ^b	(Sabit)	3,085	33,613	0,000
						Bilinçli Farkındalık	-0,142	-5,585	0,000

H_2 : Bilinçli farkındalık siberkondriyi negatif yönde ve anlamlı olarak etkiler.

3.4.3. Sağlık anksiyetesinin siberkondri üzerindeki etkisi

Tablo 3.8'deki basit regresyon analizi sonuçlarına göre model istatistikî olarak tümüyle anlamlıdır ($F: 137,084$; $p=0,000<0,05$). Sağlık anksiyetesi bağımsız değişkeninin regresyon katsayısı pozitif ve anlamlı olduğu için H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.8. Sağlık anksiyetesi ve siberkondri basit regresyon analizi

Bağımlı Değişken	R ²	Düzeltilimi R ²	S.H.	F	p	Katsayılar	Stand. Edilmemiş Katsayılar	t	p
							b _i		
Siberkondri	0,094	0,093	0,6388834	137,084	0,000 ^b	(Sabit)	1,505	16,067	0,000
						Sağlık Anksiyetesi	0,564	11,708	0,000

H₃: Sağlık anksiyetesi siberkondriyi pozitif yönde ve anlamlı olarak etkiler.

3.4.4. Bilinçli farkındalık siberkondri ilişkisinde sağlık anksiyetesinin aracılık etkisi

Sağlık anksiyetesi değişkeninin bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki aracılık etkisini incelemek amacıyla yapılan ve Tablo 3.9’da verilmiş olan aracılık etkisi analiz sonucuna göre; modeldeki dolaylı etkinin negatif ($a_1 \times b_1 = -0,0528$) olduğu görülmektedir. Aynı zamanda, bu katsayı $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde sıfır değerini (-0,0528 ile -0,0719 aralığı) içermediğinden, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olduğuna karar verilebilir. Öte yandan, bağımsız değişken bilinçli farkındalığın bağımlı değişken siberkondri üzerindeki doğrudan etkisini belirten c_1 katsayısının istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu ($p=0,0003<0,05$) ifade edilebilir. Bu modelde c_1 katsayısının istatistiksel bakımdan anlamlı ve $a_1 \times b_1 \times c_1$ değeri pozitif olduğundan (0,00460), Zhao ve arkadaşlarının (2010) sınıflandırmasına göre aracılık etkisinin “tamamlayıcı aracılık etkisi (complementary mediation effect)” olduğuna karar verilebilir. Bu durumda, H₄ hipotezinin desteklendiği ifade edilebilir.

Tablo 3.9. Sağlık anksiyetesi aracılık etkisi analiz sonuçları

n	$a_1 \times b_1$				c_1			$a_1 \times b_1 \times c_1$	Hip. No.	Hip. Sonucu
	b _i	LLCI ²	ULCI ²	p	b _i	t	p			
1321	-0,0528	-0,0719	-0,0357	0,0003	-0,0890	-3,5851	0,0003	0,0046	H ₄	KABUL

(1): **BF**: Bilinçli Farkındalık, **SA**: Sağlık Anksiyetesi, **SB**: Siberkondri. Model: BF→SA→SB. Modelde, **a**: Bağımsız Değişken (BF) → Aracı (SA) yolu, **b**: Aracı (SA) → Bağımlı Değişken (SB) yolu, **c**: Bağımsız Değişken (BF) → Bağımlı Değişken (SB) yolu.

(2): **LLCI** (Lower Level of Confidence Interval): Güven Aralığının Alt Seviyesi, **ULCI** (Upper Level of Confidence Interval): Güven Aralığının Üst Seviyesi

H₄: Bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolü bulunmaktadır

3.5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı analizlerin sonuçları verilmektedir.

Tablo 3.10'a göre cinsiyet alt gruplarında siberkondri puan ortalamaları kadınlarda 31,496; erkeklerde ise 30,041'dir. Farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda elde edilen bulgulara göre kadın ve erkeklerin siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,02<0,05$). Buna göre kadınların siberkondri düzeyi erkeklerden daha yüksek çıkmıştır.

Cinsiyet alt gruplarına göre bilinçli farkındalık puan ortalamaları kadınlarda 52,850; erkeklerde ise 53,690'dır. Bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre kadın ve erkeklerin bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,178>0,05$).

Kadınların sağlık anksiyetesinden aldıkları puan ortalamaları 34,769; erkeklerin ise 33,692'dir. Bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre kadın ve erkeklerin sağlık anksiyetesi ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,005<0,05$).

Tablo 3.10. Cinsiyet alt gruplarına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırma (bağımsız örneklem t-testi)

	Ort.	Levene Testi	Cinsiyet alt grup ortalamaları için t-testi		
		p	t	p	Sonuç
Siberkondri	Kadın 31,496 Erkek 30,041	0,839	3,138	0,02	$\bar{X}_{erkek} < \bar{X}_{kadın}$
Bilinçli farkındalık	Kadın 52,850 Erkek 53,690	0,097	-1,348	0,178	Anlamlı bir fark yok
Sağlık anksiyetesi	Kadın 34,769 Erkek 33,692	0,917	2,848	0,005	$\bar{X}_{erkek} < \bar{X}_{kadın}$

Katılımcılara “Kronik bir rahatsızlığınız var mı?” sorusu sorulmuştur. Bu doğrultuda katılımcıların kronik rahatsızlığı olup olmama durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 3.11'de görüldüğü üzere kronik rahatsızlığı olanların siberkondri puan ortalamaları 30,822; kronik bir hastalığı olmayanların puan ortalamaları ise 31,969'dur. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucundan elde edilen bulgulara göre kronik rahatsızlığa sahip olan ile olmayan kişilerin siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,067>0,05$).

Kronik rahatsızlığı olanların bilinçli farkındalık puan ortalamaları 53,617; kronik rahatsızlığı olmayanların ise 50,381'dir. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Kronik rahatsızlığı olmayanların olanlara kıyasla bilinçli farkındalık puan ortalamaları yüksek çıkmıştır.

Kronik rahatsızlığı olmayanların sağlık anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları 34,087 iken kronik rahatsızlığı olanların 36,180'dir. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre kronik rahatsızlığı olmayanların sağlık anksiyetesi düzeyleri kronik hastalığı olanların düzeyine göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,00<0,05$).

Tablo 3.11. Kronik rahatsızlığa sahip olup-olmama durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırma (bağımsız örneklem t-testi)

	Ort.	Levene Testi	Kronik hastalık alt grup ortalamaları için t-testi		
		p	t	p	Sonuç
Siberkondri	Hayır 30,822 Evet 31,969	0,839	-1,833	0,067	Anlamlı bir fark yok
Bilinçli farkındalık	Hayır 53,617 Evet 50,381	0,037	-3,879	0,00	$\bar{X}_{evet} < \bar{X}_{hayır}$
Sağlık anksiyetesi	Hayır 34,087 Evet 36,180	0,01	-3,585	0,00	$\bar{X}_{hayır} < \bar{X}_{evet}$

Tablo 3.12'ye göre ankette "İnternette yer alan bilgilere güvenir misiniz?" sorusuna hayır yanıtını veren katılımcıların siberkondri puan ortalamaları 30,164; evet yanıtını verenlerin ise 32,497'dir. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgulara göre internete güvenip-güvenmeme durumuna göre siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). İnternete güvenmeyen kişilerin güvenenlere kıyasla siberkondri ölçeği puan ortalamaları daha düşük çıkmıştır.

İnternette yer alan bilgilere güvenmeyen katılımcıların bilinçli farkındalık puan ortalamaları 53,290; güvenenlerin ise 52,871'dir. Puan ortalamalarının anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, güvenen ve güvenmeyen katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,500>0,05$).

İnternette yer alan bilgilere güvenen katılımcıların sağlık anksiyetesi puan ortalamaları 34,683; güvenmeyenlerin ise 34,236'dır. Puan ortalamalarının anlamlılığını test

etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre ise güvenen ve güvenmeyen katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,237>0,05$).

Tablo 3.12. İnternete güvenip-güvenmeme durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması (bağımsız örneklem t-testi)

	Ort.	Levene Testi	İnternete güven alt grup ortalamaları için t-testi		
		p	t	p	Sonuç
Siberkondri	Hayır 30,164 Evet 32,497	0,845	-5,086	0,000	$\bar{X}_{hayır} < \bar{X}_{evet}$
Bilinçli farkındalık	Hayır 53,290 Evet 52,871	0,672	0,675	0,500	Anlamlı bir fark yoktur
Sağlık anksiyetesi	Hayır 34,236 Evet 34,683	0,66	-1,182	0,237	Anlamlı bir fark yoktur

Tablo 3.13'e göre ankette "Sağlık eğitimi aldınız mı?" sorusuna hayır yanıtını veren katılımcıların siberkondri puan ortalamaları 31,050; evet yanıtını verenlerin ise 30,825'tir. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgulara göre sağlık eğitimi alıp almama durumuna göre katılımcıların siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p=0,655>0,05$).

Sağlık eğitimi almayan katılımcıların bilinçli farkındalık puan ortalamaları 53,118; alanların ise 53,208'dir. Puan ortalamalarının anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre ise güvenen ve güvenmeyen katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,893>0,05$).

Sağlık eğitimi alan katılımcıların sağlık anksiyetesi puan ortalamaları 34,134; sağlık eğitimi almayanların ise 34,489'dur. Puan ortalamalarının anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre ise güvenen ve güvenmeyen katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,387>0,05$).

Tablo 3.13. Sağlık eğitimi alıp-almama durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırma (bağımsız örneklem t-testi)

	Ort.	Levene Testi	Sağlık eğitimi alt grup ortalamaları için t-testi		
		p	t	p	Sonuç
Siberkondri	Hayır 31,050 Evet 30,825	0,407	0,448	0,655	Anlamlı bir fark yoktur
Bilinçli farkındalık	Hayır 53,118 Evet 53,208	0,333	-0,134	0,893	Anlamlı bir fark yoktur
Sağlık anksiyetesi	Hayır 34,489 Evet 34,134	0,269	0,866	0,387	Anlamlı bir fark yoktur

Tablo 3.14'e göre ankette "Siberkondri kavramını biliyor musunuz?" sorusuna hayır yanıtını veren katılımcıların siberkondri puan ortalamaları 31,389; evet yanıtını verenlerin puan ortalamaları ise 28,822'dir. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgulara göre siberkondri kavramını bilip bilmeme durumu açısından siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,00<0,05$). Siberkondri kavramını bilenlerin siberkondri düzeyi, siberkondri kavramını bilmeyenlere kıyasla daha düşük çıkmıştır.

Siberkondri kavramını bilmeyen katılımcıların bilinçli farkındalık puan ortalamaları 52,927; bilenlerin ise 54,325'tir. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre siberkondri kavramını bilenlerin ve bilmeyenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,090>0,05$).

