



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**SİBERKONDRI VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN
COVID-19 BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI
İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERVE ARSLAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR
2023

**T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SİBERKONDRI VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN COVID-19
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERVE ARSLAN

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. CELALETTİN ÇEVİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
Bilim Alan Kodu: 1032.05**

BALIKESİR

2023



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Merve ARSLAN tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“SİBERKONDRI VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN COVID-19 BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ”**

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20 /02 / 2023

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR
Karabük Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Emine AYHAN AKMAN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 20 /03/2023 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Ziya İLHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

20/02/2023

İmza

Adı Soyadı

Merve ARSLAN

TEŞEKKÜR

Akademik eğitimim ve yüksek lisans tezim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yol gösterici olan baŐta değerli danışman hocam Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca öğrettikleriyle bana katkı sağlayan kıymetli Halk Sağlığı Hemşireliği programındaki diğer hocalarıma,

Beni bugünlere getiren, eğitim hayatım boyunca her konuda beni destekleyen, yanımda olan canım annem Hatice ARSLAN'a ve canım babam Muhammet ARSLAN'a,

Bu süreçte desteklerini esirgeyemeyen yakınlarıma ve çalıŐmama katılan katılımcılara,

Sonsuz sayđı ve teŐekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. COVID-19.....	4
2.1.1. COVID-19 Enfeksiyonunun Bulaşma Yolları	8
2.1.2. COVID-19 Belirtileri	9
2.1.3. Dünyada COVID-19 İnsidansı.....	11
2.1.4. Türkiye’de COVID-19 İnsidansı	14
2.1.5. COVID-19 ile Mücadele	16
2.1.6. COVID-19 ve Bağışıklama	18
2.2. Halk Sağlığı Hemşireliği ve COVID-19 Pandemisi	22
2.3. Siberkondri	23
2.4. Sağlık Anksiyetesi	26
2.5. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışı.....	28
2.5.1. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Sıklığı	29
2.5.2. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışları ile İlişkili Faktörler.....	33
2.6. Siberkondri, Sağlık Anksiyetesi ve COVID-19	34
3.GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırma Hipotezleri	37
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	38
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.6. Veri Toplama Araçları.....	38
3.7. Verilerin Toplanması.....	40

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
3.9. Araştırmada Etik Konular	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	42
4.2. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	44
4.3. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı ve Sağlık Hizmet Kullanımı	45
4.4. Araştırma Grubunun COVID-19'a İlişkin Özellikleri	45
4.5. Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler .	50
4.6. Bağımsız Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizlerle Karşılaştırılması	51
4.6.1. Bağımsız Değişkenlerin COVID-19 Bilgi- Tutum-Davranış Ölçeği ile Karşılaştırılması	51
4.7. Bağımlı Değişkenin İleri Analizlerle Değerlendirilmesi	57
4.7.1. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Puanını Etkileyen Faktörler.....	57
5. TARTIŞMA... ..	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR	80
ÖZGEÇMİŞ.....	91
EKLER.....	92
EK-1. Sosyodemografik ve COVID-19'a İlişkin Özellikler Formu	92
EK-2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (SCÖ-15).....	94
EK-3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyonu).....	95
EK-4. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği	97
EK-5. Etik Kurul Karar Formu	99
EK-6. Valilik İzin Formu	100
EK-7. Sağlık Bakanlığı İzin Formu.	101
EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri.....	102
EK-9. COVID-19 Bilgi Tutum Davranış Ölçeği Puan Hesaplaması (Syntax)...	104
EK-10. Korkut Boratav'ın Sosyal Sınıf Çizelgesi	105
EK-11. Bağımsız Değişkenlerin Kategorizasyonu	106

ÖZET

SİBERKONDRI VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN COVID-19 BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ

Araştırma sosyodemografik özellikler, siberkondri ve sağlık anksiyetesinin COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Kesitsel tipteki çalışma Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Balıkesir ilindeki kentsel bir bölgede yürütüldü. Örnek büyüklüğü, Epiinfo 7.0 programı kullanılarak 12773 kişilik evren, %50 prevalans, %5 sapma, 1.5 desen etkisi, %95 güven düzeyinde 560 kişi hesaplanmış olup 600 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşıldı. Araştırmanın bağımlı değişkeni COVID-19 Bilgi, Tutum, Davranış düzeyidir. Tek değişkenli analizlerde t testi, ANOVA (posthoc: Tukey HSD), ileri analizlerde lineer regresyon analizi kullanıldı.

Katılımcıların COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı 80.67 ± 13.14 , Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı 39.55 ± 08.30 , Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı 12.79 ± 11.96 'dır. Lineer regresyon analizi sonucunda COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı alt sosyal sınıfta olan kişilerde (β :-8.983; %95 GA -16.84; -1.12), genel sağlık algısı iyi olmayanlarda (β :14.798; %95 GA 5.79; 23.80), COVID-19'a yönelik önlem almayanlarda (β :36.333; %95 GA 17.64; 55.00), COVID-19 sürecinde hijyene dikkat etmeyenlerde (β :21.147; %95 GA 3.54; 38.75), COVID-19'u bulaştırmaktan endişelenmeyenlerde (β :-9.782; %95 GA -20.60; 1.04), iki tür (hem Biontech, hem Sinovac) COVID-19 aşısı olmayanlarda (β :11.183; %95 GA 2.44; 19.92), COVID-19 aşısı tereddüdü olanlarda (β :-16.354; %95 GA -25.34,-7.36), dini nedenler dolayısıyla COVID-19 aşısı olmak istemeyenlerde anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca çocuk sayısı (β :-7.015; %95 GA -11.45,-2.57) ve sağlık anksiyetesi puanı azaldıkça (β :-0.317; %95 GA -0.53,-0.09), COVID-19 aşısı olma dozu arttıkça (β :-16.354; %95 GA -25.34,-7.36), COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı artmaktadır (Adj. $R^2=0.504$, $F=5.063$, $p=0.000$, Durbin-Watson=1.488).

Araştırmada sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeyi düşük; COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış düzeyi yüksek bulunmuştur. Dezavantajlı gruplar öncelenecek, COVID-19 davranış düzeyini arttırmaya, aşısı tereddüdü ve sağlık anksiyetesini azaltmaya yönelik müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, siberkondri, sağlık anksiyetesi.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF CYBERCHONDRIA AND HEALTH ANXIETY WITH COVID-19 KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS

The study was conducted to determine the relationship between sociodemographic characteristics, cyberchondria and health anxiety with COVID-19 knowledge, attitudes and behaviors.

The cross-sectional study was conducted in an urban area in Balıkesir province between October 2021 and January 2022. The sample size was calculated as a population of 12773 people, 50% prevalence, 5% deviation, 1.5 pattern effect, 95% confidence level, using the Epiinfo 7.0 program, and 600 people were reached by multi-stage sampling method. The dependent variable of the research is COVID-19 knowledge, attitude and behavior level. T-test, ANOVA (posthoc:Tukey HSD) were used for univariate analyses, and linear regression analysis was used for further analyses.

The COVID-19 Knowledge, Attitude and Behavior Scale scores of the participants were 80.67 ± 13.14 , the Cyberchondria Severity Scale score was 39.55 ± 08.30 , and the Health Anxiety Scale score was 12.79 ± 11.96 . As a result of the linear regression analysis, the COVID-19 Knowledge, Attitude and Behavior Scale scores were in the lower social class ($\beta: -8.983$; 95% CI -16.84 ; -1.12), and those whose general health perception was not good ($\beta: 14.798$; 95% CI 5.79 ; 23.80), those who did not take precautions against COVID-19 ($\beta: 36.333$; 95% CI 17.64 ; 55.00), those who did not pay attention to hygiene during the COVID-19 process ($\beta: 21.147$; 95% CI 3.54 ; 38.75), from transmitting COVID-19 in those who were not worried ($\beta: -9.782$; 95% CI -20.60 ; 1.04), two types (Both Biontech and Sinovac) were not vaccinated for COVID-19 ($\beta: 11.183$; 95% CI 2.44 ; 19.92), those with COVID-19 vaccine hesitations ($\beta: -16.354$; 95% CI -25.34 , -7.36) was significantly lower in those who did not want to be vaccinated for COVID-19 for religious reasons. In addition, as the number of children ($\beta: -7.015$; 95% CI -11.45 , -2.57) and health anxiety score decreased ($\beta: -0.317$; 95% CI -0.53 , -0.09), as the COVID-19 vaccination dose increased ($\beta: -16.354$; 95% CI -25.34 , -7.36), COVID-19

knowledge, attitude, and behavior scale score increases (Adj. $R^2=0.504$, $F=5.063$, $p=0.000$, Durbin-Watson=1.488).

In the study, health anxiety and cyberchondria levels were low; COVID-19 Knowledge, Attitude and Behavior level was found to be high. It is recommended to carry out intervention studies aimed at increasing the level of COVID-19 behavior, reducing vaccine hesitancy and health anxiety, by prioritizing disadvantaged groups.

Keywords: COVID-19, cyberchondria, health anxiety.

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GA	: Güven Aralığı
X	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
t	: Student's T Testi
F	: ANOVA
β	: Regresyon Katsayısı
p	: Anlamlılık Değeri
OR	: Odds Ratio
RNA	: Ribonükleik Asid
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
RR	: Regulatory Review
CBTDÖ	: COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği
SCÖ	: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği
SAÖ	: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
MERS-CoV	: Doğu Solunum Sendromu
SARS-CoV	: Ağır Akut Solunum Sendromu
VOI	: Variant of Interest
VOC	: Variant of Concern
R0	: Temel Üreme Kat Sayısı
Rt	: Salgın Sürecinde Üreme Sayısı
PTT	: Posta ve Telgraf Teşkilatı
USFDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Koronavirüs Şematik Diyagramı	4
Şekil 2. Dünyada Varyantların Yayılım Hızı.....	8
Şekil 3. En Fazla COVID-19 Vakası Olan İlk 15 Ülkenin Vaka Sayıları	12
Şekil 4. Türkiye’ de COVID-19 Test, Vaka ve Ölüm Sayıları.....	14
Şekil 5. Yüksek Sağlık Anksiyetesi Olanlarda İnternette Sağlıkla İlgili Arama	35

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Yer ve Zaman Özelliklerine Göre Endişe Verici Varyantlar	6
Tablo 2. Yer ve Zaman Özelliklerine Göre Dikkate Alınması Gereken Varyantlar ...	7
Tablo 3. COVID-19'un Epidemiyolojik ve Vital Risk Kategorileri	11
Tablo 4. Ülkelere Göre COVID-19 Verileri.....	13
Tablo 5. COVID-19 Pandemisi Olgu, Test ve Ölen Kişi Sayıları	15
Tablo 6. Aşı Geliştirme Çalışmalarında Sürdürülmesi Zorunlu Olan Fazlar	18
Tablo 7. COVID-19 İçin Geliştirilen Aşıların Türleri ve Örnekler.....	20
Tablo 8. DSÖ Bölgelerine Göre 100 Nüfus Başına Tam Aşılınmış Kişiler	21
Tablo 9. Dünya Bankası Gelir Grubuna Göre 100 Nüfus Başına Tam Aşılınmış Kişiler	21
Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	42
Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	44
Tablo 4.3. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı ve Sağlık Hizmet Kullanımı ..	45
Tablo 4.4. Araştırma Grubunun COVID-19'a İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri.....	46
Tablo 4.5. Araştırma Grubunun COVID -19 Aşısı Yaptırma Durumuna İlişkin Özellikleri.....	47
Tablo 4.6. Araştırma Grubunun COVID-19 Aşı Tereddüt Nedenleri.....	48
Tablo 4.7. Araştırma Grubunun Aşı Olmaya Yönelik Önermelere Verdiği Yanıtlar	49
Tablo 4.8. Araştırma Grubunda Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	50
Tablo 4.9. Araştırma Grubunda Sosyodemografik Özelliklere Göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği	51
Tablo 4.10. Araştırma Grubunda Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışlarına Göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği Puanı	53
Tablo 4.11. Araştırma Grubunda COVID-19'a İlişkin Özelliklere Göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış	54
Tablo 4.12. Araştırma Grubunda COVID-19 Aşı Özelliklerine Göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği Puanı Değişimi.....	55
Tablo 4.13. Araştırma Grubunda COVID-19 Aşı Tereddüt Nedenlerine Göre Bilgi, Tutum ve Davranış	56

Tablo 4.14. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Puanı ile Sürekli, Kesikli Değişkenler ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	57
Tablo 4.15. Lineer Regresyon Analizine Göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Puanı ve İlişkili Faktörler	59

1. GİRİŞ

İlk kez 29 Aralık 20189 tarihinde, Çin'in Wuhan kentindeki deniz ürünlerinin ve canlı hayvanların toptan satışının yapıldığı pazardan Coronavirüs ailesine ait olduğu düşünülen bir virüs kaynaklı hastalık ortaya çıkmıştır. Virüsün hızlı yayılım göstermesinden dolayı hastalık kısa süre içerisinde pandemiye dönüşmüştür (Üstün ve Özçiftçi, 2020). 7 Ocak 2020 tarihi itibariyle hasta bireylerden alınan örneklerin incelenmesi sonucu hastalığın Coronavirus ailesinden olduğu anlaşılmış ve bu özelliğinden dolayı hastalığa neden olan virüs SARS (2002) ve MERS (2012)'e benzetilmiş, bu nedenle virüse Yeni Coronavirus 2019 (2019- nCoV) adı verilmiştir (Kutlu, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilen COVID-19, Çin dışında ilk kez 13 Ocak tarihinde Taiwan'da görülmüştür. Kısa süre içerisinde Asya Kıtasından Avrupa ve Amerika kıtalarına yayılmıştır (Varol ve Tokuç, 2020).

Pandemide, hastalıkla ilgili tedavi, bilgi ve virüsün yayılımına yönelik bilimsel çalışmalar yapılmaya devam edilmiş, yaklaşımlar sıklıkla güncellenmiştir (Alpyıldız ve Aslan, 2020). Bu süreçte internet üzerinden paylaşılan bilgi oranı, önceki benzer sağlık krizlerinde de olduğu gibi salgın sırasında önemli ölçüde artmış, insanlar sosyal medya sitelerini veya haber platformlarını kullanarak, pandemi ve COVID-19 ile ilgili haberlere ve çeşitli makalelere erişmeye çalışmış, deneyimlerini ve endişelerini paylaşmışlardır (Maftai ve Holman, 2020). İnternet, iletişimin yüksek iletim hızı, erişim ve penetrasyon ile bilgi paylaşabilen dev dijital sosyal medya platformları üzerinden yürütüldüğü önemli bir küresel sağlık bilgisi kaynağı haline gelmiştir. Pandemi sürecinde bilgiyi hızlı bir şekilde yaymanın, sağlık sistemlerinin salgına hazırlanmasını sağladığı ve bireylerin durumun ciddiyetini anlamalarını sağladığı görülmüştür (Begic ve ark., 2020). Avantajlı durumların dışında bilgi kaynaklarına bağlı eksiklik ve yanlışlıkların olduğu da görülmüştür. Doherty-

Torstrick ve ark., yürüttüğü çalışmada salgına ilişkin birçok haberin olması, kimi zaman da bilgi kirliliğinin olması durumlarının sağlık kaygısını artırdığını bulmuşlardır (Doherty-Torstrick ve ark., 2016). Ayrıca bireylerin karşılaştığı bu bilgilerin bir kısmı özgün ve kanıt düzeyi sınırlı olduğu gibi bazıları güvenilir kaynaklara ait olsa da birçoğu sadece söylentiden ibaret ya da yanlış / yanıltıcı olduğu, bu durumun gerçek koşulları algılamada endişe ve kaygıya yol açtığı görülmektedir (Varma ve ark., 2021). Ek olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olan pandemide, topluma yönelik hizmet sunumunda aksamaların olduğu, dezavantajlı grupların kırılmalıklarının arttığı da görülmüştür (Çevik, 2020).

Bireyin var olduğunu düşündüğü hastalıkları ile ilgili internette araştırma yapıp kendisine tanı koymaya çalışması ya da kendisini tedavi etmeye çalışması anlamına gelen siberkondri kişilerde kaygının artmasına ve gereksiz sağlık harcamalarına da yol açabilmektedir (Güzel ve Özer, 2021). White ve Horvitz (2009) arama motorlarından tıbbi bilgiye ulaşımın kolay olduğunu ve bu bilgilerin yeterli düzeyde tıbbi bilgiye sahip olmayan kişilerde kaygıya sebep olabileceğini savunmuştur (White ve Horvitz, 2009). Baumgartner ve Hartmann ise sağlık endişesiyle çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının etkileşim içinde olduğunu, bireyin sağlık kaygısının yüksek olmasının sağlıkla ilgili arama yapmaya eğilimini arttırabileceğini ve sonuç olarak bu durumun bireyde kaygıya sebebiyet verebileceğini bildirmiştir (Baumgartner ve Hartmann, 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), yapılan bir çalışmada erişkinlerin %55'inin sağlık hakkında bilgi edinmek için interneti kullandığı bilgisine ulaşılmıştır. İnternette bilgi akışının fazla olması avantajlı durumlarla birlikte dezavantajlı durumları da beraberinde getirmiştir. Örneğin sosyal medya araçları kullanılarak oluşturulan platformlarda aşılara yönelik tutumların paylaşılması ve bu bilgilerin kısa bir sürede geniş çevrelere yayılması aşılı karşıtlarının kendilerini ön plana çıkarmalarına olanak sağlamamış ve bilgi kirliliği oluşturmuştur (Yiğit ve ark., 2020). Arama motorları üzerinden yapılan bir çalışmada ise, yedi arama motorunda ilk 10 sonuç incelenmiş ve bu sitelerin %43'ünün aşılı reddini savunan siteler olduğu bulunmuştur (Davies, 2002). Bunun gibi sitelerde ve internette yer alan bilgiler, toplumun geneline ulaşan aşılı ve aşılama hakkındaki haberler, aşılı kabulünü ya da aşılı çekingenliğini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Argüt ve ark., 2016).

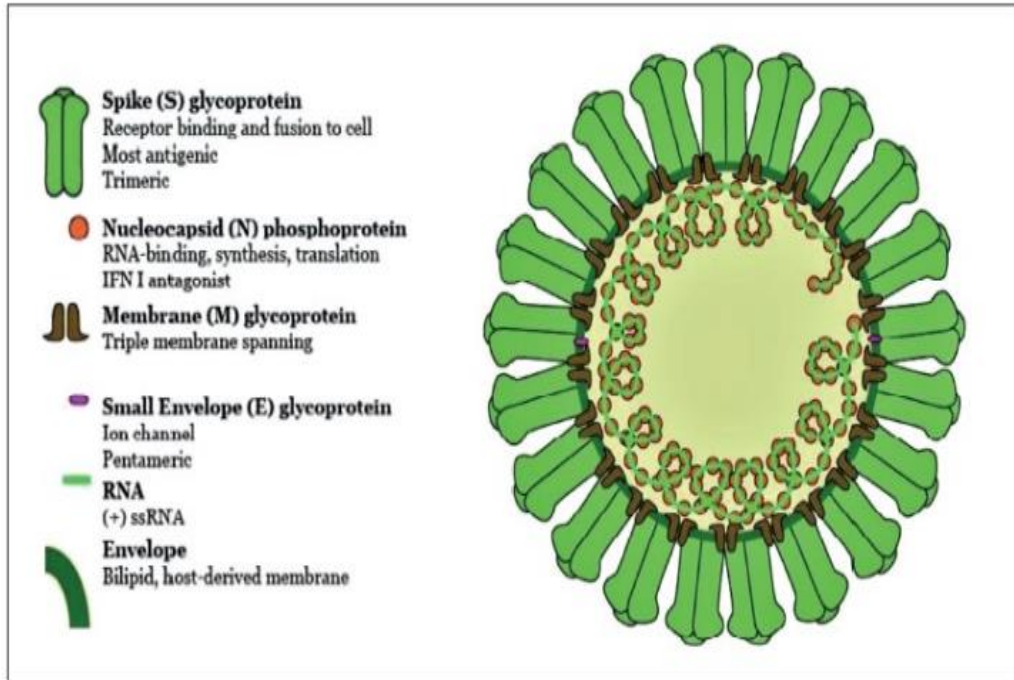
Literatüre bakıldığında sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin COVID-19 bilgi, tutum ve davranışları ile ilişkisini değerlendiren sınırlı çalışma olduğu görülmektedir (Wu ve ark., 2021; Jungmann ve Witthöft, 2020; Abdelsattar ve ark., 2022). Ayrıca toplum tabanlı geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek ile COVID-19 bilgi, tutum ve davranışının toplum tabanlı değerlendirildiği çalışma da azdır. Bu nedenlerle çalışmanın yürütülmesine karar verilmiştir.

Bu araştırma Balıkesir kent merkezinde yer alan Atatürk Mahallesi'nde yaşayan erişkinlerde bazı sosyodemografik değişkenler, siberkondri ve sağlık anksiyetesinin COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışlarıyla ilişkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19

Koronavirüs ailesi, “Doğu Solunum Sendromu (MERS-CoV) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (SARS-CoV) gibi hatta daha ciddi boyutta olan hastalıklara bile yol açabilen bir ailedir (Altın, 2020). Kısa sürede pandemik bir hal alan COVID-19 ilk kez 29 Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletinin Wuhan kentinde bulunan deniz ürünlerinin ve canlı hayvanların satıldığı bir pazarda ortaya çıkmıştır (Üstün ve Özçiftçi, 2020). Hastalardan örneklerin alınıp incelenmesiyle birlikte 7 Ocak 2020 tarihinde, hastalık nedeni olan virüsün Coronavirus ailesine ait olduğu anlaşılmış, bu özelliğinden dolayı virüs SARS (2002) ve MERS’e (2012) benzetilmiştir. Bu nedenle virüs Yeni Coronavirus 2019 (2019- nCoV) olarak adlandırılmıştır (Kutlu, 2020). 2019- nCoV olarak adlandırılan bu virüsün şematik yapısı şu şekildedir:



Şekil 1. Koronavirüs şematik diyagramı.

(Kutlu, 2020).

DSÖ tarafından, 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilen bu hastalık, Çin dışında ilk kez 13 Ocak 2020 tarihinde Taiwan'da görülmüştür. İki ay gibi kısa bir süre zarfında da Asya Kıtasından Avrupa ve Amerika kıtasına yayılmıştır (Varol ve Tokuç, 2020).

Zaman içinde hücrelerin kopyalanma sürecinde meydana gelen hatalardan SARS-CoV-2 varyantları oluşmuş, RNA tabanlı olan bu virüste zaman içinde RNA dizininde değişiklikler meydana gelmiş ve virüs farklı yapısal ve fonksiyonel özellikler kazanmıştır. RNA'da gelişen bu değişiklikler mutasyon olarak, mutasyon kombinasyonları ile ortaya çıkan yeni virüse ise varyant denmektedir (DSÖ, 2022). DSÖ, bu varyantları iki grupta ele almıştır:

- 1) Endişe verici varyantlar (Variant of Concern: VOC)
- 2) Dikkate alınması gereken varyantlar (Variant of Interest: VOI)

Endişe verici varyantlar daha bulaşıcı ve şiddetli hastalığa neden olabilen varyantlardır. Dikkate alınması gereken varyantlar ise klasik hastalık bulgularından farklı seyir göstermektedirler. Toplumda birden çok COVID-19 vaka kümeleri oluşturarak ya da birden fazla ülkede saptanarak karşımıza çıkan varyantlardır (DSÖ, 2022).

Endişe verici varyantlardan alfa, ilk kez İngiltere'de Eylül 2020 tarihinde saptanmış ve ilk örneği 18 Aralık 2020 tarihinde görülmüştür. Diğerlerine kıyasla daha bulaşıcı olan bu varyant Türkiye'nin de içinde yer aldığı 80'i aşkın ülkede ortaya çıkmıştır. Beta varyantı, Mayıs 2020 tarihinde Güney Afrika'da saptanan, ilk örnekleri alfa varyantında olduğu gibi 18 Aralık 2020 yılında görülen bir varyant olup alfa varyantına göre daha bulaşıcıdır. Gama varyantı ise, Brezilya'da Kasım 2020 tarihinde saptanan, ilk örneklerine de 11 Ocak 2021 tarihinde rastlanan, bulaşıcılığının yüksek olduğu varyantlardandır. Delta varyantı, 2020 yılının Ekim ayında Hindistan'da saptanmış ve varyantın ilk örnekleri 11 Mayıs 2021 tarihinde görülmüştür. Bu varyantta baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi klasikleşmişin dışındaki bulgulara rastlanmıştır (Tao ve ark., 2021; DSÖ, 2022) (Tablo 1).

Tablo 1. Yer ve zaman özelliklerine göre endişe verici varyantlar.

VOC İsimlendirmeleri				
Varyant	İlk saptama	İlk örnekler	Özellikler	
Alfa	İngiltere, Eylül 2020	18 Aralık 2020		<ul style="list-style-type: none">➤ %30-40 daha bulaşıcıdır.➤ Hastalık daha ağır geçebilmekte ölüm oranları daha yüksek olmaktadır.➤ Aşılar bu varyanta karşı etkindir.
Beta	Güney Afrika, Mayıs 2020	18 Aralık 2020		<ul style="list-style-type: none">➤ Daha kolay ve hızlı bulaşabilmekte, hastalık seyri daha ağırdır.➤ Aşıların etkinliği orijinal virüse göre düşmüştür.
Gama	Brezilya, Kasım 2020	11 Ocak 2021		<ul style="list-style-type: none">➤ Virüs bulaş hızı artmıştır, hastalık ciddiyetine etkisi ise net bilinmemektedir.➤ Aşıların etkinliğiyle ilgili net bir bilgi yoktur.
Delta	Hindistan, Ekim 2020	VOI:4 Nisan-2021 VOC:11-Mayıs 2021		<ul style="list-style-type: none">➤ Delta varyantı klasik COVID-19 klinik bulgularından farklıdır.➤ Alışıl gelmiş belirtiler yerine soğuk algınlığı bulguları daha baskın olarak gelişmektedir.➤ 29 Haziran 2021 tarihinde Türkiye’de Delta varyantı saptanmıştır.➤ Aşılarla karşı orta düzeyde dirençli bulunmuştur.
Omicron	Güney Afrika, Kasım 2021	24 Kasım 2021		<ul style="list-style-type: none">➤ Endişe verici varyantlara göre bulaşma riski daha çoktur.
BQ.1 ve XBB varyantı (Omicron alt varyantları)	BQ.1 varyantı- Nijerya, Ekim 2022 XBB varyantı- ABD/Singapur, Ağustos 2022	BQ.1-VOI: 20 Ekim 2022		<ul style="list-style-type: none">➤ BQ.1 varyantı 60 ülkede tespit edilmiş, XBB varyantı 35 ülkede tespit edilmiş olup her iki varyantta diğer Omicron varyantlarına göre daha yüksek enfeksiyon riskine sahiptir.

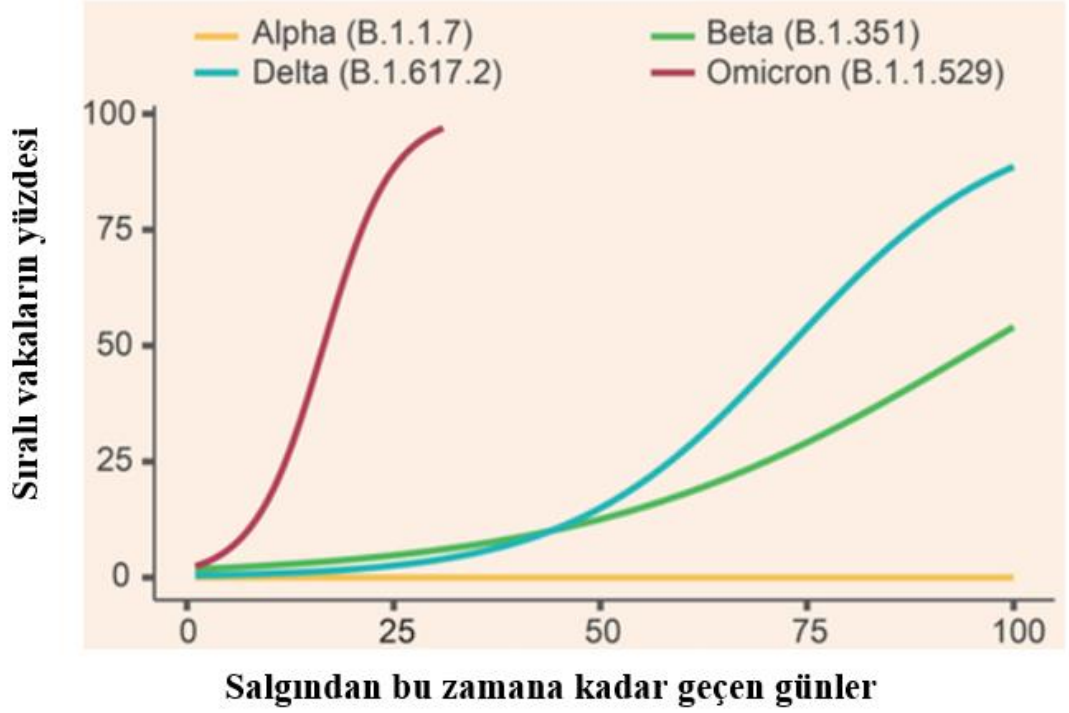
Dikkate alınması gereken diğer varyantlar Epsilon, Zeta, Eta, Theta, İota, Kappa, Lambda varyantlarıdır. Epsilon varyantı ABD’de 2020 yılı mart ayında

saptanmış ve 5 Mart 2021 tarihinde ilk örneğine rastlanmıştır. Zeta varyantı, Brezilya'da Nisan-2020 tarihinde saptanmış 17 Mart 2021'de ilk örneği görülmüştür. Eta varyantı, 2020 yılı aralık ayında çeşitli ülkeler de saptanmış ve ilk örneğine 7 Mart 2021 tarihinde görülmüştür. Theta varyantı Filipinler'de 2021 yılı ocak ayında saptanmış, ilk örneği 24 Mart 2021 tarihinde görülmüştür. Iota varyantı, ABD'de Kasım 2020'de saptanmış, 24 Mart 2021'de ilk örneği görülmüştür. Kappa varyantı, Hindistan'da Ekim 2020'de saptanmış, 4 Nisan 2021'de ilk örneğine ulaşılmıştır. Lambda varyantı ise, Peru'da Aralık 2020 saptanıp 14 Haziran 2021'de ilk örneğine ulaşılmıştır (Monajjemi ve ark., 2022) (Tablo 2).

Tablo 2. Yer ve zaman özelliklerine göre dikkate alınması gereken varyantlar.

VOI İsimlendirmeleri		
Varyant	İlk saptanan yer ve zaman	İlk örnekler
Epsilon	ABD, Mart 2020	5 Mart 2021
Zeta	Brezilya, Nisan 2020	17 Mart 2021
Eta	Çeşitli ülkeler, Aralık 2020	7 Mart 2021
Theta	Filipinler, Ocak 2021	24 Mart 2021
Iota	ABD, Kasım 2020	24 Mart 2021
Kappa	Hindistan, Ekim 2020	4 Nisan 2021
Lambda	Peru, Aralık 2020	14 Haziran 2021

Ortaya çıkan bu varyantların yayılım hızları farklılık göstermektedir. Şekil 2'de görüldüğü üzere Omicron varyantının yayılımı Alfa, Beta ve Delta varyantlarına göre daha hızlıdır.