Siberkondri kavramını bilen katılımcıların sağlık anksiyetesi puan ortalamaları 33,630; bilmeyenlerin ise 34,534'tür. Puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre ise siberkondri kavramını bilen ve bilmeyen katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,072>0,05$).

Tablo 3.14. Siberkondri kavramını bilip-bilmeme durumuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (bağımsız örneklem t-testi)

	Ort.	Levene Testi	Siberkondri kavramını bilip-bilmeme alt grup ortalamaları için t-testi		
		p	t	p	Sonuç
Siberkondri	Hayır 31,389 Evet 28,822	0,746	4,197	0,00	$\bar{X}_{evet} < \bar{X}_{hayır}$
Bilinçli farkındalık	Hayır 52,927 Evet 54,325	0,538	-1,699	0,090	Anlamlı bir fark yoktur
Sağlık anksiyetesi	Hayır 34,534 Evet 33,630	0,344	1,803	0,072	Anlamlı bir fark yoktur

Alt gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA sonuçlarının anlamlı çıktığı durumlarda ($p<0,05$) farklılıkların hangi alt gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için Post-Hoc çoklu karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Öncelikle, Levene testi p değeri 0,05'ten büyük olduğu durumlarda varyansların homojen olduğu varsayımı kabul edilmiştir. Varyansların homojen olduğu varsayımının sağlandığı koşullarda alt gruplarda yaklaşık eşit sayıda katılımcı

olmadığından, Post-Hoc çoklu karşılaştırmalarının yapılabilmesi için yaygın olarak kullanılan Hochberg GT2 testi ve Scheffé testi yapılmıştır. Levene testi p değeri 0,05'ten küçük olduğu durumlarda varyansların homojen olmadığı varsayımı kabul edilmiştir. Bu varsayım altında alt gruplarda yaklaşık eşit sayıda katılımcı olmadığından, post-Hoc çoklu karşılaştırmaların yapılabilmesi için yaygın olarak kullanılan Games-Howell testi yapılmıştır. Bu kapsamda yapılan ANOVA testlerinin analizleri izleyen şekilde verilmiştir.

Katılımcıların fakülte, sınıf, ikamet ettiği yer, sağlık durumu değerlendirmesi, bir yılda sağlık kurumuna ortalama başvuru sayısı, bir günde internette geçirilen süre, en sık kullandıkları sosyal medya araçları, herhangi bir rahatsızlık durumunda ilk başvuru sağlık kurumu ve genel olarak sağlık bilgisine ilk nereden ulaştıklarına göre siberkondri puan ortalamaları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 3.15'te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre sınıf, ikamet ettiği yer, bir günde internette geçirilen süre ve en sık kullandıkları sosyal medya araçları alt gruplarının siberkondri düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte fakülte alt boyutunda siberkondri puan ortalamaları için yapılan tek yönlü ANOVA testi anlamlı ($p=0,025<0,05$) çıksa da çoklu karşılaştırma sağlayan testler anlamlı çıkmamıştır.

Katılımcıların sağlık durumunu nasıl değerlendirdikleri, sağlık kurumuna başvuru sayısı, başvuru sağlık kurumları ve bir rahatsızlık durumunda ilk sağlık bilgisi alma yöntemleri alt gruplarına göre siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre sağlık durumunu orta değerlendirenlerin siberkondri puan ortalamaları ($\bar{X}_{orta}=32,306$) ile iyi olarak değerlendiren ($\bar{X}_{iyi}=30,361$) katılımcıların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,00<0,05$). Bir sene içerisinde sağlık kurumuna ortalama başvuru sayısını hiç olarak işaretleyen katılımcıların siberkondri puan ortalamaları ($\bar{X}_{hiç}=29,365$) ile 5'ten fazla sağlık kurumuna başvuran katılımcıların puan ortalamaları ($\bar{X}_{5tenfazla}=32,238$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,01<0,05$). Herhangi bir rahatsızlık durumunda aile hekimliğine başvuran katılımcıların siberkondri puan ortalamaları ($\bar{X}_{ailehekimisi}=29,804$) ile devlet hastanesine başvuran katılımcıların puan ortalamaları ($\bar{X}_{devlet}=31,618$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,014<0,05$). Elde edilen bulgulara bakıldığında karşılaşılan bir rahatsızlık durumunda ilk bilgiyi doktordan alanlar ile TV-radyo-dergiden alan ve internetten alan katılımcıların siberkondri puan ortalamalarında ($\bar{X}_{tvradyogzt}=32,289$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,00<0,05$).

Tablo 3.15. Sosyodemografik özelliklere göre siberkondri puan ortalamalarının karşılaştırılması (tek yönlü ANOVA testi)

		Varyansların Homojenliği Test		ANOVA		Sonuç
Alt Gruplar	Ortalamalar	Levene İstatistiği	p	F	p	
Fakülteler Mühendislik F. Hukuk F. Eğitim Bilimleri F. Güzel Sanatlar F. İktisadi ve İdari B.F. İletişim F. Sağlık Bilimleri F. Ticari Bilimler F. TOPLAM	29,572 29,899 31,016 32,035 31,784 32,371 31,240 30,478 30,990	1,081	0,373	2,291	0,025*	Anlamli bir fark yok
Sınıf 1.sınıf 2.sınıf 3.sınıf 4.sınıf	31,559 30,215 30,940 30,890	0,514	0,672	1,761	0,153	Anlamli bir fark yok
İkamet ettiği yer Çekirdek aile Akraba ile Yurt/Ev paylaşımı Yalnız	30,964 28,923 31,000 31,654	0,649	0,620	0,480	0,697	Anlamli bir fark yok
Sağlık durumu Kötü Orta İyi	32,346 32,306 30,361	1,339	0,262	0,480	0,00*	$\bar{X}_{iyi} < \bar{X}_{orta}$
Sağlık kurumuna başvuru Hiç 1-5 kez 5'ten fazla	29,365 30,914 32,238	0,133	0,876	6,655	0,01*	$\bar{X}_{hiç} < \bar{X}_{5'ten\ fazla}$
İnternette geçirilen süre 1 saatten az 1-3 saat arası 3 saatten fazla	29,829 30,109 31,464	0,223	0,8	4,419	0,12	Anlamli bir fark yok
Sosyal medya Tiktok/instagram/x Netflix/blutv/disney Google/Yahoo/bing	31,114 31,302 31,464	1,118	0,327	2,680	0,069	Anlamli bir fark yok
Başvurulan sağlık kurumu Aile hekimliği Devlet hastanesi Özel hastane Üniversite hastanesi	29,804 31,618 31,224 31,305	3,593	0,013	3,544	0,014*	$\bar{X}_{ailehekimligi} < \bar{X}_{devlet}$
Bilgi alma Tv-radyo-gazete İnternet Arkadaş/aile Doktor	33,289 32,083 29,812 29,398	0,276	0,843	12,678	0,00*	$\bar{X}_{doktor} < \bar{X}_{tv/radyo/internet}$ $\bar{X}_{doktor} < \bar{X}_{internet}$

(*): Alt grup ortalamaların farkı $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Katılımcıların fakülte, sınıf, ikamet ettiği yer, sağlık durumu değerlendirilmesi, bir yılda sağlık kurumuna ortalama başvuru sayısı, bir günde internette geçirilen süre, en sık kullandıkları sosyal medya araçları, herhangi bir rahatsızlık durumunda ilk başvuru yapılan sağlık kurumu ve genel olarak sağlık bilgisine ilk nereden ulaştıkları kişi ya da araçlara göre bilinçli farkındalık puan ortalamaları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 3.16’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre fakülte, sınıf, ikamet ettiği yer, en çok vakit geçirilen sosyal medya aracı ve herhangi bir rahatsızlık durumunda tercih ettikleri sağlık kuruluşları alt gruplarının bilinçli farkındalık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte herhangi bir rahatsızlık durumunda sağlık bilgisine ilk ulaşma aracı alt boyutu grup puan ortalamaları için yapılan tek yönlü ANOVA testi anlamlı çıksa da çoklu karşılaştırma sağlayan testler anlamlı çıkmamıştır.

Katılımcıların sağlık durumlarını değerlendirme derecesi, bir yıl içerisinde sağlık kurumlarına ortalama başvuru sayısı ve internette geçirilen süre alt gruplarının bilinçli farkındalık puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri sağlık durumunu orta olarak değerlendirenlerden; sağlık durumunu orta olarak değerlendirenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ise kötü olarak değerlendirenlerden anlamlı olarak farklı çıkmıştır ($p=0,00<0,05$). Elde edilen bulgulara göre bir yıl içerisinde sağlık kurumlarına ortalama başvuru sayısı 5’ten fazla olanların bilinçli farkındalık düzeyleri ile 1 ila 5 kez başvuranların bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006<0,05$). Katılımcıların internette geçirdikleri süreler göz önüne alındığında; 1 saatten daha az süre geçirenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile 1-3 saat arasında ve 3 saatten fazla geçirenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,002<0,05$).

Tablo 3.16. Demografik özelliklere göre bilinçli farkındalık puan ortalamalarının karşılaştırılması (tek yönlü ANOVA testi)

Alt Gruplar	Ortalamalar	Varyansların Homojenliği Test		ANOVA		Sonuç
		Levene İstatistiği	p	F	p	
Fakülteler Mühendislik F. Hukuk F. Eğitim Bilimleri F. Güzel Sanatlar F. İktisadi ve İdari B.F. İletişim F. Sağlık Bilimleri F. Ticari Bilimler F. TOPLAM	52,274 51,424 52,907 52,514 55,359 51,414 54,586 52,902 53,142	0,552	0,795	2,523	0,14	Anlamli bir fark yok
Sınıf 1.sınıf 2.sınıf 3.sınıf 4.sınıf	53,020 53,509 52,928 53,148	0,596	0,618	0,170	0,917	Anlamli bir fark yok
İkamet ettiği yer Çekirdek aile Akraba ile Yurt/Ev paylaşımı Yalnız	53,229 52,538 53,355 51,833	1,706	0,164	0,461	0,709	Anlamli bir fark yok
Sağlık durumu Kötü Orta İyi	45,038 51,371 54,172	0,192	0,825	17,220	0,00*	$\bar{X}_{\text{kötü}} < \bar{X}_{\text{orta}}$ $\bar{X}_{\text{kötü}} < \bar{X}_{\text{iyi}}$
Sağlık kurumuna başvuru Hiç 1-5 kez 5'ten fazla	52,798 53,742 51,361	3,865	0,021	5,139	0,006*	$\bar{X}_{5'ten\ fazla} < \bar{X}_{1-5kez}$
İnternette geçirilen süre 1 saatten az 1-3 saat arası 3 saatten fazla	48,170 54,092 52,926	1,609	0,200	6,171	0,002*	$\bar{X}_{1saaten\ az} < \bar{X}_{1-3\ saat}$ $\bar{X}_{1saaten\ az} < \bar{X}_{3saatten\ fazla}$
Sosyal medya Tiktok/instagram/x Netflix/blutv/disney Google/Yahoo/bing	53,037 53,513 52,902	0,952	0,386	0,271	0,763	Anlamli bir fark yok
Başvurulan sağlık kurumu Aile hekimliği Devlet hastanesi Özel hastane Üniversite hastanesi	53,193 52,346 53,693 53,926	3,979	0,008	1,346	0,258	Anlamli bir fark yok
Bilgi alma Tv-radyo-gazete İnternet Arkadaş/aile Doktor	50,631 52,692 51,187 54,320	1,837	0,139	3,937	0,008*	Anlamli bir fark yok