Şekil 2. Dünyada varyantların yayılım hızı.
(He ve ark., 2021).

2.1.1. COVID-19 Enfeksiyonunun Bulaşma Yolları

Kuluçka süresi 2-14 gün olan COVID-19, damlacık, oral-fekal ve doğrudan temas yoluyla insandan insana bulaşan ve bu şekilde yayılım gösteren bir enfeksiyondur (Bhagavathula ve ark., 2020). Öksürme ve hapşırma sonucu ortama yayılan damlacıkların, iki metreden uzağa gitmediği ve havada asılı kalmadığı, kartonlarda 24 saate, çelik ve plastik yüzeylerde 72 saate kadar canlı kalabildiği, dış ortama, alkol ve dezenfektanlara pek dayanıklı olmadığı bilinmektedir (Çınar ve Oğuz, 2020).

Hastalık ilk çıktığı zamanlarda bireylerin ne kadar süre bulaştırıcılığa sahip olduğuyla ilgili tam olarak bilinmezken, süreç içinde hastalığı hafif-orta geçirenlerin 10 güne kadar, ağır geçirenlerin ise 20 güne kadar bulaştırıcılığa sahip olduğu görülmüştür (Dikmen ve ark., 2020). Hastalığın başlangıcında meydana gelen Viral-RNA miktarındaki artış hastalığın ilk günlerinde bulaştırıcılığın artmasına neden

olmuştur. Yapılan bir çalışmada hafif semptomla sahip olan 21 hastanın 18'inde semptomların başlamasından 10 gün sonra burundan ve ağızdan sürüntü örnekleri alınmış ve sonuç olarak bu hastalarda viral-RNA'ya rastlanmamıştır. Hastalığı daha ağır geçiren kişilerde daha uzun süre pozitiflik görülmüştür (Liu ve ark., 2020).

Korunma yöntemlerinde solunum için cerrahi maske kullanımı, göz için siperlik ya da gözlük takılması, eller için bu süreçte eldiven kullanımına özen gösterilmesi ve vücut için de özellikle sağlık alanında çalışanların uzun kollu önlük giymeleri önerilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2020). Bulaşın önlenmesindeki bir diğer adım, maruziyet riskinin önlenmesidir. Sağlık kurumları özellikle hastaneler maruziyet riskinin yüksek olduğu işyerleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle hastaneye yatış öncesi ve acile başvuranlara PCR testi uygulanmış ve belirtiler bakımından kişiler değerlendirilmiş, bu süreçte acil olmayan ameliyatlara da ertelenmiştir. Sağlık çalışanları hasta temasından önce ve sonra el hijyenine dikkat etmiş ve alkol bazlı dezenfektan ile ellerini temizlemeye özen göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Hasta ziyaret kuralları da değişime uğramış olup, ziyaretçilerin, COVID-19 şüphesi taşıyan ya da hasta olan kişilerin odasına girmesi yasaklanmış, bunun yerine cep telefonu veya tabletlerdeki görüntülü arama uygulamaları ile iletişim kurmaları sağlanmıştır. Hastaların taburcu edilmesinin ardından odalar belli bir süre havalandırılmış ve temizliği yapılmıştır (Demirağ ve Hintistan, 2020).

2.1.2. COVID-19 Belirtileri

Genel olarak hastalığın beşinci gününde ortaya çıkan yüksek ateş, kuru öksürük ve yorgunluk COVID-19'un tipik belirtileri arasında yer almaktadır. Ancak bu belirtiler farklı vakalarda, iki ile on dördüncü gün arasında da ortaya çıkabilmektedir (Akbıyık ve Avşar, 2020). Baş ağrısı, burun tıkanıklığı, genel ağrı, tat ve koku duyusunun azalması, ishal, vücutta görülen kızarıklıklar, parmaklarda renk değişimleri de nadir görülmekle birlikte belirtiler arasında yer almaktadır (Altınsoy ve ark., 2021).

Hastalık hafif, hafif-orta ve ağır olmak üzere üç farklı klinik tablo ile önümüze çıkmaktadır (Şener, 2020):

I-Hafif Seyirli: Bu tabloda akciğer tutulumu görülmemektedir. Sadece çok belirgin olmamakla birlikte ateş, boğaz ağrısı, öksürük, miyalji gibi semptomlara rastlanmaktadır.

II-Hafif–Orta Viral Pnömoni: Akciğer tutulumunun Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile gösterilebildiği, hastalığın akciğerlerde kapladığı alanın %50'nin altında olduğu durumdur. Oda sıcaklığında kişilerin oksijen değerleri %90'nın üstünde olduğu tablodur.

III-Ağır Viral Pnömoni: İki şekilde görülebilmektedir:

- a) Hastalık akciğerin %50'sinin üstünde bir alana yayılmış, oksijen değerleri %90'nın altına düşmüştür. Kişiler oksijen takviyesine ihtiyaç duymaktadır.
- b) Hastalık akciğerin geneline yayılmıştır. Hastaların entübe edildiği, sepsis, şok, çoklu organ yetmezliği, ARDS tablolarından birinin görüldüğü hastalık alt boyutudur.

Yapılan araştırmalar; olguların %80'lik kısmının ciddi bir tıbbi müdahale gerektirmeyerek evlerinde istirahat, ateş düşürücü önlemler ve sıvı alımı ile hastalığı hafif bir şekilde atlattığını ancak ciddi vakalarda ise hastalığın zatürreye dönüşebileceğini ve suni solunum yöntemlerine ihtiyaç duyulabileceğini göstermektedir (Johns Hopkins Medicine, 2022).

Hasta olan her beş kişiden biri de hastalığı ağır geçirmektedir. Bununla birlikte kronik hastalığı olanlar (kalp ve akciğer hastalıkları, DM, HT vb.) ve yaşlı kişiler de riskli grupta yer almakta ve hastalığı ağır atlatabilmektedir (Budak ve Korkmaz, 2020). Literatürdeki çalışmalar COVID-19 hastalığına tüm yaş gruplarının duyarlı olduğunu ancak ileri yaş grubunda olmanın hastalığın şiddetini ve ölüm riskini arttırdığını ortaya koymuştur (Rashedi ve ark., 2020). Çin'deki vakaların %87'sinin 30-79 yaş aralığında, fatalite hızının ise tüm vakalarda %2.3, 70-79 yaş

grubunda %8 ve 80 yaşın üstünde de %14.8 olduğu bilinmektedir (Zhou ve ark., 2020).

Hasta kişinin yaşının 55 üzeri olması, önceden AC hastalığının varlığı, kronik böbrek yetmezliğinin varlığı, kalp hastalığının olması, HT öyküsü, organ nakli öyküsü gibi etmenler epidemiyolojik risk faktörlerini oluşturmaktayken; solunum sayısının dakikada 24'ün üzerinde, satürasyonun %90'nın altında olması ve nabzın da dakikada 125'in üstünde olması vital bulgu risklerini ifade etmektedir (Dikmen ve ark., 2020) (Tablo 3.).

Tablo 3. COVID-19'un epidemiyolojik ve vital risk kategorileri.

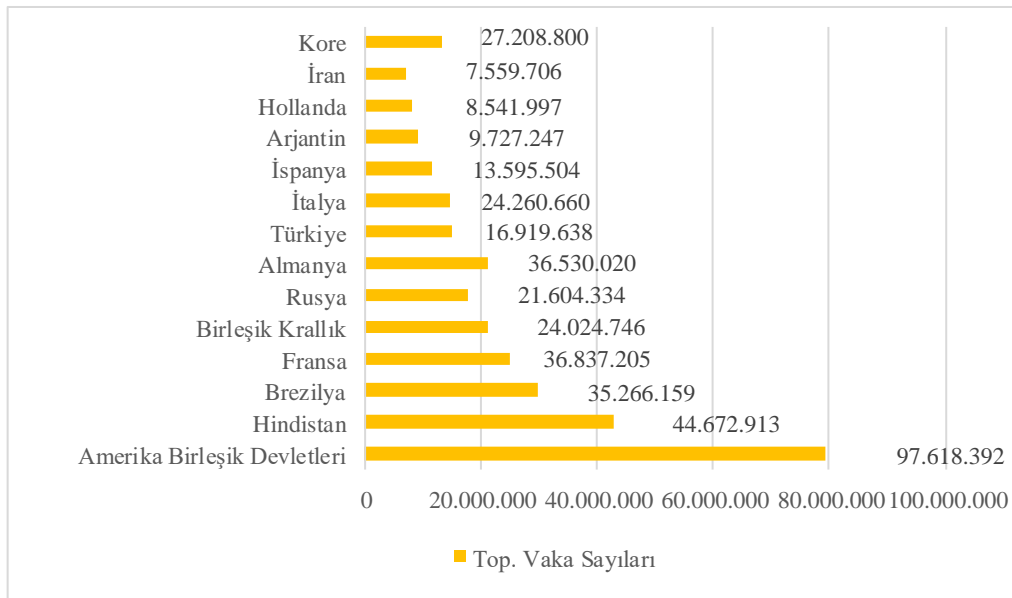
Epidemiyolojik risk kategorisi	Vital bulgular risk kategorisi
Yaş >55	Solunum sayısı > 24/dk
Önceden akciğer hastalığı	Nabız >125/dk
Kronik böbrek yetmezliği	Satürasyon < %90
Diyabet	
Hipertansiyon öyküsü	
Kalp hastalığı	
Biyolojik ajan kullanımı	
Organ nakli öyküsü	
Tüm HIV hastaları	

2.1.3. Dünyada COVID-19 İnsidansı

Çin'de 9 Aralık 2019'da görülen pnömoni olgularının kaynağının Huanan Deniz Ürünleri Pazarı olduğu düşünülmüş ve 31 Aralık 2019 tarihinde, yeni bir salgının ortaya çıktığını duyurularak, 8 Ocak 2020 tarihinde Çin Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi yeni bir koronavirüsün salgına sebebiyet verdiğini belirtilmiştir (Er ve Ünal, 2020). DSÖ, 5 Ocak 2020 tarihinde hastalığı salgın olarak adlandırmış, 11 Ocak 2020 tarihinde Çin virüsün genetik bulgularını paylaşmış, yine bu tarihte

koronavirüse bağlı ilk ölüm Çin’de gerçekleşmiştir (Şenol, 2020). Tayland’da 13 Ocak’ta görülen ilk vaka Çin dışındaki ilk vaka olup, 21 Ocak’ta ABD’de de virüs görülmüş, Çin dışında virüs kaynaklı ilk ölüm, 2 Ocak 2020 tarihinde Filipinler’de gerçekleşmiş, 11 Şubat 2020 tarihinde hastalığa COVID-19 adı verilmiş, 14 Şubat 2020’de Afrika kıtasında ilk vaka Mısır’da görülmüş, 14 Şubat 2020’de Fransa’da ilk ölüm gerçekleşmiş olup bu ölüm, Asya dışındaki ilk ölümdür. Asya’daki bir başka ülken olan İran’da 19 Şubat tarihinde, ilk COVID-19 vakasını görülmüş, 26 Şubat’ta Latin Amerika ülkesi Brezilya’da hastalık görülmüş, Suudi Arabistan, 5 Mart tarihi itibariyle ilk COVID-19 vakasını açıklamıştır. Hastalığın 7 Mart 2020 tarihinde 100 ülkeye yayıldığı ilan edilmiş, 16 Mart 2020’de ilk deneysel aşılama yapılmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020). Salgının etkisiyle birlikte dünyada ekonomik durum bozulmuş ve haziran ayı itibariyle işsizlik, gelir kaybı gibi çeşitli ekonomik sebeplerden dolayı normalleşme sürecine girilmiştir (Çobanoğlu, 2020).

Pandeminin ilerleyen sürecinde ülkelerdeki olgu sayıları da şekillenmeye başlamış ve Amerika Birleşik Devletleri en fazla vaka görülen ülkeler arasında ilk sırada yer almıştır. Olgu sayısı en fazla olan ilk 15 ülke şu şekilde sıralanmaktadır:



Şekil 3. En fazla COVID-19 vakası olan ilk 15 ülkenin vaka sayıları.

(11 Mart 2020- 2 Aralık 2022)

(DSÖ, 2022).

Tablo 4 incelendiğinde 649 523 351 sayısı ile en çok olgunun görüldüğü ülke ABD, 6 645 542 ile en çok ölümün görüldüğü ülke yine ABD olmuştur. Tabloda verilen ülkelerin sağlık hizmetini sunum şekilleri, sağlık sektörlerinin özel ağırlıklı olup olmaması, alınan önlemlerin yeterliliği, kişilerin hizmete ulaşma düzeyleri ve sahip oldukları sosyoekonomik imkanlar pandeminin gidişatını belirlemiştir. Ülkeler arasında var olan bu eşitsizlikler de vaka sayılarını, ölüm oranlarını ve iyileşen kişi sayılarına etki etmiştir (DSÖ, 2022).

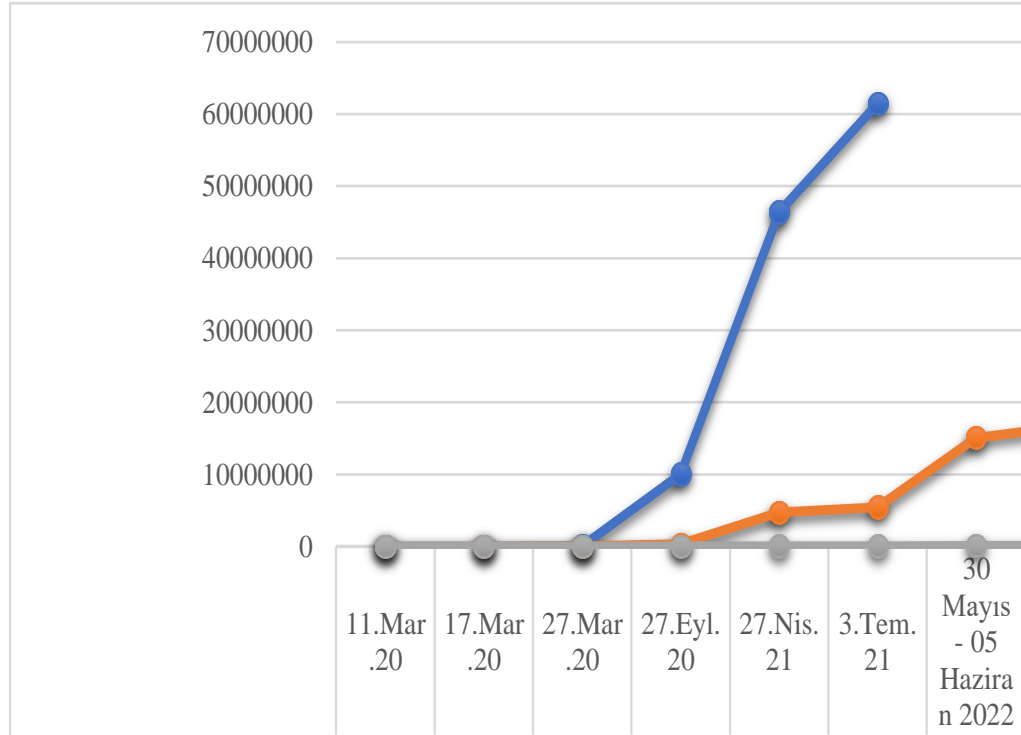
Tablo 4. Ükelere göre COVID-19 verileri (03 Aralık 2022).

Ülkeler	Toplam olgu sayısı	Toplam ölüm sayısı	Toplam iyileşen sayısı
Dünya	649 523 351	6 645 542	626 795 829
ABD	100 787 779	1 106 607	98 236 954
Brezilya	35 375 733	690 129	34 262 104
Rusya	21 611 003	392 176	21 014 391
Hindistan	44 674 195	530 627	44 137 942
İngiltere	24 024 746	197 253	23 747 479
İspanya	13 614 807	116 108	13 403 322
İtalya	24 488 080	181 733	23 799 178
Çin	331 952	5 233	287 361
İran	7 559 799	144 637	7 335 266
Almanya	36 557 861	158 198	35 862 800
Türkiye	17 005 537	101 400	16 904 137
Fransa	37 975 060	159 093	36 940 925

2.1.4. Türkiye’ de COVID-19 İnsidansı

Türkiye’de 10 Mart 2020 tarihinde ilk COVID-19 vakası tespit edilmiş ve Sağlık Bakanı tarafından 11 Mart gecesinde basın açıklamasıyla duyurulmuştur. (Erdem, 2020). COVID-19’a bağlı ilk ölüm ise 17 Mart tarihinde açıklanmıştır (Kutlu, 2020).

İlk vakanın ve ölümün duyurulmasıyla birlikte kısa bir süre içerisinde test, vaka ve vefat sayıları da artış göstermiştir. Pandemi sürecindeki COVID-19 toplam test, toplam vaka ve toplam vefat sayıları da şu şekilde değişmiştir:



Şekil 4. Türkiye’de COVID-19 test, olgu ve ölüm sayılarındaki değişim

(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk vakanın açıklanmasıyla birlikte bireylerin birbiriyle temasını kesmeye ve bu şekilde yayılım hızını azaltmaya yönelik birtakım önlemler alınmaya başlanmıştır. Teması azaltmaya yönelik izolasyon/karantina gibi önlemlerle bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de ekonomik ve sosyal yaşamı etkilemiş hatta durma noktasına getirmiştir (Bulut ve Pınar, 2020). Seyahat kısıtlaması, okul, alışveriş, eğlence yerleri gibi kişilerin toplu halde bulunabileceği yerlerin kapatılması, karantina uygulaması hükümetçe alınan önlemler arasında yer

almaktadır. Alınan bir diğer önlem de 16 Mart'tan itibaren tüm okulların ve üniversitelerin kapatılmasıdır (Kutlu, 2020). Bu önlemler dışında önce Çin olmak üzere İran ve İtalya gibi yüksek riske sahip ülkelere havayolu kapatılmış, uçuşlar yasaklanmıştır. Yolcular ateş ve solunum semptomları açısından havaalanlarında taranmıştır. Havayolu sınırlamalarıyla birlikte Türkiye-İran ve Türkiye-İrak sınır kapıları da yolcu giriş ve çıkışlarına kapatılmıştır. Sınır kapılarının kapatılmasıyla birlikte İran-İrak sınırlarında sahra hastanelerinin açılacağı duyurulmuştur (Türk Tabipleri Birliği, 2020).

Kamu çalışanlarının çalışma saatleri esnetilmiş, toplu taşımalarda ise yolcu taşıma sayılarına sınır getirilmiştir. 23 Mart itibariyle marketler sabah dokuzda hizmet vermeye başlamış ve akşam dokuzda kapatılmıştır. Markete girebilecek müşteri sayısına da sınırlandırma getirilmiştir. Bu süreçte belirli yaş gruplarına sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. 4 Mayıs itibariyle de normalleşme sürecine girilmiş ve yasaklar üzerinde düzenlemeler yapılmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020).

Alınan önlemler sonucunda vaka, test, vefat ve iyileşen kişi sayısı şu şekilde değişim göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022):

Tablo 5. COVID-19 pandemisi olgu, test ve ölen kişi sayıları.

Tarih	Toplam test sayısı	Toplam olgu sayısı	Toplam ölüm sayısı	Bugünkü hasta sayısı	Bugünkü test sayısı	Bugünkü ölüm sayısı
11.03.2020		1				
11.09.2020	8 325 137	288 126	6 951	1 671	112 213	56
11.03.2021	34 694 624	2 835 989	29 290	821	146 386	63
03.07.2021	61 455 218	5 440 368	49 874	478	218 924	45
30 Mayıs-05 Haziran 2022		15 078 186	98 976	7 322		19
29 Ağustos-4 Eylül 2022		16 829 941	100 979	32 191		139
14-27 Kasım 2022		17 042 722	101 492	37 185		92

2.1.5. COVID-19 ile Mücadele

Salgınlarda yürütülen her çalışmanın temeli enfeksiyon zincirini kırmaya yöneliktir. DSÖ, bu amaç doğrultusunda şubat ayının başında bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda sırası ile vakaların kısa bir süre içerisinde tanımlanması ve yönetilmesi, vakaların izlenmesi, sağlık kuruluşlarında hastalık yayılımına karşı önlem alınması ve de seyahat edenler için gerekli sağlık kontrollerinin yapılması ve son olarak da toplumun virüs, hastalık, yayılım şekli ve belirtileriyle ilgili bilgilendirilmesi yer almaktadır (DSÖ, 2020). Hastalığın bulaşmasına karşı alınacak önlemlerin başında 20 saniye boyunca sabun ve su ile el yıkamak yer almaktadır. Su ve sabun dışında alkol ve dezenfektanlardan da yararlanılabilmektedir (Buran ve İlhan, 2021). El dezenfektanlarının etil alkol konsantrasyonu oranının en az %60, izopropil alkol konsantrasyonu oranının en az %70 olanının tercih edilmesi, el yıkama dışında 1-2 metrelik sosyal mesafeye dikkat edilmesi önerilmektedir (Üçgün ve Yavuz, 2021). El yıkama ve mesafe dışında olabildiğince eller burun, ağız ve gözle temas ettirilmemesi, hapşırma, öksürme gibi durumlarda mendil kullanılması, mendilin olmadığı durumlarda ise dirsek içi ile ağız kapatılması ve bu şekilde damlacıkların yayılımının önlenmesi gerekmektedir (DSÖ, 2021). İnsan sirkülasyonunun fazla olduğu kalabalık yerlerin, kapalı alanların (ev, iş yeri vb.) havalandırılması ve sık kullanılan kapı kolları, aydınlatma düğmeleri gibi gün içinde temasın fazla olabileceği yüzeylerin temizlenmesi de önerilmektedir. Hastalık başlıca damlacık yoluyla yayıldığı için özellikle hasta olan kişilerin ve hastaya bakan kişilerin de maske takması önemlidir (Memikoğlu ve Genç, 2020). Enfeksiyon açısından riskli olan çiftlik, canlı hayvan pazarı ve hayvan kesim alanlarından, çiğ veya az pişmiş hayvan ürün tüketiminden kaçınılması, yiyeceklerin iyice pişirilmesi önerilmektedir. Seyahatler sonrasında solunum yolu semptomları gözlemlenmeli, belirti olması durumunda sağlık kuruluşuna başvurulması, hekime seyahat öyküsü hakkında bilgi vermesi önemlidir (Türken ve Köse, 2020).

COVID-19 ile savaşmada başvurulan yöntemlerden biri de karantina (en uzun kuluçka süresince kişilerin sağlamlarla temasının önlenmesi), izolasyon (hastaların ayrı tutulması) ve tecrit (hasta olma riskine sahip kişilerin ayrı tutulması) uygulamalarıdır (Varol ve Tokuç, 2020). Bu uygulamalarla sağlam kişiye ve kaynağa yönelik önlemler alınmıştır. Mücadeledeki en önemli noktalardan birisi de sosyal

mesafedir. Okul, toplu taşıma araçları, düğün, cenaze, tiyatro, mağaza gibi birçok alanda kişi sayısı azaltılmış ya da yasaklar, sınırlamalar getirilmiştir. Mücadele kapsamında sokağa çıkma ve seyahat yasakları da uygulanmıştır. Pandeminin başlarında, aşı henüz bulunmadığı için yayılım test kitleri ile önlenmeye çalışılmıştır.

Bu süreçte maske kullanımı Türkiye’de zorunlu hale getirilmiş, maske kullanmayanlara ceza uygulamasında bulunulmuştur (Karadağ, 2020). 3 Nisan 2020 tarihiyle birlikte pazar, market gibi toplu halde bulunulabilecek yerlere maske ile girme zorunluluğu getirilmiş ve sonrasında T.C. Sağlık Bakanlığı kararı ile çevrimiçi ortamdan maske başvurusunda bulunularak Posta ve Telgraf Teşkilatı (PTT) tarafından vatandaşlara maske temini sağlanmış ve maske satışı yasaklanmıştır (Kazak ve ark., 2020). 10 Nisan 2020’de ise maskelerin eczaneler aracılığıyla dağıtılacağı ilan edilmiştir. Salgınla mücadelede alınan diğer önlemler arasında çevre temizliği ve düzenlemeleri de yer almaktadır. Belediyeler oturma yerlerini sosyal mesafeye uygun hale getirmiş, birçok yere dezenfektan koymuş; afiş, el ilanı ile halkı bilgilendirmişlerdir (Turan ve Çelikyay, 2020). İlerleyen süreçlerde Türkiye’de Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu’nun (TÜBİTAK), önderliğiyle birlikte ulusal ve uluslararası düzeyde çeşitli disiplinler bir araya getirilerek aşı çalışmalarına başlanmıştır (Kazak ve ark., 2020). Türkiye’de olgu sayılarının artışı sonucu 14 Nisan 2021 itibariyle kısmi kapanma, 29 Nisan 2021 tarihinden itibaren de tam kapanma tedbirleri uygulanmaya başlanmıştır. Sonrasında yaklaşık iki hafta sonra 17 Mayıs 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında kademeli normalleşmeye geçilmiş ve bu dönemde, hafta içi akşam saat dokuzdan sabah beşe kadar ki saatler arasında, hafta sonları cuma günü saat dokuzdan pazartesi sabah saat beşe kadar sokağa çıkma kısıtlaması uygulanmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020). Bu dönemde kendi gereksinimlerini karşılayamayacak durumda olanlar 112 üzerinden temel gereksinimlerini bildirmişler ve VEFA Sosyal Destek Gruplarınc bu kişilerin gereksinimleri karşılanmıştır. Aşı uygulamalarına başlanmış olan bu dönemde, aşı yaptırmamış olan 65 yaş ve üzeri kişiler ise hafta içi günlerde sadece 10.00-14.00 saatleri arasında sokağa çıkabilmişlerdir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2021). Aşı uygulanacak gruplar T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulmuş ve üç aşamada uygulama aşı uygulaması yapılmıştır. Birinci aşama kendi içinde A, B, C olarak 3’e ayrılmıştır. İlk uygulama sağlık çalışanlarına, ikinci uygulama yaşlı, engelli ve koruma evleri gibi yerlerde çalışanlara, üçüncü uygulama ise 65 yaş ve üstü kişilere

uygulanmıştır. İkinci aşama hizmetin sürdürülmesinde öncelikli alanlar (Cezaevleri, Zabıta, İçişleri Bakanlığı...) ve 50-64 yaş arası bireyleri kapsamıştır. Üçüncü aşamada ise kronik hastalığı olanlar ve diğer gruplar yer almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.1.6. COVID-19 ve Bağışıklama

Temel üreme sayısı (R0) 2.5 olan COVID-19 virüsünün yayılımının durması için toplumun %60-72'sinin (1-1 / R0) aşılmasına gereksinim olduğu hesaplanmıştır. Bunun sonucunda ülkeler virüsün yayılımının durması için gerekli olan güvenli ve etkili aşuların üretim çalışmalarını başlamış ve adeta bir yarış içerisine girmişlerdir (Yavuz, 2020).

Aşuların üretim çalışmalarında sürdürülmesi gereken bazı fazlar mevcuttur. Tablo 6'da da görüldüğü üzere bu fazlar sırasıyla prelinik, faz 1, faz 2, faz 3, Regulatory Review (RR) ve faz 4' tür (DSÖ, 2020).

Tablo 6. Aşı geliştirme çalışmalarında sürdürülmesi zorunlu olan fazlar.

Prelinik	İnsana yönelik deneyler başlamadan önce gerçekleşen güvenliğe ve uygunluğa yönelik verilerin ve çalışmaların yapıldığı fazdır. Bu fazda hayvanlar üzerinde çalışmalar yapılmaktadır.
Faz 1	İlk klinik faz özelliği taşıyan bu evrede sağlıklı ve gönüllü kişiler üzerinde çalışmalar gerçekleştirilir. Bu çalışmalar yaklaşık olarak 1-2 yıl sürmekte, bu fazda farklı dozların etkinliği değerlendirilmektedir.
Faz 2	Aşı ve dozlarının güvenilirliği ve etkinliğinin daha ayrıntılı değerlendirildiği bu faz 2-3 yıl kadar sürmekte ve çalışmalar 100-300 kişi ile yürütülmektedir.
Faz 3	Bu faz çalışmanın binlerce kişi ile 2-4 yıl süre ile yönetildiği fazdır.
RR	Bu evrede Faz 3 çalışma sonuçları incelenerek ruhsatlama başvurusu değerlendirilmekte, ilaç üretimi ile eş zamanlı olarak genellikle 1-2 yıl sürmektedir.
Faz 4	Aşının kullanılmaya başladıktan sonraki safhasıdır. Onay sonrası aşının gerçek yaşam etkinliği ve güvenilirliği izlenmektedir.

Geçmişten günümüze doğušta beklenen yaşam süresinin artması, yaşam kalitesinin iyileşmesi adına aşuların, bağışıklamanın çok önemli bir rolü vardır. Aşular inaktif aşular, canlı atenüe aşular, protein bazlı, viral vektör aşuları, M-RNA ve DNA aşuları olmak üzere gruplandırılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

İnaktif Aşular: Hastalığa sebebiyet vermeyen ancak bağışıklığın oluşmasını sağlayan etkisi alınmış virüs içeren ve gelenekselleşmiş yöntem ile üretilen, üretimi diğerlerine göre daha zor ve yavaş olan aşulardır.

Canlı Atenüe Aşular: İnaktif aşular gibi bu aşularda hastalığa neden olmazlar fakat bağışıklık yanıtı oluşturan zayıflatılmış virüs içerirler.

Protein Bazlı Aşular: Etkenin yapısını taklit edip protein parçalarını kullanarak güvenli bir şekilde bağışıklık yanıtı oluşturan aşulardır.

Viral Vektör Aşuları: Grip benzeri hastalık yapan bir virüsün ilgili etkenin proteiniyle desteklenerek insanda bağışıklık oluşturmaları amaçlayan aşı türüdür.

M-RNA ve DNA Aşuları: Kendi başına güvenli bağışıklık yanıtı oluşturan protein üretimi için tasarlanmış RNA ve DNA parçacıklarının kullanıldığı aşı türüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

COVID-19 için geliştirilmiş olan aşı türleri ve örnekleri dokuz kategorideki sınıflanmaktadır. Bunlar inaktif virüs aşuları, canlı zayıflatılmış virüs aşuları, protein alt ünite aşuları, DNA temelli aşular, RNA temelli aşular, replike olan viral vektör aşuları, replike olmayan viral vektör aşuları, virüs benzeri partikül aşuları ve diğer aşular olarak gruplandırılmaktadır (Yavuz, 2020) (Tablo 7).

Tablo 7. COVID-19 için geliştirilen aşuların türleri ve örnekler.