(*): Alt grup ortalamaların farkı $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Katılımcıların fakülte, sınıf, ikamet ettiği yer, sağlık durumu değerlendirmesi, bir yılda sağlık kurumuna ortalama başvuru sayısı, bir günde internette geçirilen süre, en sık kullandıkları sosyal medya araçları, herhangi bir rahatsızlık durumunda ilk başvuru olan sağlık kurumu ve genel olarak sağlık bilgisine ilk nereden ulaştıkları kişi ya da araçlara göre sağlık anksiyetesi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 3.17’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre fakülteler, sınıf, ikamet ettiği yer, internette geçirilen süre, en sık kullanılan sosyal medya aracı ve bir rahatsızlık durumunda sağlık bilgisine ilk ulaşma araçları alt boyutlarına göre sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte herhangi bir rahatsızlık durumunda tercih edilen sağlık kuruluşu alt boyutu grup puan ortalamaları için yapılan tek yönlü ANOVA testi anlamlı çıksa da çoklu karşılaştırma sağlayan testler anlamlı çıkmamıştır.

Katılımcıların sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri ve bir yılda ortalama sağlık kurumlarına başvuru sayısı alt boyutlarına göre sağlık anksiyetesi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Elde edilen bulgulara göre sağlık durumunu kötü, orta ve iyi olarak değerlendiren katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,00<0,05$). Sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin sağlık anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları, iyi olarak değerlendirenlere kıyasla daha düşüktür. Ayrıca sağlık durumunu orta olarak değerlendirenlerin sağlık anksiyetesi puan ortalamaları da iyi olarak değerlendirenlere kıyasla daha düşüktür. Bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna hiç başvurmayan katılımcılar ile 5’ten fazla başvuru yapan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında ve 1 ila 5 kez başvuru yapanlar ile 5’ten fazla başvuru yapan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,00<0,05$).

Tablo 3.17. Demografik özelliklere göre sağlık anksiyetesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (tek yönlü ANOVA testi)

		Varyansların Homojenliği Test		ANOVA		Sonuç
Alt Gruplar	Ortalamalar	Levene İstatistiği	p	F	p	
Fakülteler						
Mühendislik F.	33,716	0,990	0,437	1,724	0,99	Anlamlı bir fark yok
Hukuk F.	34,989					
Eğitim Bilimleri F.	34,977					
Güzel Sanatlar F.	35,088					
İktisadi ve İdari B.F.	33,497					
İletişim F.	33,671					
Sağlık Bilimleri F.	34,240					
Ticari Bilimler F.	34,782					
TOPLAM	34,395					
Sınıf						
1.sınıf	34,849	0,776	0,508	1,506	0,211	Anlamlı bir fark yok
2.sınıf	33,867					
3.sınıf	34,377					
4.sınıf	34,197					
İkamet ettiği yer						
Çekirdek aile	34,447	2,582	0,502	0,189	0,904	Anlamlı bir fark yok
Akraba ile	34,076					
Yurt/Ev paylaşımı	33,955					
Yalnız	34,214					
Sağlık durumu						
Kötü	38,461	13,391	0,00	44,117	0,00*	$\bar{X}_{iyi} < \bar{X}_{orta}$ $\bar{X}_{iyi} < \bar{X}_{kötü}$
Orta	36,638					
İyi	33,270					
Sağlık kurumuna başvuru						
Hiç	33,762	7,965	0,00	46,176	0,00*	$\bar{X}_{hiç} < \bar{X}_{5ten\ fazla}$ $\bar{X}_{1-5kez} < \bar{X}_{5ten\ fazla}$
1-5 kez	33,508					
5'ten fazla	37,723					
İnternette geçirilen süre						
1 saatten az	33,170	1,384	0,251	1,226	0,294	Anlamlı bir fark yok
1-3 saat arası	34,169					
3 saatten fazla	34,559					
Sosyal medya						
Tiktok/instagram/x	34,511	1,271	0,281	0,886	0,413	Anlamlı bir fark yok
Netflix/blutv/disney	34,389					
Google/Yahoo/bing	34,559					
Başvurulan sağlık kurumu						
Aile hekimliği	33,587	8,251	0,00	3,102	0,026*	Anlamlı bir fark yok
Devlet hastanesi	34,727					
Özel hastane	34,444					
Üniversite hastanesi	35,557					
Bilgi alma						
Tv-radyo-gazete	36,500	4,257	0,005	1,379	0,247	Anlamlı bir fark yok
İnternet	34,389					
Arkadaş/aile	34,237					
Doktor	34,269					

(*): Alt grup ortalamaların farkı $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yapılan analizlere göre bilinçli farkındalık, sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyleri yukarıda da gösterildiği gibi bazı sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterirken bazılarında göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu nedenle H₅ H₆ H₇ hipotezleri kısmen kabul edilmiştir.

3.6. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Araştırmanın hipotezleri ve bu hipotezlerin sonuçlarına dair bilgiler Tablo 3.18’de yer almaktadır.

Tablo 3.18. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotezler		Sonuç
H ₁	Bilinçli farkındalık sağlık anksiyetesini negatif yönde ve anlamlı olarak etkiler.	Kabul
H ₂	Bilinçli farkındalık siberkondriyi negatif yönde ve anlamlı olarak etkiler.	Kabul
H ₃	Sağlık anksiyetesi siberkondriyi pozitif yönde ve anlamlı olarak etkiler.	Kabul
H ₄	Bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolü bulunmaktadır.	Kabul
H ₅	Bilinçli farkındalık düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul
H ₆	Sağlık anksiyetesi düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul
H ₇	Siberkondri düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul

4. TARTIŞMA

Bu araştırma üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık ile siberkondri arasındaki ilişkiyi tespit ederek bu ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolünün olup olmadığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan temel soru ve alt soruların cevaplandırıldığı araştırmada elde edilen önemli bulgular izleyen şekildedir.

Araştırmada katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Siberkondri ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60'tır. Araştırmaya katılanların siberkondri ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ise ($\bar{X}_{SB}=30,99$) ortalama düzeydedir. Literatüre bakıldığında; Uzun'un (2016) bir üniversitede akademisyenler üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada, katılımcıların siberkondri düzeylerinin ortalama düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma ve literatürdeki diğer çalışmalar karşılaştırıldığında çalışma bulgularının yaş, eğitim, medeni durum, ebeveyn olma durumu gibi birçok değişkenden etkilendiği söylenebilir. Bu araştırma ise tek bir vakıf üniversitesinde, sınırlı yaş aralığında olan ve sosyodemografik olarak benzer bir grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların bilinçli farkındalık ölçeği için alınabilecekleri en yüksek puan 90'dır. Bu araştırmada katılımcıların bilinçli farkındalık puan ortalamalarının ortalama düzeyin üzerinde olduğu tespit edilmiştir ($\bar{X}_{BF}=53,14$). Gül'ün (2024) daha önce hiç bilinçli farkındalık uygulaması yapmamış olan 500 kişi üzerinde yaptığı çalışmada da bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde katılımcıların bilinçli farkındalık ölçeği puan ortalamaları ortalama düzeyin üzerinde çıkmıştır. Sağlık anksiyetesi ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 72 olduğu göz önünde bulundurulduğunda ise katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin ortalama düzeye yakın olduğu söylenebilir ($\bar{X}_{SA}=34,39$). Literatür incelendiğinde, Özdelikara ve arkadaşlarının (2018) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin sağlık anksiyetesi ölçeği puan ortalamaları bu çalışmada elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bununla birlikte erkek katılımcıların siberkondri ($\bar{X}_{erkek}=30,041$) ve sağlık anksiyetesi puan ortalamalarının ($\bar{X}_{erkek}=33,692$) kadın katılımcıların siberkondri ($\bar{X}_{kadın}=31,496$) ve sağlık anksiyetesi puan ortalamalarından ($\bar{X}_{kadın}=34,769$) daha düşük olduğu ortaya konulmuştur. Literatüre göre, kişilerin siberkondri, sağlık anksiyetesi ve bilinçli farkındalık düzeyleri

cinsiyet, yaş gibi birçok değişkene göre farklılık gösterebilmektedir (Ülev, 2014; Uzun, 2016; Atalı, 2023). Blalock ve Joiner (2000) yaptıkları bir çalışmada, anksiyete ve anksiyete ile ilişkili rahatsızlıklarda cinsiyet ve yaşın yordayıcı özelliklerinin olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bu araştırmanın bulgusu, literatürde sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin kadınlarda daha yaygın olduğunu ortaya koyan önceki çalışmalarla uyumludur (Taylor & Asmundson, 2004; Starcevic & Berle, 2013). Kadınların sağlık bilgisi arama davranışlarına daha fazla zaman ayırdığı ve sağlıkla ilgili risklere karşı daha duyarlı oldukları literatürde sıkça belirtilmiştir. Literatürde teknolojiye ve bilgiye erişimin kolaylaşması ile birlikte interneti kullanım şeklinin ve bu durumun etkilerinin cinsiyete göre farklılaştığı da vurgulanmaktadır (Zorbaz ve Tuzgöl, 2014).

Araştırmada katılımcıların kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmama durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermedikleri incelenmiştir. Katılımcıların siberkondri düzeyleri kronik hastalığa sahip olup olmamalarına göre farklılık göstermezken bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi düzeylerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların bilinçli farkındalık puan ortalamaları ($\bar{X}_{\text{kronikolan}}=50,381$) kronik hastalığı olmayanlardan daha düşüktür ($\bar{X}_{\text{kronikolmayan}}=53,617$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların sağlık anksiyetesi puan ortalamaları ($\bar{X}_{\text{kronikolmayan}}=34,087$) kronik hastalığı olanlardan ($\bar{X}_{\text{kronikolan}}=36,180$) daha düşük çıkmıştır. Literatür incelendiğinde Karadakovan ve Aslanı'n (2010) yaptıkları bir çalışmada kronik rahatsızlığı olan kişilerin, rahatsızlığa dair psikolojik ve sosyal uyum süreçlerinde sağlık anksiyetesi ve farkındalık düzeylerinin birçok etkene bağlı olarak olumlu ya da olumsuz olarak etkilenebileceği vurgulanmaktadır. Kronik hastalıklar kişilerde stres, sağlık anksiyetesi, depresyon gibi olumsuz sonuçlar yaratabilirken; o rahatsızlığa uyum sağlama çabasıyla farkındalık düzeylerini de artabilmektedir (Çam ve Saka 2006). Kalmaz ve Temel'in (2024) yürüttükleri kesitsel bir çalışmada kronik rahatsızlığı olanların orta düzeyde siberkondri ve yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi gösterdikleri tespit edilmiştir. Gündüz'ün 2016 yılında yaptığı bir çalışmada kronik hastalığa sahip olanların olmayanlara göre bilinçli farkındalık düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı ortaya konulmuştur. Aynı şekilde Ünsar ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında da bilinçli farkındalık düzeyleri kronik hastalığa sahip olup olmamaya göre bir farklılık göstermemektedir.