Aşı türü	Örnek
İnaktif virüs aşuları	Sinovac/CoronaVac, Sinopharm, Bharat Biotech
Canlı zayıflatılmış virüs aşuları	Codegenix, Mehmet Ali Aydınlar University/ Acıbadem Labmed Health Services A.S.
Protein alt ünite aşuları	Novavax
DNA temelli aşular	Osaka University, Inovio Pharmaceuticals
RNA temelli aşular	Pfizer/Biontech, Moderna
Replike olan viral vektör aşuları	Institut Pasteur
Replike olmayan viral vektör aşuları	AstraZenaca/Oxford, Sputnik V, Johnson ve Johnson, CanSino Biologics
Virüs benzeri partikül aşuları	Icosavax,Max-Planck Institute, Spybiotech, Medicago Inc.
Diğer aşular	Ose Immunotherapeutics

COVID-19 için üretilmiş m-RNA aşısı Pfizer-BioNTech, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (UFDA) tarafından 16 yaş ve üzeri kişilerde kullanılmak üzere onaylanmış, klinik çalışmaların incelenmesi sonucunda, Pfizer-BioNTech aşısının, geçmiş enfeksiyon kanıtları olmaksızın %95 koruyucu olduğu bulunmuştur. USFDA tarafından onaylanan Moderna aşısı ise 18 yaş ve üzeri kişiler için önerilmiş bir mRNA aşısıdır. İki doz Moderna aşısının %94 koruyuculuğa sahiptir. Viral vektör aşısı olan Johnson ve Johnson aşısı da 17 yaşından büyük bireyler için önerilen %66 koruyuculuğu olan bir aşıdır. Replike olmayan viral vektör aşısı AstraZeneca/Oxford %70.4 koruyuculuğu olan bir aşıdır (Alshrari ve ark., 2022). Türkiye’de ise TURKOVAC isimli ilk yerli aşı geliştirilmesine başlanmış ve 21 Haziran 2021 tarihinde Faz 3 çalışmaları başlatılmıştır. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Erciyes Üniversitesi iş birliğiyle 30 merkezde devam etmiştir. Faz aşamalarının başarıyla sonuçlanmasının ardından aşının seri üretimine geçilmiş ve günümüzde uygulanmaya başlamıştır (İşlek ve ark., 2021).

Tablo 8 ve 9 incelendiğinde, düşük gelir grubu, gelişmekte olan ülkelerin ve bölgelerin aşılama oranlarının daha düşük olduğu, DSÖ bölgelerine göre 100 nüfus

başına tam aşılanmış kişi sayısının 59.6 ile Amerika, 6.95 ile Afrika'da en düşük olduğu bulunmuştur (DSÖ, 2022).

Tablo 8. DSÖ bölgelerine göre 100 nüfus başına tam aşılanmış kişiler.

DSÖ bölgeleri	Tam aşılanma (%)
Amerika	59.60
Avrupa	56.37
Güneydoğu Asya	43.20
Doğu Akdeniz	31.21
Batı Pasifik	78.90
Afrika	6.95

Tablo 9. Dünya bankası gelir grubuna göre 100 nüfus başına tam aşılanmış kişiler.

Gelir grupları	Tam aşılanma (%)
Yüksek gelirli	66.93
Üst orta gelirli	66.89
Daha düşük orta gelirli	35.64
Daha düşük gelirli	5.10

COVID-19 aşıları için bildirilen yan etkiler çoğunlukla hafif ila orta derecede olmuştur ve birkaç günden fazla sürmemiştir. Tipik yan etkileri enjeksiyon yerinde ağrı, ateş, yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı, titreme ve ishal içermektedir (DSÖ, 2021). İkinci doz sonrası yan etkiler daha ağır görülmekte olup karşılaşılan sorunlardan birisi de özellikle adolesan ve genç erişkinlerde rastlanan uygulama sırasındaki bayılmalardır. Bu nedenle, uygulama sonrası 15-30 dakika boyunca kişilerin izlenmesi düşme ve yaralanmalara karşı koruma anlamında önemlidir. Bir

diğer ciddi yan etki ise, özellikle mRNA aşıları (BNT162b2 ve mRNA-1273) sonrasında nadir de olsa görülebilen anafilaksidir (Dayan, 2021).

Aşı kontrendikasyonlarına bakıldığında karşımıza alerjik reaksiyonlar çıkmaktadır. mRNA aşıları, Pfizer/BioNTech ve Moderna aşılarından sonra anafilaktik reaksiyonlar bildirilmektedir. Bu vakaların %80'i alerjik reaksiyon öyküsü olan kişilerde ve %90'ı da 30 dakika içinde meydana gelmiştir. Kaşıntı, döküntü, boğazda kaşınma hissi ve hafif solunum semptomları bildirilen diğer alerjik reaksiyonlar arasında yer almaktadır (Dayan, 2021).

2.2. Halk Sağlığı Hemşireliği ve COVID-19 Pandemisi

Salgınlar, toplumun her kesimini etkilediği gibi pandemi sürecinde yüksek risk taşıyan sağlık çalışanlarını da sadece hastalık boyutuyla değil sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel yönüyle etkilemekte, çok sayıda can kaybına sebebiyet vererek ciddi halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır (Pala ve Metintaş, 2020).

Pandemi döneminde halk sağlığı hemşirelerine toplumun hastalıklardan ve salgınlardan korunması, erken tetkik, tedavi ve halkın bilgilendirilip eğitilmesinde büyük sorumluluk düşmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2020).

Halk sağlığı hemşireleri bu süreçte huzurevleri ve hapishaneler gibi kurumsal ortamlarda, evsizler ve ulaşılması zor diğer popülasyonlara yönelik ayrıca filyasyon süreçlerinde pandemiyle savaşmada cephenin en önünde yer almışlardır. Toplumda düşük sağlık okuryazarlığının, sağlık bilgilerinin yetersizliğinin, güvende olmak için neyin gerekli olduğunun bilinmemesinin olduğu bir dönemde topluma en yakın, mesleklerden biri olarak sahip oldukları halk sağlığı bilgileriyle pandemiyle mücadele etmişlerdir (Jackson ve ark., 2020).

Enfeksiyon zincirinin kırılması adına kaynağa yönelik enfekte kişilerin saptanması, filyasyon, hasta izolasyonu, hasta takibi, karantina gibi önlemlerin alınmasında çalışmalarda bulunmuşlardır (Şengül ve Ünal, 2020). Temel hijyen uygulamaları, hastalık sağaltımı, eğitici materyallerin geliştirilmesi ve sunulmasında rol almışlardır. Elde olan kaynakları değerlendirmiş ve bu kaynaklardan yararlanmış,

toplumun ihtiyaçlarını saptamış, ihtiyaçlara yönelik eğitimlerde ve girişimlerde bulunmuşlardır (Yıldızdal ve ark., 2021).

COVID-19 aşılarının üretilip kullanıma sunulmasıyla halk sağlığı hemşireleri toplum ortaklarına aşıların etkinliği, aşıların uygun şekilde saklanması ve çok dozlu aşı uygulamasını izleme stratejileri konusunda eğitim vermiş ve aşıların güvenliği konusunda şüpheleri olanlara sürekli destek ve eğitim sağlamışlardır (Beck ve ark., 2022).

Halk sağlığı hemşireleri COVID-19 pandemisiyle mücadelede aldıkları rol ile ileride çıkabilecek salgınlara karşı programların oluşturulması, uygulanması, denetlenmesi ve yönetilmesinde büyük göreve ve role sahiptir (Kaya ve ark., 2022).

Sağlık hizmeti bir ekip hizmeti olup bu ekibin önemli bir parçası da hemşireler/halk sağlığı hemşireleridir. Toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi sürecinde kritik bir rolü olan hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde daha etkin bir rol alması, sağlık sisteminin birinci basamak temelinde şekillenmesi ile, Türkiye’de daha fazla halk sağlığı hemşiresinin istihdamı ile mümkündür. Bu sayede sadece bulaşıcı hastalıklar veya pandemiler ile mücadelede değil aynı zamanda gelişen dünyamızın karşı karşıya kalacağı her tür halk sağlığı sorunuyla baş etme sürecinde sahip oldukları bilgi ve birikimle maliyet etkin bir biçimde eşitsizliklerin de azaltılması mümkün olacaktır.

2.3. Siberkondri

Teknolojinin gelişmesiyle internet kullanımı artmış ve bununla birlikte internette sağlıkla ilgili aramalar artış göstermiştir (Turan, 2022). Türkiye İstatistik Kurumundan (TÜİK) elde edilen verilere göre; Türkiye’de internet kullanım oranı %79 olup internet kullananların %69.3’ü internette sağlıkla ilgili bilgi araştırmaktadır (TÜİK, 2020). Amerika’da yürütülen bir çalışmada yetişkinlerin %70’nin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için internette yararlandığını, %35’inin de tanı koymak için interneti kullandığını ortaya koymuştur (Fox ve Duggan, 2013; Yılmaz ve ark., 2021). ABD’de yapılan bir diğer çalışma ise, çevrimiçi sağlık bilgisi arayanların %86’sının çevrimiçi bilgi aramayı güvenli bulduklarını ve aradıkları

bilgiye kolayca ulaşabildiklerini göstermiştir (Starcevic ve Aboujaoude, 2015). Bu durum sadece ABD ile sınırlı kalmamış, artan internet kullanımı ve gelişen teknoloji sonucunda Dünyada ve Türkiye’de internet üzerinden sağlık bilgisi aramaları artış göstermiştir. İnternet kullanımının yaygınlaşması, sağlık sorunlarına internet üzerinden çözüm arayışının artışı ile birlikte de ortaya yeni hastalıklar çıkmıştır. Bunlardan biri de siberkondridir (Yılmaz ve ark., 2021).

Siberkondri, dijitalleşmiş dünyanın popüler hastalıklarından biri olup teknolojiye yaşanan gelişmelerin sağlık alanına yansımalarının bir ürünü olarak da değerlendirilebilir. Nitekim bireylerin internetten bilgi edinir hale gelmesiyle ortaya adım adım siberkondri ortaya çıkmıştır (Tarhan ve ark., 2021). Siberkondrinin ilk olarak 1996 yılında Business Wire adlı şirketin bünyesindeki haber servisinde yayımlanmış olan bir makalede kullanıldığı, 1999 yılında da Wall Street Journal gazetesinde siberkondriden söz edildiği, Türkiye’de ise bu kavram ilk kez haber siteleri ve bloglarda söz edilerek ele alındığı görülmektedir (Aygün, 2021).

Siberkondri, hipokondrinin internet ortamına yansımış hali olup hipokondri, bedensel duyumların farklı bakış açısıyla değerlendirilmesinden dolayı korku ve endişe yaşamak olarak tanımlanmaktadır (Bulut ve Bozo, 2022). Siberkondriyak kelimesi ise siberkondri yaşayan kişilere denilmektedir. Bu kişiler, sağlıkları için endişe ve korku duymaktadırlar. Yaşadıkları endişe ve korku nedeniyle sağlıklarıyla ilgili bilgi edinmek için interneti kullanmakta ancak bu durum, yaşadıkları kaygı ve endişelerini daha da arttırmaktadır (Deniz, 2020). Starcevic ve Berle siberkondriyi sağlıkla ilgili anksiyete veya endişeden kaynaklanan, internette aşırı veya tekrarlayan bir şekilde sağlıkla ilgili bilgi arama sonucu anksiyete veya endişenin artması olarak tanımlamaktadır (Uzun, 2016).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında siberkondri sıklığının 9.09 ± 4.05 ile 96.83 ± 21.30 arasında değiştiği görülmektedir (Bala ve ark., 2021; Üstüner Top ve ark., 2023; Oniszczenko, 2021; Ünal ve ark., 2021). Türkiye’de yürütülen çalışmalarda ise siberkondri ortalama puan aralığı 39.22 ± 8.85 ile 96.83 ± 21.30 arasındadır (Özyıldız ve Alkan, 2022; Kartal ve Kaya, 2021; Ünal ve ark., 2021). Uzun ve ark. (2016) yürüttüğü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (n=360) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı 71.1 ± 17.6 bulunmuş ve yaşın

siberkondriyi etkilediği saptanmıştır (Uzun ve ark., 2016). Üstüner Top ve ark. (2023) 3-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerle (n=582) yürüttüğü web tabanlı çalışmada katılımcıların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalaması 40.79 ± 6.45 bulunmuş olup Siberkondrinin dijital okuryazarlıkla ve ebeveynlerin aşuya yönelik tutumlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Üstüner Top ve ark., 2023). Hindistan’da pandemi sürecinde siberkondri düzeyini araştıran halk ile (n=767) yürütülen bir çalışmada siberkondri puanı 9.09 ± 4.05 bulunmuştur (Bala ve ark., 2021). Yalçın’ın (2021) yürüttüğü toplum tabanlı çalışmada (n=206) 23-28 yaş grubunun 35-40 yaş grubuna göre siberkondri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve kadınlar ile erkeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür (Yalçın, 2021). Güzel’in kalp hastalarında (n=345) yürüttüğü çalışmada ise Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalaması 75.47 ± 30.83 olarak bulunmuştur. Cinsiyetin, yaşın ve hastalık varlığının siberkondriyi etkilediği saptanmıştır (Güzel ve Özer, 2021). Maftai, ve Holman’ın (2020) pandemi sürecinde halk ile (n=880) yürüttüğü çalışma sonucunda yaş ve kadın olma değişkenlerinin siberkondri ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğu bilgisine ve özellikle 30-44 yaş grubunun internetten sağlık bilgisi edindikleri sonucuna ulaşılmıştır (Maftai ve Holman, 2020). Shailaja ve ark. (2020) diş hekimliği öğrencileri (n=300) üzerinde yürüttüğü çalışma sonucunda öğrencilerin %98.7’sinin siberkondrinin yapılarından etkilendiği bilgisine ulaşılmıştır. Ayrıca siberkondrinin kadınları erkeklerden daha çok etkilediği elde edilen sonuçlar arasında yer almaktadır (Shailaja ve ark., 2020). Hindistan’da pandemi sürecinde sosyal medya, siberkondri ve aşırı bilgi yükünün önleyici davranışlar üzerine etkisini araştıran halkla yürütülen (n=767) bir çalışmada siberkondri puanı 9.09 ± 4.05 bulunmuştur. Çekirdek ailelerde, evlilerde ve kadınlarda siberkondrinin daha çok görüldüğü saptanmıştır (Bala ve ark., 2021). Almanya’da COVID-19 salgınında sağlık kaygısı, siberkondri ve başa çıkma ile ilgili Almanya halkı ile (n=1615) yürütülen bir çalışmada siberkondri puanı düşük düzeyde 22.45 ± 7.28 ’dir (Jungmann ve Witthöft, 2021). Jungmann ve Witthöft’ün (2021) çalışmasında kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde siberkondri seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Rusya’da COVID-19 pandemi korkusu ile fiziksel semptomlar ve siberkondri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada halkın (n=2011) siberkondri puanı düşük seviyede 21.53 ± 9.26 ’dır (Zolotoreva, 2022). Zolotoreva’nın (2022) çalışmasında kronik hastalığı olanlarda siberkondri düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Siberkondriyi etkileyen faktörlere bakıldığında erişkinlerde (Erdoğan ve ark., 2020) ve erkeklerde (Ünal ve ark., 2021) siberkondri görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir. Siberkondri ile ekonomi arasında negatif yönlün bir ilişki vardır. Ekonomin kötü oluşu kişilerin sağlık sigortası yaptırmasında büyük bir engeldir. Bu engel sonucunda hasta bireyler hekim teşhisi ve tedavisi yerine kendi kendine teşhis koymayı ve tedavi uygulamayı tercih etmektedirler (Elciyar ve Taşcı, 2017). Ekonomik nedenler gibi anksiyete, depresyon, ilk kez çocuk sahibi olmak, internetten bilgiye ulaşmanın kolay oluşu, bilgilerin olumsuz oluşu, kişinin bilgiyi ayırt etme yeteneği, zaman kısıtlılığı, geçmiş deneyimler, yaş faktörü, sağlık hizmetine ulaşım, düşük eğitim seviyesi siberkondriye neden olabilmektedir (Erdoğan ve Hoccoğlu, 2020). Bu faktörlerin dışında siberkondri ve obsesif kompulsif bozukluk arasında bir ilişki olduğu araştırmacılar tarafından düşünülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk dışında siberkondri sağlık kaygısı ile de ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalar iki yapı arasında 0.50 ile 0.67 arasında orta ya da güçlü yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kimi çalışma ise iki yapı arasında zayıf bir ilişki olduğunu söylemektedir. Siberkondri ayrıca hipokondriyazis ve belirsizliğe tahammülsüzlükle de ilişkilendirilmiştir (Arsenakis ve ark., 2021).