Araştırmada katılımcıların internete güvenme durumuna göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda internette yer alan bilgilere güvenen kişilerin siberkondri düzeyleri ($\bar{X}_{\text{güvenen}}=32,497$) ve güvenmeyenlerin siberkondri düzeyleri ($\bar{X}_{\text{güvenmeyen}}=30,164$) arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İnternette yer alan bilgilere güvenen katılımcıların siberkondri düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Literatür incelediğinde; Bahadır (2021) yapmış olduğu bir çalışmada internete güvenen kişilerin, tekrarlayan internet kullanımının siberkondri için hem neden hem de sonuç olabileceğini söylemektedir. Bu noktada bu araştırmada yer alan sonuçlar literatür ile uyumludur. Bilinçli farkındalık düzeyi internete güvenmeyen kişilerde güvenenlere göre daha yüksek çıksa da analizler sonucunda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Sağlık anksiyetesi açısından incelendiğinde ise yine anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ancak siberkondri ve sağlık anksiyetesinin birbirini etkilediğini vurgulayan çalışmalarda internete güvenen kişilerin sağlık anksiyetesinin yüksek olabileceğine dair vurgular yapılmaktadır. Örneğin, literatürde yer alan araştırmalar, daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesinin, internete güvenme ve internet kullanım oranı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Bajcar vd., 2019).

Siberkondri, internet kullanımının artmasıyla beraber ortaya çıkan bir kavramdır. Bu çalışmada oldukça yeni bir kavram olan siberkondri ile ilgili bilinirlik ve farkındalık düzeylerinin düşük olabileceği öngörülmüştür. Bu öngörüü incelemek amacıyla katılımcılara “Siberkondri kavramını biliyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Bu bağlamda, siberkondri kavramını bilmeyenlerin siberkondri puan ortalamaları ($\bar{X}_{\text{bilmeyen}}=31,389$) siberkondri kavramını bilenlerin siberkondri puan ortalamalarına ($\bar{X}_{\text{bilen}}=28,822$) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Sorulan bu soru temelinde evet veya hayır yanıtını veren katılımcılar arasında bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi puan ortalamaları için anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Araştırmada katılımcıların sağlık durumunu algılama derecesine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren kişilerin siberkondri puan ortalamaları ($\bar{X}_{\text{iyi}}=30,361$) sağlık durumunu orta olarak değerlendirenlere ($\bar{X}_{\text{orta}}=32,306$) kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür. Literatür incelendiğinde Ekinci'nin (2020) 18-75 yaş arası kişilerde yaptığı çalışmada sağlık durumunu kötü, orta ve iyi olarak değerlendirenlerin siberkondri düzeylerinin ortalama düzeyde olduğu ve farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Literatüre göre siberkondrinin zihinsel bir süreç olduğu göz önüne alındığında kişinin sahip olduğu ya da

algıladığı sağlık seviyesi oldukça belirleyici bir faktördür. Bir rahatsızlığın varlığı ve o rahatsızlığın algılanış şekli siberkondriyi tetikleyebilmektedir (Bati vd., 2018). Rahatsızlık durumunda kişi tıbbi yardım almadan önce internette rahatsızlığı ile ilgili bilgi arayışına girmekte ve araştırmaları sonucunda edindiği bilgilerden yola çıkarak kendi sağlık durumunu kötü olarak algılayabilmektedir (Serra-Negra vd., 2022; Pawar vd., 2022). Sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcıların bilinçli farkındalık puan ortalaması ($\bar{X}_{kötü}=45,038$) ile orta ($\bar{X}_{orta}=51,371$) ve iyi ($\bar{X}_{iyi}=54,172$) olarak değerlendiren katılımcıların bilinçli farkındalıkları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Uçar ve Karaca'nın (2024) üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık toplam puanı ile genel sağlık algısı toplam puanı arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki tespit etmişlerdir. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların sağlık anksiyetesi puan ortalamaları ($\bar{X}_{iyi}=33,270$), sağlık durumlarını orta ($\bar{X}_{orta}=36,638$) ve kötü ($\bar{X}_{kötü}=38,461$) olarak değerlendirenlere kıyasla düşük çıkmıştır. Literatür incelendiğinde ise Özdelikara ve arkadaşlarının (2018) öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmada sağlık algısı ve sağlık anksiyetesinin puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada katılımcıların bir yıl içerisinde sağlık kurumlarına ortalama başvuru sayısına göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Sağlık kurumlarına 5 kereden fazla başvuruda bulunanların ($\bar{X}_{5tenfazla}=32,238$) hiç başvuruda bulunmayanlara ($\bar{X}_{hiç}=29,365$) kıyasla siberkondri düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Doğanıyigit ve Keçeligil'in 2022 yılında yaptıkları araştırmada siberkondri ile sağlık kurumuna başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde diğer kaynaklara bakıldığında ise siberkondri düzeyi yüksek olan kişilerde tıbbi kanıtlar sağlıklı olduğunu gösterse dahi siberkondri ve anksiyete kaynaklı davranışların devam ettiği ifade edilmiştir (Loss, 2013; McElroy ve Shevlin, 2014; Jeffer vd., 2015; Gül vd., 2016) Bilinçli farkındalık düzeyleri açısından incelendiğinde ise 5 kereden fazla başvuruda bulunanlar ($\bar{X}_{5tenfazla}=51,361$) ile 1 ila 5 kez başvuru yapanlar ($\bar{X}_{1-5kez}=53,742$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ve 5 kereden fazla başvuruda bulunan katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri daha düşük çıkmıştır. Herhangi bir rahatsızlık durumunda 1 yıl içerisinde sağlık kurumlarına 5 kereden fazla başvuru yapanların ($\bar{X}_{5tenfazla}=37,723$) sağlık anksiyetesi düzeyi hiç başvuru yapmayanlara ($\bar{X}_{hiç}=33,762$) ve 1 ila 5 kez başvuru yapanlara ($\bar{X}_{1-5kez}=33,508$) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan bu araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu ise herhangi bir rahatsızlık durumunda öncelikle aile hekimine başvuranların ($\bar{X}_{\text{ailehekim}}=29,804$) siberkondri düzeylerinin devlet hastanelerine başvuranlara ($\bar{X}_{\text{devlet}}=31,618$) kıyasla daha düşük olmasıdır. Aile hekimini tercih eden kişiler, genellikle daha düşük seviyede bir sağlık anksiyetesi ya da rahatsızlık hissi yaşıyor olabilirler. Bu kişiler, sorunlarının temel bir sağlık hizmetiyle çözülebileceğine inanabilirler. Ayrıca aile hekimine başvurmak, genellikle daha hızlı ve kolaydır. Bu, özellikle anksiyete seviyesi daha düşük olan kişiler için tercih sebebi olabilir. Devlet hastanelerini tercih edenler ise daha ciddi sağlık problemleri yaşadığını düşünebilir ya da uzman görüşüne ihtiyaç duyduklarını hissedebilirler. Özellikle siberkondrik kişiler internetteki bilgilerden etkilenerak rahatsızlıklarını ciddi bir durum olarak algılayabilir ve devlet hastanesi gibi daha kapsamlı bir tedavi alacaklarını düşündükleri bir kurumu seçebilirler.

Sağlık bilgisi edinme yöntemleri, kişilerin sağlık anksiyetelerini ve siberkondri düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın, doğru ve güvenilir bir kaynağa ulaşmayı sağlaması sebebiyle kişilerin sağlık anksiyetesini azaltmada ve siberkondri düzeylerini düşürmede etkili olduğu görülmektedir. Araştırmalar, doktordan alınan sağlık bilgisinin siberkondri düzeylerini anlamlı şekilde düşük tuttuğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, kişilerin sağlık profesyonellerinden aldıkları bilgilerin daha güvenilir, açıklayıcı ve yönlendirici olmasıyla ilişkilendirilebilir (Starcevic ve Berle 2013; Özçelik ve Üstündağ, 2021). Bu araştırmada sağlık bilgisine doktordan ulaşanların ($\bar{X}_{\text{doktor}}=29,398$) siberkondri düzeyleri internetten ($\bar{X}_{\text{internet}}=32,038$) ve TV-radyo- gazete ($\bar{X}_{\text{tvradyogazete}}=33,289$) gibi kitle iletişim araçlarından ulaşanlara kıyasla daha düşük çıkmıştır. Ekinci'nin (2020) üniversite öğrencilerinde yaptığı benzer bir çalışmada bir rahatsızlık durumunda ilk internete başvuranlarda siberkondri düzeyi anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Öte yandan, internet ve kitle iletişim araçları gibi bilgi kaynaklarına yönelen kişilerde siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Fergus 2014; Ekinci 2020; Özçelik ve Üstündağ, 2021). İnternette yer alan bilgilerin genellikle doğrulanmamış veya eksik olması, bireylerin rahatsızlıklarını ciddi bir hastalık olarak yorumlamasına neden olabilir. Literatürde, TV-radyo-gazete gibi genel bilgi kaynaklarına yönelen kişilerde de benzer şekilde, sağlık anksiyetesi düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, medyada sağlıkla ilgili bilgilerin genellikle abartılı veya dikkat çekici bir şekilde sunulmasından kaynaklanabilir. Sağlık bilgisi edinme sürecindeki bu tür

manipülatif veya yetersiz bilgi, bireylerin sağlık anksiyetesini besleyebilir ve yanlış değerlendirmelere neden olabilir.

Araştırmada katılımcıların internette geçirdikleri süreye göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan bu çalışmada, internette 1 saatten daha az vakit geçiren katılımcıların ($\bar{X}_{1\text{saatten az}}=48,170$) bilinçli farkındalık düzeylerinin 1 ila 3 saat arası vakit geçirenlere ($\bar{X}_{1-3\text{saat}}=54,092$) ve 3 saatten daha fazla vakit geçirenlere ($\bar{X}_{3\text{saatten fazla}}=52,926$) kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın bulguları literatür ile karşılaştırıldığında farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıklar internetin kullanım amaçlarından kaynaklanıyor olabilir. Literatür incelendiğinde, kişilerin internette geçirdikleri sürenin bilinçli farkındalık düzeyleri üzerinde anlamlı bir negatif etkiye sahip olduğunu göstermektedir. İskender ve Akın (2011), bilinçli farkındalık ile internet bağımlılığı arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum, uzun süre internet kullanan kişilerin çevresel uyaranlardan uzaklaşarak kendi düşüncelerine daha az odaklandığını ve dolayısıyla bilinçli farkındalık düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Miller ve Fleming (2008), uzun süre internet kullanımının kişilerin bilinçli farkındalık düzeylerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Bunun nedeni, uzun süreli internet kullanımının bireylerin zihinsel enerji ve dikkat kapasitelerini tüketmesi ve gerçek yaşam deneyimlerinden kopmalarına yol açması olabilmektedir.

Araştırmada bilinçli farkındalık ile sağlık anksiyetesi arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla birlikte bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesini negatif yönde ve anlamlı bir şekilde etkilediği ortaya konularak H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Bu durum bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça (azaldıkça) sağlık anksiyetesinin azalacağını (artacağını) göstermektedir. Bilinçli farkındalık, kişilerin duygusal ve fiziksel durumlarının farkında olmasını sağlayarak, anksiyete düzeylerini azaltıcı bir etki yaratmaktadır. Literatürde diğer kaynaklar incelendiğinde de bu durum desteklenmektedir. Örneğin, O'Bryan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında bilinçli farkındalık becerilerinin, sağlık anksiyetesi gibi duygusal hassasiyetleri azalttığı ve belirsizliklere karşı tahammülü artırdığı ifade edilmiştir. Benzer şekilde, Shapiro ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bilinçli farkındalık temelli müdahaleleri içeren çalışmalarında bilinçli farkındalığın depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere karşı etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Araştırmanın sonuçları, özellikle yüksek sağlık anksiyetesine sahip olan kişilerde bilinçli farkındalık temelli terapilerin etkili bir müdahale yöntemi olarak kullanılabileceğini desteklemektedir.

Araştırmada bilinçli farkındalık ile siberkondri arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla birlikte bilinçli farkındalığın siberkondriyi negatif yönde ve anlamlı olarak etkilediği ortaya konularak H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Bu durum bilinçli farkındalık düzeyleri arttıka (azaldıkça) siberkondrinin azalacağını (artacağını) göstermektedir. Bilinçli farkındalık, kişilerin çevrimiçi bilgi arama davranışlarına karşı daha bilinçli bir yaklaşım sergilemelerini sağlamaktadır ve siberkondri davranışlarını da azaltmaktadır. Liao ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları araştırmada, bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin, siberkondri semptomlarını hafifletmede etkili olduğu ifade edilmektedir.

Araştırmada sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte sağlık anksiyetesinin siberkondriyi pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği ortaya konularak H₃ hipotezi kabul edilmiştir. Bu durum sağlık anksiyetesi arttıka (azaldıkça) siberkondrinin arttığını (azaldığını) göstermektedir. Bu bulgu, White ve Horvitz'in (2009) sağlık anksiyetesi ile çevrimiçi bilgi arama davranışı arasındaki ilişkinin güçlü olduğunu vurgulayan çalışmalarını desteklemektedir. Ayrıca, Uzun'un (2016) yaptığı araştırmada da siberkondrinin temelinde sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada sağlık anksiyetesinin, bilinçli farkındalık ile siberkondri arasındaki ilişkide aracılık rolünün bulunduğu ortaya konularak H₄ hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre, bilinçli farkındalık hem doğrudan hem de sağlık anksiyetesi üzerinden siberkondriyi negatif yönde etkilemektedir. Bilinçli farkındalıktaki artış doğrudan siberkondrinin azalmasına neden olurken sağlık anksiyetesini azaltarak dolaylı olarak siberkondrinin azalmasına neden olmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık ile siberkondri arasındaki ilişkiyi tespit ederek bu ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolünü ortaya koymuştur. Bilinçli farkındalık, sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde incelenmiş ve araştırmada önemli sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaya ilişkin önemli sonuçlar izleyen şekilde sunulmuştur.

Katılımcıların siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin cinsiyete göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Kronik rahatsızlığı olan katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin daha düşük, sağlık anksiyetesi düzeylerinin ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnternette yer alan bilgilere güvenen katılımcıların ve siberkondri kavramını bilmeyen katılımcıların siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Siberkondri düzeylerinin; sağlık durumunu nasıl değerlendirdikleri, sağlık kurumuna başvuru sayısı, başvuru yapılan sağlık kurumları ve bir rahatsızlık durumunda ilk sağlık bilgisi alma yöntemlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin; sağlık durumlarını değerlendirme derecesi, bir yıl içerisinde sağlık kurumlarına ortalama başvuru sayısı ve internette geçirilen süreye göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sağlık anksiyetesi düzeylerinin ise sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri ve bir yılda ortalama sağlık kurumlarına başvuru sayısına göre farklılık gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Bilinçli farkındalığın sağlık anksiyetesini ve siberkondriyi negatif yönde ve anlamlı olarak; sağlık anksiyetesinin siberkondriyi pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın en önemli ve özgün sonucu ise bilinçli farkındalık ve siberkondri arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracılık rolünün tespit edilmiş olmasıdır. Bu bulgular doğrultusunda izleyen öneriler sunulmuştur;

- Kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kız öğrencilere yönelik bilinçli farkındalık temelinde uygulamalar tasarlanmalıdır. Kız öğrencilerin okul, aile ve sosyal yaşam yüklerinden kaynaklanan streslerini yönetebilecek yoga, nefes çalışmaları ve kişisel gelişim atölyeleri düzenlenebilir. Sağlık konularında yanlış bilgilere karşı, uzman onaylı bilgilerin paylaşıldığı çevrimiçi atölyeler düzenlenebilir.

- Kronik rahatsızlığı olan öğrencilere sağlık anksiyetesiyle başa çıkabilmeleri için psikolojik destek sağlanmalıdır. Benzer deneyimlere sahip kişilerin bir araya gelebileceği destek grupları oluşturulabilir.
- Kronik rahatsızlığı olan öğrencilere yönelik bilinçli farkındalık eğitimleri düzenlenerek anksiyete, stres ve depresyon düzeylerinin azaltılması ve iyilik hallerinin desteklenmesi hedeflenebilir.
- Kronik rahatsızlığı olan öğrencilerin sağlık bilgisi ararken güvenilir kaynaklara nasıl yönelebileceği ve elde ettikleri bilgilerin doğruluğunu nasıl değerlendirebilecekleri dijital sağlık okuryazarlığı eğitimleriyle öğretilir.
- Üniversiteler mobil uygulama ve çevrim içi terapilerle kronik rahatsızlığı ya da erişim engeli olan öğrenciler için sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin önüne geçilebilecek erişilebilir destekler sağlanabilir.
- Sağlık durumunu iyi değerlendiren öğrenciler daha düşük sağlık anksiyetesi düzeyine sahiptir. Ancak, aşırı güven nedeniyle sağlık kontrollerini ihmal edebilir veya sağlık bilgisi aramalarında dikkatli olmayabilirler. Bu sebeple düzenli sağlık kontrollerinin önemi vurgulanarak, “önleyici sağlık davranışlarının” teşvik edilmesi sağlanabilir. İnternet üzerinde sağlık bilgisi ararken doğru kaynaklara yönelmeleri için dijital sağlık okuryazarlığına yönelik programlar düzenlenebilir. Bilinçli farkındalık uygulamaları ile beden farkındalığı artırılarak, sağlığı ihmal etme eğilimlerinin önüne geçilebilir.
- Bu araştırmaya göre sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren öğrencilerde, sağlık anksiyetesi yüksektir ve bu durum daha fazla siberkondri davranışını tetikleyebilmektedir. Bu kişiler, genellikle sağlık hizmetlerine daha sık başvurabilmektedirler. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programlarıyla, kişilerin hastalıklarıyla barışık olmaları sağlanabilir. Bu kişiler için üniversitelerin sağlık birimleri tarafından düzenli doktor kontrolleri planlanarak, öğrencilerin internet üzerinden bilgi aramalarını azaltmaları sağlanabilir. Öğrencilerin sağlık durumlarını algılama biçimleri ve bireysel ihtiyaçlarına göre farklı stratejiler belirlenebilir. Bu araştırmaya göre sağlık durumunu kötü değerlendirenler için koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık durumu iyi olarak değerlendirenler için ise önleyici sağlık programları uygulanabilir.
- Sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlenen öğrenciler için üniversitelerin sağlık birimleri, öğrencileri sağlık durumlarına göre aile hekimliğine ya da tam teşekküllü diğer hastanelere yönlendirebilir. Yönlendirme

yaparken öğrenci ile ilgili sisteme not düşülerek iş birliği planlanabilir. Bu iş birlikleri şu şekilde olabilir;

- Aile hekimlerinin, öğrencilerin sağlık anksiyete düzeylerini anlamak için kısa bir anket ya da değerlendirme yapması YÖK ve Sağlık Bakanlığı tarafından teşvik edilmeli ve sağlık anksiyetesi yüksek öğrencilere düzenli takip ve gerekirse psikolojik danışmanlık önerilmelidir. Aile hekimleri, kişilere güvenilir sağlık bilgisi kaynakları önererek yanlış bilgilere erişimi engellenebilir. Aile sağlığı merkezlerinde bilinçli farkındalık temelli uygulamalar için kısa eğitim programları sunulabilir. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırmak için farkındalık temelli bireysel planlar oluşturulabilir.
- Devlet hastanelerine yönlendirilen öğrenciler genellikle semptomları ciddi algılayan ve ileri tetkik isteyen hastalardan oluşur. Sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin tetiklenmesine karşı polikliniklerde stres ve anksiyete yönetimi broşürleri ve bilgilendirici içerikler sunulabilir. Öğrenciler, Devlet hastanelerindeki psikolojik danışma birimlerinde, stres yönetimi ve farkındalık eğitimleri düzenlenebilir.
- Üniversiteler psikoloji bölümü iş birliği ile grup bazlı farkındalık ve anksiyete yönetimi seansları düzenlenebilir. Örneğin, öğrenciler için psikodrama çalışmaları düzenlenebilir. Bu sayede öğrenciler yaşadıkları sorunları drama yöntemi ile ele alarak farklı bakış açıları geliştirebilirler. Üniversiteler tarafından duygu düzenleme eğitimleri verilebilir. Duygu düzenleme eğitimleri öğrencilere duygularını tanıma ve yönetme becerisi kazandıracığından bilinçli farkındalık düzeylerini arttırmaya yardımcı olur.
- Millî Eğitim Bakanlığı ve YÖK nezdindeki okullarda, özellikle lise ve üniversite düzeyinde sağlık okuryazarlığı programları başlatılabilir. Bu programlarla, gençlerin doğru sağlık bilgisine nasıl erişebilecekleri ve siberkondriyi nasıl engelleyebileceklerine ilişkin eğitimler verilebilir. Öğrencilere, internetten alınan sağlık bilgileri konusunda erken yaşta eğitim verilebilir. Öğrenciler için anksiyete ve stres yönetimi eğitimleri okullarda seçmeli ders olarak sunulabilir. Öğrenciler için özel olarak hazırlanan bilinçli farkındalık ve stres yönetimi programları, okul müfredatına entegre edilebilir. Zihinsel sağlık, anksiyete yönetimi ve bilinçli farkındalık üzerine atölye çalışmaları düzenlenebilir. Okullarda öğrencilere yönelik stres azaltma ve kaygı yönetimi grupları oluşturulabilir. Üniversiteler belirli günlerde öğrencileri için internetin aşırı kullanımına dikkat çekmek için “dijital detoks” etkinlikleri düzenleyebilir. Bu etkinlikler, öğrencilerin streslerini azaltmalarına

yardımcı olabilir. Üniversiteler ve okullar, akademik iş yükünü dengelemek için çeşitli eğitim ve rehberlik programları sunarak öğrencilerin kaygı seviyelerini azaltabilir. Ayrıca, öğrencilerin rahatlayabilecekleri alanlar ve aktiviteler oluşturulabilir. Öğrencilerin fiziksel ve zihinsel sağlığı arasında bağlantıyı kuran programlar başlatılabilir.