2.4. Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi, kişinin bedensel duyularını yanlış yorumladığı, fiziksel sağlığına ilişkin sürekli endişe halinde olduğu ve tıbbi değerlendirmelere rağmen hastalığa yakalanma endişesi duyması ya da var olan hastalığın ciddi boyutta olduğunu düşünmesi durumudur (Kıraç, 2019).

Sağlık anksiyetesinin hafif veya yoğun düzeyde yaşanıyor olması bireylerin sağlığını etkilemektedir. Hafif düzeyde yaşanan sağlık anksiyetesi kimi zaman bireyin gereksinimi olan tıbbi yardımı almalarına imkân sağlarken yoğun düzeyde yaşanıyor olması kişilere daha çok endişe ve psikososyal işlev bozukluğu ile dönebilmektedir (Akkuzu, 2019). Bu durumu yaşayan kişilerde kötü bir hastalığa dair düşüncelere boğulma ya da kötü bir hastalığa yakalanacağı korkusu görülmektedir. Kişiler sürekli fiziksel yönden kendilerini kontrol etmekte, sağlık ve hastalıkla ilgili haber ya da duyumlara fazla önem vermektedirler. Bu durum da kişileri sürekli muayene olmaya itmektedir (Alioğulları, 2021). Literatürdeki

çalışmalara bakıldığında sağlık anksiyetesi farklı ölçeklerle değerlendirmiş olup sıklığının 1.93 ± 0.43 ile 41.58 ± 7.95 arasında değiştiği görülmektedir (Ekiz ve ark., 2020; Wheaton ve ark., 2021; Rucska ve Lakatos, 2022; Abdelsattar ve ark., 2021). COVID-19 pandemisinde sağlık kaygısı, siberkondri ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yürütülen bir çalışmada Almanya halkının ($n=1615$) sağlık anksiyetesi puanı 14.68 ± 6.58 'dir (Jungmann ve Witthöft, 2020). Siberkondri, sağlık anksiyetesi ve sağlık algısı üzerine kişilerin kontrol odaklarını araştıran bir çalışmada Arap halkının ($n=573$) sağlık anksiyetesi puanı 41.58 ± 7.95 bulunmuştur (Abdelsattar ve ark., 2021). Türkiye'de yürütülen çalışmalarda sağlık anksiyetesi sıklığı ise 1.93 ± 0.43 ile 18.73 ± 8.87 arasındadır (Ekiz ve ark., 2020; Doğanyığıt ve Keçeligil, 2022; Varlı ve Alankaya, 2022).

Kulu ve zsoy'un (2021) pandemi döneminde sağlık çalışanı olmayan 19-55 yaş arasındaki kişiler ile ($n=509$) yürüttüğü çalışmada katılımcıların %8.7'si sağlıkları ile ilgili hiç endişe etmediklerini ifade ederken %6.6'sı ise sağlığı için hemen her zaman endişe ettiğini bildirmiştir (Kulu ve zsoy, 2021). COVID-19 sürecinde hemşirelerin ($n=150$) sağlık anksiyetesi düzeyini değerlendiren Gülbetekin ve arkadaşlarının (2022) yürüttüğü çalışmada hemşirelerin %49.3'ünün çalıştıkları süre içerisinde virüsle ilgili anksiyete bozukluğu hissettiği bilgisine ulaşılmıştır (Gülbetekin ve ark., 2022). Bununla birlikte hemşirelerin yaşının, gelir durumunun ve çalışma sürecinde hissedilen durumun sağlık algısını etkilediği saptanmıştır. Huang ve Zhao'nun (2020) COVID-19 salgını sırasında yürüttüğü toplum tabanlı ($n=7236$) alışma sonucunda halkın yaygın anksiyete bozukluğu, depresif belirtiler ve uyku kalitesinin sırasıyla %35.1, %20.1 ve %18.2 olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Huang ve Zhao, 2020).

Sağlık anksiyetesini etkileyen faktörlere bakıldığında gençlerde (Doğanyığıt ve Keçeligil, 2022), erkeklerde (zdelikara ve ark., 2018) sağlık anksiyetesi görülme sıklığı anlamlı olarak yüksektir. 18-25 yaş grubundaki kişilerin daha ileri yaş grubundaki kişilere göre daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip olduğu sonuçlar arasında yer almaktadır (Doğanyığıt ve Keçeligil, 2022). Yaş ve cinsiyet faktörlerinin dışında sağlık anksiyetesi kronik hastalık varlığı, gelir, hastaneye yatış deneyimi, ailenin sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerle de etkileşim içerisindedir (zdelikara ve ark., 2018). Daha genç insanların, yaşlılara göre önemli ölçüde daha

yüksek yaygın anksiyete bozukluğu ve depresif belirtiler prevalansına sahip olduğu bildirilmiştir (Huang ve Zhao, 2020). Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozukluklarının oluşmasında temel etken görevi görmektedir. Panik bozukluklarda komplikasyonların meydana gelmesine, fobilerin oluşmasına neden olmaktadır (Yalçın, 2021).

2.5. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışı

COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlar salgının seyrini, virüsün bulaş hızını, hastalığın yayılma sıklığını ve mortalite oranlarını etkilemektedir (Lafçı ve Gündüz, 2022). Literatürde COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışlara yer verilmiş olsa da ülkelerin kendi uygulamaları, halkın bilgi, tutum ve davranışları arasında farklılıklar gözlemlenmektedir (Kıssal ve ark., 2020). Virüsün hızlı yayılım göstermesi ve hastalığın kısa sürede pandemiye dönüşmesi toplumu hastalık hakkında bilgi edinmeye bu doğrultuda toplumun tutum ve davranışlarını hızlı bir şekilde değiştirmesine neden olmuştur (Abel ve McQueen, 2020). Ancak ulaşım sağlanan bilgilerin birçoğunun bilimsellikten uzak ve yanlış olması bireylerde yanlış tutumlara ve davranışlara sebep olmuş, halk sağlığına zarar vermiştir (Akbal ve Gökler, 2020). Yapılan araştırmalar da bu durumu doğrular niteliktedir. Özellikle Sahra altı Afrika ülkelerindeki insanların çoğunluğunun doğru bilgiye ulaşmakta güçlük çektiği ve elde ettikleri bilgilerin çoğunluğunun yanlış olduğu, dolayısıyla DSÖ ve ilgili ülke sağlık departmanları tarafından önerilen sağlık ve güvenlik önlemlerine yönelik tutum ve davranış geliştirmekte sorunlar yaşandığı görülmüştür (Nwagbara ve ark., 2021).

Bu süreçte DSÖ ve sağlık departmanları dışında, günümüz yüksek internet hızı ve erişimine sahip olan modern toplum, COVID-19 ile ilgili bilgiyi sosyal medya aracılığı ile elde etmiş, sosyal medyayı ve interneti halk arasında bilgiyi artırmak için kullanmıştır. İran'da yapılan bir çalışmaya göre COVID-19 ile ilgili bilgi kaynaklarının sırasıyla sosyal medya (%34), DSÖ (%19.9), TV (%17.6), internet (%13.0), Sağlık Bakanlığı (%10.1) ve yakın çevre (%5.4) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Alzoubi ve ark., 2020).

COVID-19'a yönelik bilgilerin elde edildiği kaynaklar gibi bilgiyi elde eden ve bunu tutum ile davranışlara dönüştürecek olan toplumun özellikleri de önemli noktalardan biridir. Toplumun yapısı, bireyin ekonomik gücü, eğitimi, yaşı, ırk ve kültürü, sahip olunan hastalıklar, meslek, fiziksel yeterlilik, sağlık hizmetine ulaşım olanağı gibi birçok faktör kişinin elde ettiği doğru bilgiyi gerekli tutum ve davranışlara dönüştürmesinde kilit nokta özelliği taşımaktadır (Puspitasari ve ark., 2020).

Bireylerin COVID-19 salgınına yönelik bilgisi, tutumu ve davranışları hem salgının sürecini etkilemekte hem de bu süreçten etkilenmektedir. Sahip olunan bilgi, tutum ve davranışlar kişilerin hastalığın yayılımını kontrol etmek için uygulanan önlemleri kabul etme biçimlerinde, bakım arama ve buna bağlı kalma istekliliklerinde büyük bir etkiye sahiptir (Wake, 2020).

COVID-19 salgını ve gelecekte karşılaşılabileceğimiz salgınlara karşı sürecin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için toplumun bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi büyük önem taşımaktadır (Kıssal ve ark., 2020). Bu doğrultuda halkın sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bilgi kaynaklarının denetlenmesi, COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların geliştirilmesi, COVID-19 kontrolü için bireysel düzeyde katılımın sağlanması, COVID-19 enfeksiyonu için bilgi ve önleyici davranışları geliştirmek için alana özel eğitimlerin verilmesi önerilmektedir (Singh ve ark., 2022).

2.5.1. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Sıklığı

COVID-19 bilgi, tutum ve davranış sıklığı ülkelere, toplumun içindeki gruplara, meslek, gelir durumu, yaş ve cinsiyet, eğitim, COVID-19 algısı gibi birçok değişkene göre değişiklik göstermektedir (Kasatpibal ve ark., 2022).

Literatürde COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını ölçek gibi bir yapıda bir arada inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürde farklı ölçekler ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında;

Literatürde yer alan çalışmalarda COVID-19 Bilgi puanının $4.21 \pm 1.16 - 80.14 \pm 9.98$ arasında değiştiği görülmektedir (Lee ve ark., 2021; Yorguner ve ark., 2021; Ceyhan ve Uzuntarla, 2020; Hanawi ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2020; Sondakh ve ark., 2022).

Üniversite öğrencileri ile (n=2583) yürütülen bir çalışmada bilgi puanı 5.90 ± 1.26 ile yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır (Yorguner ve ark., 2021). Akademik personeller (n=268) görüşülerek ile yürütülen bir çalışmada ise bilgi puanı orta düzeyde 7.05 ± 1.10 bulunmuştur (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020). Diş hekimlerinin (n=423) COVID-19'a yönelik bilgilerinin değerlendirildiği çalışmada hekimlerin %61'nin COVID-19 konusunda ortalamanın üstünde bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Tunç ve Toprak, 2020). Eczacılar ile (n=320) yürütülen bir çalışmada ise eczacıların %99.5'unun iyi bilgi düzeyine sahip olduğu, katılımcıların bilgi düzeyinin 14.5 ± 1.06 olduğu bulunmuştur (Nallı ve ark., 2022).

Güney Kore halkı ile (n=970) COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yürütülen kesitsel bir çalışmada bilgi puanının 4.21 ± 1.16 olduğu bulunmuştur (Lee ve ark., 2021). Suudi Arabistan'da halkın (n=3388) COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını araştıran kesitsel bir çalışmada bilgi puanı yüksek düzeyde 17.96 ± 2.24 olarak bulunmuştur (Hanawi ve ark., 2020). Çin'de COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının (n=1357) COVID-19 bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin incelendiği bir çalışmada hekimlerin bilgi puanı yüksek düzeyde 38.56 ± 3.31 , hemşirelerin yüksek düzeyde 37.85 ± 2.63 , paramediklerin yüksek düzeyde 36.72 ± 4.82 'dir (Zhang ve ark., 2020). Kuzeybatı Etiyopya'daki gebelerin (n=538) COVID-19 ve ilişkili faktörlere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği kesitsel bir çalışmada katılımcıların %67.3'ü iyi derecede bilgiye sahip bulunmuştur (Zelege ve Bayeh, 2022). Tıp öğrencileri ile (n=370) yürütülen bir çalışmada ise katılımcıların bilgi alanındaki cevaplarının ortalama doğruluğu 80.14 ± 9.98 olduğu, yanıt verenlerin yalnızca %48'inin iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sondakh ve ark., 2022). Bangladeşli yaşlılarla (n=900) yürütülen bir çalışmada Bangladeşli yaşlı bireylerin %55.2'sinin yeterli bilgiye sahip olduğu ve katılımcıların 30 puan üzerinden ortalama puan değerlerinin bilgi bölümünde 20.8 ± 6.7 olduğu belirlenmiştir (Roy ve ark., 2022). Irak'ta yetişkinler ile (n=425) yürütülen bir çalışmada katılımcıların ortalama bilgi düzeyi

%80.67 bulunmuştur. Katılımcıların %88.2'si COVID-19'un tipik belirtileri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (Ghabban, 2022). Endonezya'da bir bölgede halk ile (n=3425) yürütülen çalışmada ise katılımcıların yarısından azının COVID-19 yayılımını önleme konusunda doğru bilgiye (%25.3) sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların %97.2'si kalabalık ortamlarda maske kullanılması gerektiği bilgisine sahip olduklarını beyan etmiştir (Sujarwoto ve ark., 2022). Etiyopya'da sağlıkçılar ile (n=3843) yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında katılımcıların bilgi düzeyi iyi olarak bulunmuştur (Lake ve ark., 2021). COVID-19 bilgilerinin incelendiği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında (n=27.617) katılımcıların %56.6'sının COVID-19 ile ilgili bilgi eksikliği yaşadığı sonucu elde edilmiştir (Bhagavathula ve ark., 2020).

Literatürdeki çalışmalarda COVID-19 Tutum puanının 1.86 ± 0.43 - 68.25 ± 11.4 arasında değiştiği görülmektedir (Huynh ve ark., 2020; Hanawi ve ark., 2020; Özşahin ve Arıbaş, 2021; Ceyhan ve Uzuntarla, 2020; Sondakh ve ark., 2022).

COVID-19'a yönelik tutum ve davranışların değerlendirildiği Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerle (n=667) yürütülen ulusal bir çalışmada tutum puanı iyi düzeyde ve 42.33 ± 5.70 olarak bulunmuştur (Özşahin ve Arıbaş, 2021). Ceyhan ve Uzuntarla'nın akademisyenlerle (n=268) yürüttüğü çalışmada katılımcıların tutum düzeyi %82.1'lik oran ile 44.23 ± 4.91 olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin (n=1074) sağlık anksiyetesi ile COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada öğrencilerin %89'unun iyi düzeyde tutuma sahip olduğu saptanmıştır (Çevirme ve Gökçay, 2022).

Sağlık çalışanları ile (n=327) yürütülen bir çalışmada katılımcıların tutum puanı 1.86 ± 0.43 ile iyi düzeyde bulunmuştur (Huynh ve ark., 2020). Hanawi ve arkadaşlarının Suudi Arabistan halkı ile (n=3388) yürüttüğü çalışmada ise tutum düzeyi yüksek ve 28.23 ± 2.76 olarak bulunmuştur. Zeleke ve Bayeh 'in (2022) Kuzeybatı Etiyopya'daki gebelerle (n=538) yürüttüğü çalışmada katılımcıların %43'ü yeterli düzeyde tutuma sahip iken, Sondakh ve arkadaşlarının çalışmasında tıp öğrencilerinin (n=370) tutum alanı puanı 68.25 ± 11.4 bulunmuş olup öğrencilerin %81'inin iyi düzeyde tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Roy ve arkadaşlarının çalışmasında Bangladeşli yaşlıların (n=900) %50.2'sinin COVID-19'a karşı olumlu

tutumlara sahip olduğu ve tutum bölümünde 21.2 ± 4.3 puan aldığı saptanmıştır. Ghabbon'un çalışmasında Iraklı yetişkinlerin ($n=425$) tutum puanı %54.35 olarak bulunmuştur. Sujarwoto ve arkadaşlarının çalışmasında olumlu tutuma sahip Endonezya halkındaki ($n=3425$) kişi sayısı %36.6'dır. Lake ve arkadaşlarının çalışmasında Etiyopya'daki sağlıkçıların ($n=2842$) olumlu düzeyde tutuma sahip olduğu saptanmıştır.