Bu çalışmanın yalnızca üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş olması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Gelecekte, farklı yaş grupları, sosyoekonomik düzeyler ve kültürel bağlamlarda yapılacak çalışmalar bu alandaki sonuçları zenginleştirebilecektir.

KAYNAKLAR

- Abramowitz J.S, & Autumn E.B. (2011). Hypochondriasis and health anxiety. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Abramowitz J.S. (2005). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*,17,211-7.
- Adhikari D, & Rijal DP. (2014). Factors affecting health seeking behavior of senior citizens of dharan. *Journal of Nobel Medical College*, 3, 50-57.
- Afrin R, & Prybutok G. (2022). Insights into the antecedents of cyberchondria: a perspective from the USA. *Health promotion international*, 37.
- Aiken M, Kirwan G, Berry M, & O'Boyle C. (2012). The age of cyberchondria, 2012;5:71-74.
- Aiken, M., & Kirwan, G. (2012). Prognoses for diagnoses: medical search online and "cyberchondria". *BMC Proceedings*, 6(4), 30.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J.Kuhl & J. Beckman , *Action Control: From cognition to behavior* ss. (11–39). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. (2nd ed.) McGraw-Hill Education UK.
- Akgül, Ö. (2020, 07 06). Sizde bu internet hastalıklarından var mı? www.kimpsikoloji.com: adresinden alınmıştır.
- Aktan, E. (2018). Üniversite öğrencilerinin sosyal üniversite öğrencilerinin sosyal değiş- kenlere göre incelenmesi. *Erciyes İletişim Dergisi*, 4, 405-421.
- Aktaş, R., & Basat, O. (2022). Egzersizin sağlıklı olma inancı ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkileri. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 10(3), 248-254. doi:10.4274/nkmj.galenos.2022.96658.
- Alberts N.M, & Hadjistavropoulos HD. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and

- interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 27, 216-228.
- Alioğulları, A. (2021). Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Alisinanoğlu F. Ulutaş İ. (2000). Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler, *Milli Eğitim Dergisi*, 145 (15-19).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed, text rev). Washington, DC.
- Anagnostopoulos F, & Botse, T, 2016. Exploring the role of neuroticism and insecure attachment in health anxiety, safety-seeking behavior engagement, and medical services utilization: A study based on an extended interpersonal model of health anxiety. *SAGE Open*, 6.
- Asmundson, G. J. G. & Fergus, T. A. (2019). The concept of health anxiety. E. Hedman- Lagerlöf (Ed.), *The clinician's guide to treating health anxiety: Diagnosis, mechanisms, and effective treatment* (s. 1-18) içinde. Academic Press.
- Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. & Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 306-312. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9>.
- Atalay, Z. (2018). *Mindfulness: şimdi ve burada bilinçli farkındalık*. İstanbul: Psikonet Yayıncılık. Australian Institute of Health and Welfare (Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü) Erişim tarihi: 15.11.2023. Erişim linki: [disability-deaths/chronic-disease/overview](https://www.aihw.gov.au/reports-and-publications/disability-deaths/chronic-disease/overview).
- Avcı Y.D, 2016. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15, 3.
- Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness-and acceptancebased treatment approaches. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*, 3-27.
- Bailer J, Witthöft M, Wagner H, Mier D, Diener C, & Rist F, 2014. Childhood maltreatment is associated with depression but not with hypochondriasis in later life. *Journal of psychosomatic research*, 77, 104-108.

- Barksy, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. ve Bates, D. W. (2001). Resource Utilization of Patients With Hypochondriacal Health Anxiety and Somatization. *Medical Care*, 39(7), 705–715.
- Barksy AJ, Wool C, Barnett MC, & Cleary PD, 1994. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American journal of psychiatry*.
- Başoğlu, M. A. (2018). Edirne İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Siberkondrinin Sürekli Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi.Edirne, Trakya Üniversitesi.
- Bauer U.E, Briss P.A, Goodman R.A, Bowman B.A. (2014) Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Health of Americans*. 384(9937), 45-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60648-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60648-6).
- Beck A.T, & Haigh E.A, 2014. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 1-24.
- Beck A.T, 2002. Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 14, 29-61.
- Becker, M.H., Radius, S.M., Rosenstock, I.M., Drachman, R.H., Schuberth, K.C., and Teets, K.C. (1978). Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model. *Public Health Reports*, 93(3), 268-277.
- Blalock, J. A. & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/ anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Bleichardt, G. & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 511-523. <https://doi.org/10.1348/135910706x146034>
- Bobevski, I., Clarke, D. M. ve Meadows, G. (2016). Health anxiety and its relationship to disability and service use. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 13-25. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000252>.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., and Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*,

68(6), 539-544.

- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Rounsaville, B. J. (2011). "Mindfulness Training for Smoking Cessation: Results From a
- Brown K.W, Ryan RM. Creswell D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence For Its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4).
- Brown, K. W. Ryan, R. M. (2003). "The Benefits of Being Present: Mindfulness and its Role in Psychological Well-Being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Carmody, J., Baer, R. A., LB Lykins, E., and Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626.
- Centers for Disease Control and Prevention. About chronic diseases. Erişim tarihi: 15.11.2023. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/index.html>
- Champion V.L, Skinner CS, 2008. The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Chellappa S.L, & Aeschbach D, 2021. Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Medicine Reviews*, 101583.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2002). *Research methods in education*. routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203029053>
- Conn, V.S., Tripp-Reimer, T., & Maas, ML. (2003). Older women and exercise: theory of planned behavior beliefs. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 20(2), 153–163. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20209.x>
- Çiftçi, G. E., Gürer, A., & Solmaztürk, A. B. (2024). Bilinçli Farkındalık ile Kariyer Uyum Yetenekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Çalışanlar Üzerinde Bir Araştırma. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 9(24), 389-409. <https://doi.org/10.25204/iktisad.1447278>
- Deacon, B. & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 837-857. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.01.003> .

- Deale, A. (2007). Psychopathology and Treatment of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan&İnsan*, 7(24), 84-96.
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*: Springer. (Springer Science+Business Media. DOI 10.1007/978-0-387-09593-6
- Dijilopedi. (2019). Dünyada internet kullanımı ve sosyal medya istatistikleri. 05 02, 2020 tarihinde dijilopedi.com: <https://dijilopedi.com/2019-internet-kullanimi-ve-sosyal-medya-istatistikleri/>
- Doğan Ş. Semiyoloji. Psikiyatri, İçinde İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2009, s.19-34.
- Doherty-Torstrick ER, Walton KE, & Fallon BA, 2016. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57, 390-400.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D. ve Greenberg, M. T. (2009). Pilot study to gauge acceptability of a mindfulness-based, family focused preventive intervention. *Journal of Primary Prevention*, 30, 605-618.
- Dwyer, D. S., & Liu, H. (2013). The impact of consumer health information on the demand for health services. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 53(1), 1-11.
- Edberg, M. (2013). *Individual Health Behavior Theories, Essentials of Health Behavior, Social and Behavioral Theory in Public Health (Second Edition)* (ss. 37-52). Massachusetts: Jones and Bartlett Learning.
- Ekblad, A. G. (2009). Effects of mindfulness training on emotion regulation and attention. Duke University, Phd thesis.
- Ekinci, E. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Siberkondri Düzeyi ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(17).
- Elciyar, K. ve Taşcı, D. (2017). Siberkondri ciddiyet ölçeğinin Anadolu Üniversitesi iletişim bilimleri fakültesi öğrencilerine uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 57-70.
- Erdoğan, A., Hocaoğlu, Ç. (2020). Siberkondria: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride*

Güncel Yaklaşımlar, 12(4), 435-443.

Erzincanlı Y, Taş HG. (2023). Teknoloji bağımlılığı- bilinçli farkındalık ilişkisi üzerine bibliyometrik analiz. İnsan Hakları Eğitim ve Kültür Araştırmaları Dergisi. 1(2)

Evren B, Evren C, Yapıcı A, Hoşafçı Güler M. Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry. 2005; 6(2): 69-74.

Fallon BA. Schneier FR. Marshall R. Campeas R. Vermes D. Goetz D. et. alThe pharmacotherapy of hypochondriasis.Psychopharmacol Bull. 1996; 32(4):607-11.

Feng YC, Krahe C, Koster EH, Lau JY, & Hirsch CR, 2022. Cognitive processes predict worry and anxiety under different stressful situations. Behaviour Research and Therapy, 157, 104168.

Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An Examination of Structure and Relations with Health Anxiety in a Community Sample. Journal of Anxiety Disorders, 28(5), 504-510.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.

Geary, C., & Rosenthal, S. L. (2011). Sustained impact of MBSR on stress, wellbeing, and daily spiritual experiences for 1 year in academic health care employees. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 17(10), 939-944.

Germer C, What is mindfulness? Insight Journal, 22, 2004, s.26-34.

Germer, C. K., Siegel, R. D. ve Fulton, P. R. (2005). Mindfulness and Psychotherapy. (1. basım). New York: Guilford.

Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy: Distinctive features: Routledge

Göde, A., & Öztürk, Y. E. (2023). Üniversite öğrencilerinin siberkondri düzeylerinin sağlık kaygısı üzerine etkisinin incelenmesi. Selçuk Sağlık Dergisi, 4(Kongre Özel), 1-17.

Green, E.C., Murphy, E.M., and Gryboski, K., The health belief model, in The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. 2020. p. 211-214.

- Gül, İ., Özdemir, T., Börekçi, E. (2016). Health Anxiety Levels in Patients Admitted to Internal Medicine Outpatient Clinic for Several Times. *Journal Of Clinical and Analytical Medicine*, 7(4), 9-437.
- Güleç G, Temiz ST, Armağan O, Güleç MS. (2011). Fibromiyalji ve majör depresyon hastalarının öznel uyku kalitesi açısından karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.12(2):93- 9.
- Güler K, & Usluca M. (2021). Yetişkin bireylerde bilinçli farkındalık ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 372-383. <https://doi.org/10.47525/ulasbid.868875>.
- Gülgez, Ö. Gündüz, B. (2015). Diyalektik davranış terapisi temelli duygu düzenleme programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. *Çukurova University Faculty of Education Journal*, 44(2).
- Haileamlak A. (2018). What factors affect health seeking behavior?. *Ethiopian journal of health sciences*, 28, 110.
- Hanh, T. N. (1987). *The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation*. Boston: Beacon Press
- Hanh, T. N. (1998). *The Heart of the Buddha's Teaching*. New York, NY: Broadway.
- Harding KJK, Skritskaya N, Doherty ER, Fallon BA. Understanding health anxiety. In: Simpson HB, Neria Y, Fernandez-Lewis R, Schneier F. eds. *Anxiety disorders: theory, research, and clinical perspectives*. NY, USA: Cambridge University Press 2010:103-15.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hart J, Bjorgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bull Menninger Clin* 2010; 74:122-40.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. The Guilford Press.
- Hayran O, Coşkun A, Özdemir E, Ay P, Hıdıroğlu S, Nalbant H, Save D, Topuzoğlu A, 2007. Sağlık arama davranışı araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye

Delegasyonu, Ankara.

- Hedman, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Andersson, G., Rück, C. & Andersson, E. (2017). Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in severe health anxiety: An investigation of symptom profiles. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.007>.
- Heinen A, Varghese S, Krayem A, Molodynski A, 2021. Understanding health anxiety in the COVID- 19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*, 25.
- Herbert, J. D., and Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. John Wiley & Sons.
- Horvitz, E., & White, R. (2009). Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. *ACM Trans. Inf. Syst.*, 27(4), 23.
- Hounton, S. H., Carabin, H., & Henderson, N. J. (2005). Towards An Understanding of Barriers to Condom Use in Rural Benin Using the Health Belief Model: A Cross Sectional Survey. *BMC Public Health*, 5(8), 1-8.
- Ihaji E, Gerald EU, Ogwuche CH. Educational level, sex and church affiliation on health seeking behaviour among parishioners in Makurdi metropolis of Benue *Internet World Stats*. (2020). Internet world stats usage and population statistics.
- Ivanova E., (2013). Internet addiction and cyberchondria-Their relationship with Well- Being. *The Journal of Education, Culture, and Society*, 4, 57-70.
- Jeffers, A.J., Benotsch, E.G., Green, B.A., Bannerman, D., Darby, M., Kelley, T., et al. (2015). Health anxiety and the non-medical use of prescription drugs in young adults: A cross-sectional study. *Addict Behav*, 50, 74-7. 13.
- Kabat Zinn, J. (2005). *Wherever You Go, There You Are*. In: Hachette Books.
- Kabat Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Kafes A. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış, *Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 2021:3:1

- Karaçadır, V., Çelik, R. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 225- 238.
- Kavuncubaşı, Ş. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kellner R, Hernandez J, Pathak D. 1992. Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatisation. *Br J Psychiatry*.
- Keng, S. L., Smosku, M. J. ve Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1.041-1.056.
- Köşger B, 2023. E-sağlık okur-yazarlığının sağlık anksiyetesi ve sağlık arama davranışına etkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Kumar M., (2002). An introduction to buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 40-43. 7229(02)80038-4
- Lee VD, & M. L. Garssen, B. (2012). Mindfulness based cognitive therapy reduces chronic cancer related fatigue: a treatment study. *Psycho Oncology*, 21(3), 264-272.
- Loos, A. (2013). Cyberchondria: Too much information for the health anxious patient? *J Consum Health Internet*, 17(4), 439-45. 16.
- Lucock MP, & Morley S, 1996. The health anxiety questionnaire. *British journal of health psychology*, 1, 137-50.
- Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Munoz, M., & Speca, M. (2007). A qualitative study of self perceived effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(1), 59-69.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The Development and Initial Validation of The Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259- 265.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*, 28(2), 259-65.

- Meixiang Liao, Lihua Xu, Guomiao Zhang, Jinling Qi. (2020). Analysis of the Influencing Factors of Cyberchondria and Study of Mindfulness. *Advances in Psychology*. 10(7), 989-995.
- Melon, V., Kar, S. K., Tripathi, A., & Nebhinani, N. (2020). Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian Journal of Psychiatry*, 53.
- Meriç, M., & Oflaz, F. (2010). Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanç Modeline Dayalı Tedaviyle İlgili Düşüncelerinin Tedaviyi Bırakma ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 441-452.
- Montaño DE, & Kasprzyk D. (2008). Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc. Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model; pp. 67–92.
- Mountz JM, Bradley LA, Modell JG, Alexander RW, Triana-Alexander M, Aaron LA, et al. (1995) Fibromyalgia in women. *Arthritis & Rheumatism*. 38(7): 926-38.
- Mrayyan MT, AL Atiyyat N, Abu Khait A, Al Rawashdeh S, Algunmeeyn A, & Abunab HY, 2022. Does cyberchondria predict Internet addiction among students during the COVID 19 pandemic? A web based survey study. In *Nursing Forum*, 57, 337-43.
- Murdock, NL., (2014). Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları (Çev. Edit. Füsun Akkoyun). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Napoli, M., Krech, P. R., & Holley, L. C. (2005). Mindfulness training for elementary school students: The attention academy. *Journal of Applied School Psychology*, 21(1), 99- 125.
- Noyes Jr R, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, & Yagla SJ, 2002. Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-9.
- O’Doherty, V., Carr, A., McGrann, A., O’Neill, J. O., Dinan, S., Graham, I., Maher, Pifer MA, Segal DL, Jester DJ, & Molinari V, (2021). Assessment of anxiety in long-term care residents: issues and strategies. *The International Journal of Aging and Human Development*, 93, 807-33.
- Obilor, E.I & Amadi E.C (2018). Test for significance of Pearson’s correlation

- coefficient (r). *International Journal of Innovative Mathematics, Statistics & Energy Policies*, 6(1), 11- 23.
- O'Bryan, E. M., Luberto, C. M., Kraemer, K. M., & McLeish, A. C. (2018). An examination of mindfulness skills in terms of affect tolerance among individuals with elevated levels of health anxiety. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 31(6), 702–713.
- Olçay, S. (2018). Sosyalleşmenin dijitalleşmesi olarak sosyal medya ve resimler arasında kaybolma bozukluğu: Photolurking. *Yeni Medya Elektronik Dergi-eJNM*, 2(2).
- Olgun N, Altun Z.A.(2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 19(2):46- 57.
- Özçelik, A. & Üstündağ, B. (2021). Siberkondri ve Sağlık Kaygısına Yönelik Tutumlar: Sağlık Bilgisi Kaynaklarının Rolü. *Sağlık ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 25-40.
- Özdelikara A, Alkan SA, & Mumcu N, 2018. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275-82.
- Özdemir D, Arpacıoğlu S, 2020. Sosyal medya kullanımı, sağlık algısı ve sağlık arama davranışının korona virüs korkusu üzerine etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 364-81.
- Özdemir Ü, Taşçı S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.1(1):57-69.
- Özmen HE. (1999). Hipokondriyazis. *Psikiyatri Dünyası*. 1:15-18.
- Öztürk, O. (1981). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını No.7. Ankara s:40-42.
- Özyeşil, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya*.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., & Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeğini

- Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224- 235.
- Özyürek A. ve Demiray K., (2012). Yurtta ve Ailesi Yanında Kalan Ortaöğretim Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), s.249.
- Poortaghi S, Raiesifar A, Bozorgzad P, Golzari SE, Parvizy S, Raffi F, (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC health services research*, 15, 1-8.
- Rachman S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour research and therapy*, 50, 502-12.
- Rask, CU., Elberling, H., Skovgaard, A. M., Thomsen, P. H. & Fink, P. (2012). Parental- reported health anxiety symptoms in 5-to 7-year-old children: The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*, 53(1), 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.05.006>
- Rask, CU., Munkholm, A., Clemmensen, L., Rimvall, K., Ornbol, E., Jeppesen, P., Skovgaard, A. M. (2016). Health Anxiety in Preadolescence- Associated Health Problems, Healthcare Expenditure, and Continuity in Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(4), 823–832.
- Reiser, S.J., McMillan, K.A., Wright, K.D., & Asmundson, G.J.G. (2014). Adverse Childhood Experiences and Health Anxiety Adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 407- 413.
- Ryan, A. & Wilson, S. (2008). Internet healthcare: Do self-diagnosis sites do more harm than good? *Expert Opin. Drug Saf*, 7(3), 227-229.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). "Autonomy, Relatedness, and the Self: Their Relation to Development and Psychopathology". *Developmental Psychopathology*, 1, 618-655.
- Serra-Negra J. M, Paiva SM, Baptista AS, Cruz AJS, Pinho T, & Abreu MH. (2022). Cyberchondria and associated factors among brazilian and portuguese dentists. cibercondria e fatores associados entre dentistas brasileiros e portugueses. *Acta odontologica Latino Americana : AOL*, 35, 45–50.
- Siegel, D. J., & Siegel, M. W. (2014). *Opening the Mind and Cultivating Inner WellBeing Through Contemplative and Creative Mindfulness*. The Wiley

Blackwell Handbook of Mindfulness, 19.

- Sirri, L., Garotti, M. G. R., Grandi, S. & Tossani, E. (2015). Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(4), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.002>
- Soler, J., Elices, M., Dominguez-Clavé, E., Pascual, J. C., Feilding, A., Navarro-Gil, M., and Riba, J. (2018). Four weekly ayahuasca sessions lead to increases in “acceptance” capacities: a comparison study with a standard 8-week mindfulness training program. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 224.
- Son V, Nyklíček J, I, Pop, V. J., and Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 1-11.
- Spada MM, (2014). An overview of problematic Internet use. *Addictive behaviors*, 39, 3- 6.
- Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, & Grabe HJ, 2008. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 335-41.
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2019). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. New harbinger publications.
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychother Psychosom*, 86(3), 129-33. 15.
- Starcevic V, Aboujaoude E (2015) Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry*, 14:97-100.
- Starcevic V, Schimmenti A, Billieux J, & Berle D, (2021). Cyberchondria in the time of the COVID 19 pandemic. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3, 53-62.
- Starcevic, V. & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a Better Understanding of Excessive Health-Related Internet Use. *Expert Review of Neurotherapeutics*,

13(2), 205-213.

Sulat, J.S., Prabandari, Y.S., Sanusi, R., Hapsari, E.D., and Santoso, B. (2018). The validity of health belief model variables in predicting behavioral change. *Health Education*, 118(6), 499-512.