Literatürdeki çalışmalarda COVID-19 Davranış puanının 3.43 ± 1.03 - 79.98 ± 16.35 arasında değiştiği görülmektedir (Limbu ve ark., 2020; Hanawi ve ark., 2020; Masoud ve ark., 2021; Ceylan ve Uzuntarla, 2020; Özşahin ve Arıbaş, 2021; Sondakh ve ark., 2022).

Ceyhan ve Uzuntarla'nın çalışmasında akademik personelin ($n=268$) davranış düzeyi 26.73 ± 2.10 ile yüksek düzeyde bulunmuştur. Özşahin ve Arıbaş'ın çalışmasında ise Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerin ($n=667$) 26.82 ± 2.14 davranışları iyi düzeyde bulunmuştur.

Nepal'deki bir hastanede sağlık çalışanları ile ($n=103$) yürütülen bir çalışmada katılımcıların tutum puanı 3.43 ± 1.03 ile iyi düzeyde bulunmuştur (Limbu ve ark., 2020). COVID-19'a yönelik kamu bilgisinin, tutumlarının ve davranışlarının düzeyleri ve belirleyicileri üzerine halk ile ($n=71890$) yürütülen bir araştırmada katılımcıların yüksek düzeyde davranışa 12.12 ± 1.83 sahip olduğu saptanmıştır (Masoud ve ark., 2021). Zeleke ve Bayeh 'in çalışmasında (2022) gebelerin ($n=538$) %51.6'sı iyi derecede davranış düzeyine sahip olarak bulunmuştur. Sondakh ve arkadaşlarının çalışmasında tıp öğrencilerinin ($n=370$) davranış düzeyi ortalama puanı 79.98 ± 16.35 olup davranış sorularına yanıt verenlerin yalnızca %43.5'i iyi olarak kategorize edilmiştir. Katılımcıların %94'ünden fazlası maske kullandığını, fiziksel mesafeye uyduğunu, düzenli olarak el yıkadığını ve ev temizliğine daha çok dikkat ettiğini beyan etmiştir. Roy ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların ($n=900$) yalnızca %22.7'sinin iyi düzeyde davranışlara sahip olduğu, davranış puan ortalamasının 11.3 ± 6.7 olduğu bulunmuştur. Ghabban'ın yürüttüğü çalışmada ise yetişkinlerin ($n=425$) ortalama davranış puanı %50.83 bulunmuş, katılımcıların %32.5'inin el hijyenine dikkat ettiğini, %27.3'ünün ise COVID-19 aşısı yaptırmadığını saptanmıştır. Sujarwoto ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma halkın

(n=3425) yeterli düzeyde davranışa (%48.8) sahip olduğu, %96.5'inin dışarıdan geldikten sonra ellerini yıkadıklarını, %71.2'si ise ellerini sabun ve su ile temizlediğini ifade etmiştir. Lake ve arkadaşlarının sağlıkçılar ile (n=3435) yürüttüğü çalışmada katılımcılar %79.4 ile düşük düzeyde tutuma sahiptir. Gebeler ile (n=4103) yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında gebelerin COVID-19 enfeksiyonu önleme önlemlerine yönelik uygulamalarının düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Mose ve ark., 2022).

2.5.2. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışları ile İlişkili Faktörler

COVID-19 pandemisinin ilanı ile birlikte teşhis ve tedavi uygulamalarıyla birlikte bireysel katılım temelli önlemler de alınmıştır. Hastalığın sağaltımında ve virüsün yayılımının engellenmesinde kilit nokta olan bu önlemler halkın bilgi, tutum ve davranışlarıyla şekillenmiştir. Pandeminin gidişatını belirleyen bilgi, tutum ve davranışlar toplumun sürece uyumunu ve katılımını sağlamada, istenilen etkiyi yaratmada önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle COVID-19 ve gelecekte karşılaşılabileceğimiz salgın hastalıklara karşı toplumun bilgi eksikliklerinin giderilmesi, istenilen tutum ve davranış değişikliğinin sağlanması, bilgi, tutum ve davranışların ilişkili olduğu faktörlerin saptanması gerekmektedir (Alicılar ve ark., 2020).

Yaş ve iş deneyimi (Yesse ve ark., 2021), bireyin çalışma yılı (Hanafiah ve Chang, 2020), gelir düzeyi (Zhong ve ark., 2020), eğitim seviyesi, COVID-19 hastalarına bakım deneyimi (Wolf ve ark., 2020) arttıkça, evde yaşayan kişi sayısı azaldıkça (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020) ve bireylerin emekli olması durumunda (Paul ve ark., 2020), COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanları artış göstermektedir. Kişilerin sağlık hizmeti veren bir kurumdaki çalışma süresi (Asaad ve ark., 2019), çalışılan kurumdaki kıdem/kademe derecesi (Ferdous ve ark., 2020) arttıkça, kişi sağlık çalışanı ise (Kebede ve ark., 2020; Huynh ve ark., 2020) ve kentsel bölgede yaşam sürüyorsa (Ferdous ve ark., 2020) bilgi, tutum ve davranışlar olumlu yönde etkilenmekte ve bilgi, tutum, davranış düzeyi artmaktadır (Asaad ve ark., 2019; Kebede ve ark., 2020).

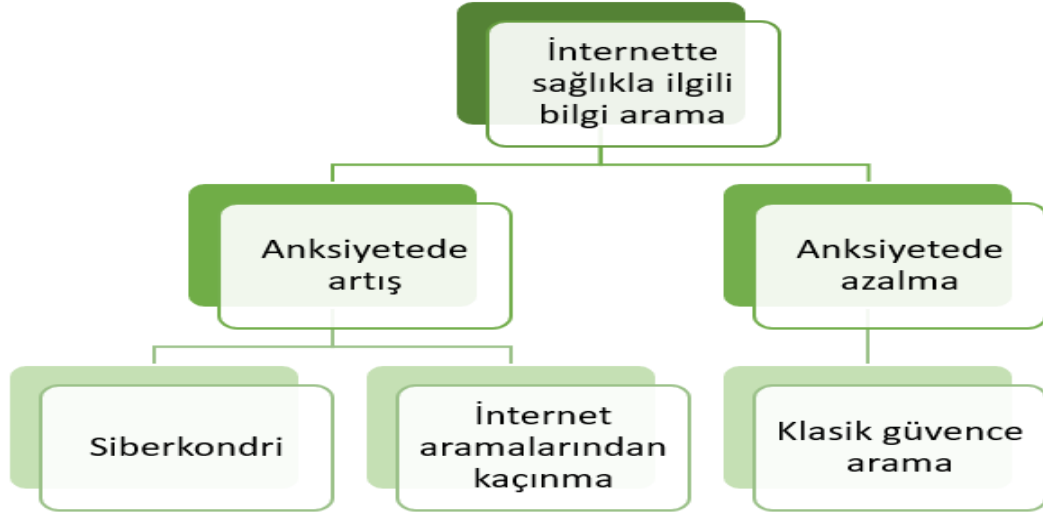
Ailedeki kişi sayısı (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020) ve alkol, sigara tüketimi (Gebretsadik ve ark., 2021), kaygı düzeyi (Sallam ve ark., 2020), ölüm korkusu Nhu ve ark., 2020), dini nedenlerden dolayı aşı tereddüt düzeyi ve diğer tüm nedenlerden dolayı aşı tereddüt düzeyi arttıkça (Biswas ve ark., 2021), sağlık okuryazarlığı azaldıkça (Deveci ve ark., 2023), bekarlarda (Erfani ve ark., 2020; Roy ve ark., 2022), erkeklerde (Raquib ve ark., 2022; Hanawi ve ark., 2020) ve çalışmayanlarda (Singh ve ark., 2020) COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanı azalmaktadır. Ev hanımlarında ve işsizlerde beyaz yakıllara oranla bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Chan ve ark., 2020).

COVID-19 hakkında elde edilen bilginin kaynağı kişilerin COVID-19'a yönelik bilgi seviyesi üzerinde etkiye sahiptir (Singh ve ark., 2020). Tutum ve davranışlar sahip olunan bilgiye göre şekillenmektedir. Salgın sürecinde özellikle gençlerde pandemiyle ilgili bilgileri yüksek oranda sosyal medya ve TV'den edinmiştir. Kişilerin COVID-19 ile ilgili haberlere, bilgilere ulaşım sağladıkları kaynakların ve bu kaynakların doğruluğunun bireylerin tutum ve davranışlarına yansıdığı görülmüştür (Singh ve ark., 2020). Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı kaynaklardan bilgi edinme düzeyi arttıkça tutum ve davranış düzeyleri de artış göstermektedir (Tunç ve Toprak, 2020). Kişilerde siberkondri düzeyi arttıkça (Wu ve ark., 2021), sağlık anksiyetesi azaldıkça (Jungmann ve Withöft, 2021) COVID-19'un rolü daha iyi anlaşılakta, bilgi artmaktadır. Siberkondri düzeyi arttıkça yalnız COVID-19 bilgi düzeyi değil, COVID-19 tutum düzeyi de artmaktadır (Abdelsattar ve ark., 2021).

2.6. Siberkondri, Sağlık Anksiyetesi ve COVID-19

Sağlık anksiyetesi olan bireyler internetten tıbbi bilgilere ulaşarak kaygılarını gidermeye çalışmaktadır. Ancak dijitalleşmeyle birlikte popülerleşen internet üzerinden tıbbi bilgi edinme durumu, dijital okuryazarlığın düşük olması karşımıza kalitesiz, eksik ya da yanlış bilgiler çıkarabilmektedir (Vermisli ve ark. 2022). Kaygıları azaltmak ve kendilerini güvence altına almak için yapılan bu davranışlar aksine bireylerin kaygılarını daha da arttırabilmektedir (Kıraç, 2019). Sağlık anksiyetesi olan kişiler ve hipokondrik bireyler internetteki bilgiler ile sağlık anksiyetelerini azaltmaya çalışmakta bu durum klasik güvence aramanın bir yolu

olarak karşımıza çıkmakta ve sağlık anksiyetesi yüksek kişilerde internette sağlıkla ilgili arama yapma davranışı da artmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5. Yüksek sağlık anksiyetesi olanlarda internette sağlıkla ilgili arama (Starcevic ve Berle, 2013).

Öte yandan kişiler internetten edindikleri bilgiler sonucunda kendilerini güvende hissetmeyip ve anksiyeteleri artmakta, sağlık kurumlarına başvurmadan kaçınma davranışı sergilemektedir (Uzun, 2016). Tüm bu bilgilere ek olarak yapılan çalışmalar, sağlık kaygısının internette sağlıkla ilgili bilgileri aramak için interneti kullanma eğilimini arttırdığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, tıbbi bilgilere ulaşmak için internetin aşırı düzeyde kullanılmasının sağlık kaygısını ve depresyonu arttırdığı da yapılan çalışmaların sonuçları arasında yer almaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Sağlıkla ilgili kaygı yaşama ve online hastalık arama anlamına gelen siberkondri bulgularının benzerlik göstermesi aralarında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Semptomların yanlış yorumlanması nedeniyle kişilerin kendilerini güvence altına almak için internetten hastalıkla ilgili bilgilerin araştırması bu iki kavram arasındaki ilişkiyi de güçlendirmektedir (Doğan ve ark., 2021).

Sağlığın algılanma biçimi, bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını etkilemektedir. Bedensel duyuların yanlış anlaşılması anlamına gelen sağlık anksiyetesi kavramı, kişilerin sağlık hizmeti gereksinimlerini ve hastalıklara karşı önlem almalarını etkilemektedir. DSÖ tarafından 11 Mart 2020 tarihinde

COVID-19 hastalığının pandemi ilan edilmesiyle birlikte birçok alanda değişiklik meydana gelmiş, çalışma yaşamı, sosyal çevreye yönelik düzenlemeler olmuş, hastalığın morbidite ve mortalitesi toplumda sevdiklerini kaybetme ve sağlıklarından olma korkusunun oluşmasına yol açmıştır. Sevdiklerini görememe ve onları kaybetme korkusu bireylerin sağlık anksiyete seviyesini önemli ölçüde etkilemiştir (Ekiz ve ark., 2020).

Bireyleri hem fiziksel hem de psikolojik yönden etkileyen COVID-19 hastalığının ölüm riskinin %0.5-3.0 arasında olması, ortaya nasıl çıktığının tam olarak bilinmemesi, virüsün kontrol altına alınamaması ve dünyanın tümünü etki altına alması, sağlık anksiyetesini etkileyen diğer nedenler arasında yer almaktadır (Aşkın ve ark., 2019). Yine bu dönemde virüsün yayılımını azaltmak, hastalığa yakalanmamak ve beden sağlığını korumak için uzun süre evlerde kalınması bireylerin psikolojilerini negatif yönde etkilemiştir. Yapılan araştırmalar da evde kalmanın depresyonu ve sağlık anksiyetesini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir (Avçin ve Erkoç, 2021).

COVID-19 pandemisinde bireylerin çeşitli sebeplerden ötürü yoğun stres ve kaygı içinde olmaları kişilerdeki sağlık anksiyete seviyesini arttırmıştır. Artan sağlık anksiyete seviyesi bireyleri internetten sağlıklarıyla ilgili bilgi edinmeye itmiştir. Kişilerin psikolojik olarak yıpranmaları, bağışıklıklarının zayıflayacağını düşünmeleri siberkondri hastalığının temelini atmakta ve bu durum da bireylerin COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına yansımaktadır.

Literatürde sağlık anksiyetesini ve siberkondrinin COVID-19 bilgi, tutum ve davranışları ile ilişkisini değerlendiren, çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu çalışmanın yürütülmesine karar verilmiştir.

Bu araştırma Balıkesir kent merkezinde yer alan Atatürk Mahallesi'nde yaşayan erişkinlerde bazı sosyodemografik değişkenler, siberkondri ve sağlık anksiyetesinin COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışlarıyla ilişkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

H₀: Sosyodemografik özelliklerle COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sosyodemografik özelliklerle COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Sağlık durumu ve COVID-19'a yönelik özelliklerle COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sağlık durumu ve COVID-19'a yönelik özelliklerle COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Siberkondri Ciddiyet puanı ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Siberkondri Ciddiyet puanı ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Sağlık Anksiyetesi puanı ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sağlık Anksiyetesi puanı ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Balıkesir'in kentsel bir bölgesi olan Atatürk mahallesinde yaşayan yetişkinlerle yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Balıkesir ili Atatürk mahallesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri 11838 kişi oluşturmaktadır (TÜİK, 2021). Örnek büyüklüğü hesaplanırken Epiinfo 7.0 programı (CDC, 2022) aracılığı ile 11838 kişilik evrende, %50 prevalans, %95 güven düzeyi, 1.5 desen etkisi ve %5 sapma göz önünde bulundurulmuş, örnek büyüklüğü 559 olarak hesaplanmış ve 600 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış düzeyidir. Bağımsız değişkenleri ise bireylerin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu ve algısı, COVID-19'a ilişkin özellikleri, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyidir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verisi bireylerin sosyodemografik özellikler ve COVID-19'a ilişkin soruların yer aldığı sorgulandığı "Sosyodemografik ve COVID-19'a İlişkin Özellikler Formu", "COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği", "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (SCÖ-15)", "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)" ile toplanmıştır.