Sunderland, M., Newby, J. M. ve Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>

Surawy, C., McManus, F., Muse, K., and Williams, J. M. G. (2015). Mindfulnessbased cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392.

Suziedelyte, A. (2012). How does searching for health information on the Internet affect individuals' demand for health care services? *Social Science & Medicine*, 75(10), 1828- 1835.

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

Tarhan N., Tutgun Ünal A., Ekinçi Y. (2021). Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17-37.

Taylor S, Asmundson GJG. (2004). *Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach*. New York, NY: Guilford Press.

Turkiewicz KL. The impact of cyberchondria on doctor-patient communication (Doctoral Dissertation). Milwaukee: The University of Wisconsin; 2012.

TÜİK. (2020, 06 26). Hanelerde bilişim teknolojileri kullanımı.

Türkön F, Toraman, A. (2021). Hastanelerde İdari Hizmet Çalışanlarının Siberkondriya Düzeylerinin İncelenmesi: Bursa İli örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 494-513.

Tütüncü, S., & Koçyiğit, E. G. (2024). Kaygı duyarlılığı ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide öz-şefkatin aracı rolü. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 14, 119-135. <https://doi.org/10.13114/mjh.1448819>

- Tyrer P, (2018). Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current psychiatry reports*, 20, 1-8.
- Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, Salkovskis P, Smith G, Wang D, Bhogal S, Keeling M, Loebenberg G, Seivewright R, Walker G, Cooper F, Evered R, Kings S, Kramo K, McNulty A, Nagar J, Reid S, Sanatinia R, Sinclair J, Trevor D, Watson C, Tyrer H. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res*. 2011 Dec;71(6):392-4. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.07.004. Epub 2011 Sep 13. PMID: 22118381.
- Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, & Bassett P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry*, 65, 566- 569.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P. Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keeling, M., Loebenberg, G., Seivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics 71(6).
- Uzun, S. (2016). Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Ülev, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- V. O'Doherty. (2015). A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. *Mindfulness*, 6(3), 405-416.
- Vago, DR., Silbersweig, D. A. (2012). "Self-awareness, Self-Regulation, and SelfTranscendence (S-ART): A Framework For Understanding the Neurobiological Mechanisms of Mindfulness". *Front Hum Neurosci*. doi:10.3389/fnhum.2012.00296
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Vismara M, Benatti B, Ferrara L, Colombo A, Bosi M, Varinelli A, Dell'Osso, B

- (2022). A preliminary investigation of cyberchondria and its correlates in a clinical sample of patients with obsessive–compulsive disorder, anxiety and depressive disorders attending a tertiary psychiatric clinic. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(2), 111-22.
- Warwick, H. M. & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105-117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)
- Watt MC. Stewart SH. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research*; 49, 107-118.
- White, R.W., Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of The Escalation of Medical Concerns in Web Search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37.
- White, R.W., Horvitz, E. (2009). Experiences with Web Search on Medical Concerns and Self Diagnosis. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 696-700.
- Williams PG, 2004. The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 629-644.
- Williams, J. M. G., and Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 359-360.
- Yalçın İ, Boysan M, Eşkisu M, & Çam Z, 2022. Health anxiety model of cyberchondria, fears, obsessions, sleep quality, and negative affect during COVID-19. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, Advance online publication. 1–18.
- Yang X. Factors influencing health anxiety: the stimulus–organism–response model perspective. *Internet Research*. 2021; 2033-54.
- Yaşar M. (2014). Bilimsel araştırma yöntemleri dersine yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması: Geçerlik ve güvenilirlik. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4 (2), 109-129.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.

- Yılmaz Ö., & Dirik G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, Haziran 2020, 35(85), 21-36
- Yılmaz, E., Ayvat, İ., & Şiran B., (2018). Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. 22. 82-89.
- Yüksel N. (2006). Ruhsal Hastalıklar. Baskı Yeri: MN Medikal & Nobel
- Yılmaz Ö, & Dirik G, 2020. Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35, 21-36.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., and Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 603. randomized Controlled Trial". *Drug Alcohol Depend*, 119((1-2)), 72-80. doi:doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027. state. JEPER. 2014;1:311–316.

EKLER

EK-1: Demografik Sorular

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Bölümünüz:.....
3. Sınıfınız:
4. Şu an ikamet ettiğiniz yer:
 Çekirdek aile Akraba ile Yurt/Ev paylaşımı Yalnız
5. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 Kötü Orta İyi
6. Bir yılda ortalama kaç kez sağlık kurumlarına başvuru yaptınız?
 Hiç 1-5 kez Eşi 5'ten fazla
7. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?
 Hayır Evet
8. Sağlık eğitimi aldınız mı?
 Hayır Evet
9. Bir günde kaç saati internette geçirirsiniz?
 1 saatten az 1-3 saat arası 3 saatten fazla
10. İnternette hangi mecralarda daha fazla vakit geçirirsiniz?
 Tiktok/İnstagram/X vb. Netflix/disney /blutv vb Google/bing/yahoo/yandex vb.
11. Siberkondri kavramını biliyor musunuz?
 Hayır Evet
12. Bir rahatsızlık durumunda ilk nereye başvurursunuz?
 Aile hekimliği Devlet hastanesi Özel hastane Üniversite hastanesi
13. Genel olarak sağlık bilgisine ilk nerden ulaşırsınız?
 TV- radyo- gazete- dergi İnternet Arkadaş-komşu Doktor
14. İnternette yer alan bilgilere güvenir misiniz?
 Hayır Evet

EK-2: Siberkondri şiddeti ölçeği

Lütfen size en uygun seçeneği işaretleyin. Bu ölçeğin tıbbi teşhislerden ziyade <u>algılanan tıbbi durumlarla</u> ilgili olduğunu unutmayın.					
1- Hiç 2- Nadiren 3- Bazen 4- Sıklıkla 5- Her zaman	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Vücudumda sebebi belirsiz bir his/ağrı fark edersem internette bunu araştırırım.	①	②	③	④	⑤
Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, beni güncel/spor/eğlenceli haberleri internette okumaktan alıkoyar.	①	②	③	④	⑤
Algıladığım aynı durumla ilgili farklı web sayfalarını okurum.	①	②	③	④	⑤
Bendeki belirtinin az görülen/ciddi bir durumla ilişkili olduğunu internette okuduğum zaman paniğe kapılırım.	①	②	③	④	⑤
Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilgili internette arama yapmak beni doktorumdan yardım almaya iter.	①	②	③	④	⑤
Aynı belirtileri internette birden fazla sefer aratırım.	①	②	③	④	⑤
Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internetteki aramalar, işlerimi (örn., email yazmamı, word dokümanları veya elektronik tablolar üzerinde çalışmamı) kısıtlar.	①	②	③	④	⑤
Ciddi bir hastalık hakkında internette bir şeyler okuyana kadar kendimi daha iyi hissettiğimi düşünürüm.	①	②	③	④	⑤
Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumları internette araştırdıktan sonra kendimi daha kaygılı veya stresli hissedirim.	①	②	③	④	⑤
Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili yaptığım internet aramaları, internet dışındaki sosyal aktiviterimi olumsuz etkiler (arkadaşlarımla/ailemle geçirdiğim zamanı azaltır).	①	②	③	④	⑤
Doktoruma/tıbbi uzmanıma internette hakkında okuduğum tanı yöntemlerinin (örn. biyopsi, özel bir kan testi gibi) benim için gerekli olabileceği yönünde öneride bulunurum.	①	②	③	④	⑤
Belirtiler veya algıladığım tıbbi durumlarla ilişkili internette arama yapmak, beni başka tıbbi uzmanlardan (örn. uzman doktorlardan) yardım almaya iter.	①	②	③	④	⑤

EK-3: Bilinçli farkındalık ölçeği

Lütfen deneyimizin ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.						
1- Hemen hemen her zaman 2- Çoğu zaman 3- Bazen 4- Nadiren 5- Hiç 6- Hemen hemen hiçbir zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiç	Hemen hemen hiçbir zaman
Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.	①	②	③	④	⑤	⑥
Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim.	①	②	③	④	⑤	⑥
Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.	①	②	③	④	⑤	⑥
Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.	①	②	③	④	⑤	⑥
Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.	①	②	③	④	⑤	⑥
Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.	①	②	③	④	⑤	⑥
Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik olarak bağlanmış gibi yapıyorum.	①	②	③	④	⑤	⑥
Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.	①	②	③	④	⑤	⑥
Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.	①	②	③	④	⑤	⑥
İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.	①	②	③	④	⑤	⑥
Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.	①	②	③	④	⑤	⑥
Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.	①	②	③	④	⑤	⑥
Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.	①	②	③	④	⑤	⑥
Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.	①	②	③	④	⑤	⑥
Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum	①	②	③	④	⑤	⑥

EK-4: Sağlık anksiyetesi ölçeği

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin.

1.

- a) Sağlığımıla ilgili endişelenirim
- b) Sağlığımıla ilgili nadiren endişelenirim
- c) Sağlığımıla ilgili çok sık endişelenirim
- d) Sağlığımıla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

- a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
- b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
- c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
- d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3.

- a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
- b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
- c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
- d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4.

- a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
- b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
- c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
- d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.

- a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
- b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

- a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

- a) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- b) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- c) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımıla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

- a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
- b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

- a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
- b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
- c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
- d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

- a) Vücutumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- b) Vücutumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
- c) Vücutumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
- d) Vücutumda bir algı ya da 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 sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
- b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
- c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
- d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

15.

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

16.

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

17.

- a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
- b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok 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: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.01.2024-301277



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01-301277
Konu : Proje Onayı

05.01.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmakta olan Doç. Dr. Çiğdem Baskıcı'nın danışmanlığında Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma Esen'in sorumluluğunda yürütülecek olan KA23/421 nolu "Üniversite öğrencilerinde siberkondri davranışının bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi ile ele alınması: Bir vakıf üniversitesi örneği" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 27/12/2023 tarih ve 23/205 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanın eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Dağıtım:
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi Doğrulama Kodu: BSKYHYESNS Bilgi Doğrulama Adresi: <https://www.turkiya.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>
Bilgi Doğrulama Adresi: Ankara Bilgi İçerik Servisi PARLAK Sıkıştırıcı
Telefon No:0 312 212 98 65 Faks No:0 312 221 37 59
e-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr
Kayı Adresi: baskentuniversonesi@b02.kap.tr





1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA23/421	23/205	27/12/2023

Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmakta olan Doç. Dr. Çiğdem Baskıcı tarafından yürütülecek olan KA23/421 nolu "Üniversite öğrencilerinde siberkondri davranışının bilinçli farkındalık ve sağlık anksiyetesi ile ele alınması: Bir vakıf üniversitesi örneği" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Prof. Dr. Ayye Elif Küpeli

Prof. Dr. Mehmet AKÇİL OK

Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Prof. Dr. Taner SEZER

Prof. Dr. Seda TÜRKÖĞLU BABAKURBAN

Dr. Öğr. Üyesi Rafat V. YILDIRIM

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