Sosyodemografik ve COVID-19'a İlişkin Özellikler Formu: Form, literatüre dayalı olarak hazırlanan yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, aile tipi, kronik hastalık varlığının, sigara ve alkol kullanma, egzersiz yapma durumunun, uyku kalitesi ve

düzeninin, genel sağlık durumunun, sağlık sorunlarında tercih edilen kurumların incelendiği toplam 16 sorudan, COVID-19 geçirme, COVID-19 teması ile bir arada bulunma, COVID-19 ev izolasyonuna alınma durumu, COVID-19'a ilişkin yeterli bilgiye sahip olma algısı, COVID-19'a ilişkin yeterli önlem alma vb. COVID-19'a yönelik 18 adet soru olmak üzere toplam 34 sorudan oluşan bir formdur (Çevik ve ark. 2018; Zhang ve ark., 2020; Clements, 2020; Wolf ve ark., 2020). Sosyal sınıf değişkeni Korkut Boratav'ın sosyal sınıf çizelgesi kullanılarak sorulmuş, sonrasında üst ve alt sosyal sınıf olarak kategorize edilmiştir (EK-10). Veri toplama formunda sorulan bağımsız değişkenler tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde yeniden kategorize edilerek çözümlene yapılmıştır (EK-11).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (SCÖ-15): SCÖ ölçeği, 2016 yılında Barke ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Uzun ve Zencir tarafından Türkçeye uyarlanan internette aşırı sağlık araması yapma ile öne çıkan ve anksiyetenin bir biçimi olarak tanımlanmış siberkondri düzeyini ölçmek amacıyla zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma, doktora güvensizlik alt boyutlarını içeren 5'li Likert tipte 15 maddeden oluşan ve en düşük 15 en yüksek 75 puan alınabilen bir ölçektir. Ölçekte Zorlantı boyutu 3., 4., 7. sorulardan, Aşırı Kaygı boyutu 6., 9., 14. sorulardan, Aşırılık boyutu 1., 2., 13. sorulardan, İçini Rahatlatma boyutu 8., 10., 11. sorulardan, Doktora Güvensizlik boyutu 5., 12., 15. sorulardan oluşmakta olup 5., 12., 15. sorular ters puanlanmaktadır. Kesme noktası bulunmayan ölçekten alınan puanlar arttıkça siberkondri düzeyi de artmaktadır. Türkçe uyarlama çalışmasında SCÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0.62 iken, bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.88 bulunmuştur (Barke ve ark. 2016; Uzun ve Zencir, 2021).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form (SAÖ): Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilen ölçek Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Türkçeye uyarlanan, 18 maddeden oluşan, her bir maddede 0-3 arasında puan alınan bir ölçektir. Ölçek 1-14. maddeleri içeren Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı boyutundan ve 15-18 maddeleri içeren Hastalığın Olumsuz Sonuçları boyutundan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ilk 14 maddeye verilen yanıtların aritmetik toplamından oluşmakta olup yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. 15-18 arası maddeler duruma uygun kullanılmaktadır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık

katsayısı 0.918 olup bizim çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.941 bulunmuştur (Salkovskis ve ark., 2002; Aydemir ve ark., 2013).

COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği (CBTDÖ): Deveci ve arkadaşları tarafından geliştirilen CBTDÖ ölçeği, 35 madde 8 alt boyuttan oluşmaktadır (Deveci ve ark. 2020; Deveci ve ark. 2023). Ölçeğin Bilgi, Tutum boyutları 3'lü Likert tipte (katılmıyorum=1, kısmen katılıyorum=2, tamamen katılıyorum=3), Davranış boyutu 4'lü Likert tiptedir (hiç=1, ara sıra=2, sıklıkla=3, her zaman=4). Ölçeğin Bilgi boyutu Bulaş (3 madde) ve Korunma (7 madde) alt boyutlarından, Tutum boyutu Algılanan Duyarlılık (4 madde), Ciddiyet (4 madde), Yarar (2 madde) ve Engel (3 madde) alt boyutlarından, Davranış boyutu Sağlık Davranışı Arama (6 madde) ve Hastalıktan Kaçınma (6 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek puanı maddelere verilen yanıtların her bir alt boyut ve ana boyut ayrı ayrı olacak şekilde 100 üzerinden ölçeklendirilerek puanlanmıştır. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada Cronbach α düzeyi Bilgi boyutu için 0.83, Tutum boyutu için 0.77 ve Davranış boyutu için 0.83 hesaplanmıştır (Deveci ve ark., 2020; Deveci ve ark., 2023). Bu çalışmada Cronbach alfa düzeyi Bilgi boyutu için 0.90, Tutum boyutu için 0.82 ve Davranış boyutu için 0.94 bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Örnek seçiminde mahallede bulunan 100 sokak küme olarak kabul edilmiş ve araştırma her birinde 6 kişi bulunan 100 kümede yürütülmüştür. Toplamda 600 kişiye bir yönerge çerçevesinde yüz yüze görüşülerek ulaşılmıştır.

Yönergede sokağın sağ tarafından başlanarak, küme başı olan ev apartman ise ilk daireden başlayıp veya küme başı olan ev müstakil ise ondan başlanıp iki ev / apartman atlanarak devam edilmiştir. Çalışmaya katılım reddedilince ya da evde bulunamayanlar olunca bir sonraki eve geçilip yine iki ev atlanarak devam edilmiştir. 18 yaş ve üzeri birey bulunmayan evlerde hemen bir sonraki evden devam edilmiştir. Çıkmaz sokağa denk gelindiğinde ise karşı tarafa geçilmiştir. Evde bulunamayanlar olduğunda ya da reddedilince bir sonraki eve geçilip yine iki ev atlanarak devam edilmiş, evde 18 yaş ve üstü birey bulunmaması durumunda hemen bir sonraki evden

devam edilmiştir. Kişi sayısı 6'ya tamamlandığında diğer kümeye geçilmiştir. Her haneden çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri maksimum 1 kişi ile görüşülmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan anketler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 programına girilerek analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Shapiro Wilk testi ve basıklık çarpıklık katsayılarının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığında iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Student's t testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA testi (post hoc: Tukey HSD) kullanılmıştır. Normallik varsayımının sağlanmadığı durumlarda; iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi (Mann Whitney U düzeltilmeli) kullanılmıştır. İleri analizlerde tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler lineer regresyon analizi kullanarak değerlendirilmiştir. Araştırmada tip I hata 0.05 kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmada Etik Konular

Veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için Balıkesir Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (28.09.2021 tarih, 2021/1 sayılı), Balıkesir Valiliği'nden (15.09.2021 tarih, 29459337-020-3034 sayılı) ve ölçek sahiplerinden izin alınmış, ayrıca katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 39.22 ± 16.07 olup %40.7'si 18-29 yaş grubundadır. Araştırma grubunun, %60.2'si erkek, %53.5'i evli, %55'i çocuk sahibi, %31.5'i ön lisans mezunu, %51.2'si çalışan, %47.5'i işi olmayan, %42.3'ü geliri giderine denk olan ve %78.3'ü çekirdek aile yapısına sahip kişilerdir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=600).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş		
X±SS	39.22±16.07	
Yaş grupları		
18-29	244	40.7
30-39	85	14.2
40-49	95	15.8
50+	176	29.3
Cinsiyet		
Kadın	239	39.8
Erkek	361	60.2
Medeni durum		
Evli	321	53.5
Bekar	246	41.0
Ayrı yaşıyor	9	1.5
Boşanmış	24	4.0
Çocuk sahibi olma		
Evet	330	55.0
Hayır	270	45.0
Toplam	600	100.0

n: Sayı, %:Yüzde X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 4.1.(devam) Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=600).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	4	0.7
Okuryazar	9	1.5
İlkokul mezunu	74	12.3
Ortaokul mezunu	39	6.5
Lise mezunu	107	17.8
Ön lisans mezunu	189	31.5
Lisans mezunu	148	24.7
Lisans üstü mezunu	30	5.0
Çalışma durumu		
Evet	307	51.2
Hayır	293	48.8
Meslek		
İşveren	8	1.3
Yüksek eğitilmiş	4	0.7
Küçük esnaf/zanaatkar	20	3.3
İş buldukça çalışan	24	4.0
Yüksek eğitilmiş (ücretli)	28	4.7
Memur/büro çalışanı	187	31.2
Sanayi işçisi	11	1.8
Niteliksiz işlerde çalışan	25	4.2
İşsiz	8	1.3
*Diğer	285	47.5
Gelir algısı		
Gelirim giderimden az	208	34.7
Gelirim giderime denk	254	42.3
Gelirim giderimden fazla	138	23.0
Aile tipi		
Çekirdek	470	78.3
Geniş	50	8.3
Parçalanmış	21	3.5
Yalnız yaşıyor	59	9.8
Toplam	600	100.0

n: Sayı, %:Yüzde, **X**: Ortalama, **SS**: Standart sapma.

* Emekli, öğrenci, ev hanımı.

4.2. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Katılımcıların %29.3'ünün hekim tarafından tanı konulmuş kronik en az bir hastalığı olup, %42.0'si sigara içen, %23.2'si alkol kullanan, %59.3'ü düzenli egzersiz yapan, %41.5'i uyku kalitesini iyi olarak algılayan kişilerden oluşmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları (n=600).

Değişkenler	n	%
Kronik hastalık		
Yok	424	70.7
Var	176	29.3
Sigara içme*		
Evet	252	42.0
Hayır	348	58.0
Alkol kullanma*		
Evet	139	23.2
Hayır	461	76.8
Egzersiz yapma*		
Yapmıyor	244	40.7
Yapıyor	356	59.3
Uyku kalitesi algısı		
Çok kötü	34	5.7
Kötü	67	11.2
Orta	174	29.0
İyi	249	41.5
Çok iyi	76	12.7
Toplam	600	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

*Katılımcıların sigara içme, alkol kullanma ve egzersiz yapma değişkenlerine verdikleri yanıtlar DSÖ'nün kriterlerine göre değerlendirilmiştir. DSÖ'ye göre; sigaranın düzenli olarak günde bir, alkolün erkeklerde günde 2 kadeh, kadınlarda günde 1 kadeh tüketilmesi ve egzersizin haftada 150 dakikalık (haftanın 5 günü 30 dakikalık) orta şiddette yapılması durumunda katılımcıların yanıtları evet olarak kabul edilmiştir.

4.3. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı ve Sağlık Hizmet Kullanımı

Araştırma grubundaki kişilerin %54.3'ü genel sağlığını iyi olarak algıladığını, %39.8'i sağlık sorunlarında genellikle devlet hastanesini polikliniğine başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırma grubunun genel sağlık algısı ve sağlık hizmet kullanımı (n=600).

Değişkenler	n	%
Genel sağlık algısı		
Çok kötü	12	2.0
Kötü	17	2.8
Orta	129	21.5
İyi	326	54.3
Çok iyi	116	19.3
Sağlık sorunlarında genellikle başvurulan sağlık kurumu		
Aile hekimi	187	31.2
Devlet hastanesi-acil servis	83	13.8
Devlet hastanesi-poliklinik	239	39.8
Üniversite hastanesi	39	6.5
Özel muayenehane/ özel hastane	52	8.6
Toplam	600	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

4.4.Araştırma Grubunun COVID-19'a İlişkin Özellikleri

Katılımcıların %50.5'i COVID-19 geçirmiş, %28.0'ı COVID-19 temaslı olmuş, %80.3'ü COVID-19 ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten, %80'i COVID-19'a yönelik yeterli önlemleri aldığını düşünen, %88.3'ü COVID-19 süresince hijyene daha çok dikkat eden, %75.8'i aile ve çevresine COVID-19 bulaştırmaktan endişe duyan, %39.2'si COVID-19'tan dolayı ölüm kaygısı yaşayan,

%47.2'si pandemide pandemi öncesine kıyasla daha çok sosyal medyada zaman geçiren kişilerdir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırma grubunun COVID-19'a ilişkin tanımlayıcı özellikleri (n=600).

Değişkenler	n	%
COVID-19 geçirme		
Evet	303	50.5
Hayır	297	49.5
COVID-19 teması olma		
Evet	168	28.0
Hayır	432	72.0
COVID-19 konusunda yeterli bilgiye sahip olma algısı		
Evet	482	80.3
Hayır	118	19.7
COVID-19'a yönelik yeterli önlem alma		
Evet	480	80.0
Hayır	120	20.0
Pandemide hijyene daha çok dikkat etme		
Evet	530	88.3
Hayır	70	11.7
COVID-19'u bulaştırmaya yönelik endişe duyma		
Evet	455	75.8
Hayır	145	24.2
COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama		
Evet	235	39.2
Hayır	365	60.8
Pandemide sosyal medyada zaman geçirme		
Daha fazla	283	47.2
Neredeyse aynı	269	44.8
Daha az	48	8.0
Toplam	600	100.0

n: Sayı. %: Yüzde.

Katılımcıların %85.7'si COVID-19 aşısı olan, %51.3'ü Biontech aşısı olan, %37.0'si COVID-19 aşısı yaptırmaya tereddütü yaşayan kişilerdir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Araştırma grubunun COVID-19 aşısı yaptırmaya durumuna ilişkin özellikleri (n=600)

Değişkenler	n	%
COVID-19 aşısı yaptırmaya		
Evet	514	85.7
Hayır	86	14.3
Yaptırılan aşı türü (n=514)		
Sinovac ^a	117	19.5
Biontech ^b	308	51.3
Sinovac+Biontech ^c	89	14.8
Aşı yaptırmaya yönelik tereddüt yaşama		
Evet	222	37.0
Hayır	378	63.0
Toplam	600	100.0

n: Sayı %:Yüzde.

Araştırma grubunun COVID-19 aşısı tereddüt nedenlerine bakıldığında; katılımcıların %33'ü yan etkiler nedeniyle, %31.0'ı aşının kesin etkinliğini bilmediği için, %14.7'si aşılarıdaki yardımcı maddelerle ilgili endişesi nedeniyle, %4.7'si COVID-19'a yakalanarak geçirmenin daha koruyucu olduğu için, %3.3'ü dini nedenler nedeniyle, %12.3'ü aşıların yeterli kontrol aşamalarından geçmediğini düşündüğü için, %7.7'si sosyal medyada aşılarla ilgili yer alan olumsuz haberler nedeniyle, %23.2'si ilaç firmalarının kar amacı gözettiğini düşündüğü için COVID-19 aşılarına yönelik tereddüt yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Araştırma grubunun COVID-19 aşısı tereddüt nedenleri (n=600).

Tereddüt nedenleri	n	%
Yan etki nedeniyle		
Evet	198	33.0
Hayır	402	67.0
Aşının kesin etkinliğini bilmiyorum		
Evet	186	31.0
Hayır	414	69.0
Aşılarıdaki yardımcı maddelerle ilgili endişem nedeniyle		
Evet	88	14.7
Hayır	512	85.3
Hastalığa yakalanarak geçirmek daha koruyucu		
Evet	28	4.7
Hayır	572	95.3
Dini nedenler		
Evet	20	3.3
Hayır	580	96.7
Aşılar yeterli kontrol aşamalarından geçmemesi		
Evet	74	12.3
Hayır	526	87.7
Sosyal medyada yer alanlar olumsuz haberler		
Evet	46	7.7
Hayır	554	92.3
İlaç firmalarının kar amacı gözettiğini düşünüyorum		
Evet	139	23.2
Hayır	461	76.8
Toplam	600	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

Araştırma grubunda katılımcıların %35.5'i aşının güvenli ve etkili olduğu kanıtlanırsa aşı olma tavsiyesine uyacağını, %39.2'si, yeterince insan olumsuz yan etki olmadan güvenli bir şekilde aşılanırsa aşı olacağını, %45.8'i COVID-19 aşısının güvenli ve etkili olduğu kanıtlanırsa aşı olmayı düşünmeyeceğini, %30.3'ü güvenilir bir sağlık çalışanı aşı olmamı söylerse aşı olacağını, %17.5'i sosyal medyada aşılama teşvik edilirse aşı olmayı tercih edeceğini belirtmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırma grubunun aşı olma olmaya yönelik önermelere verdiği yanıtlar (n=600).

Aşı olmaya yönelik önermeler	n	%
Aşının güvenli ve etkili olduğu onaylanırsa aşı yaptırma tavsiyesine uyarım.		
Kesinlikle katılmıyorum	48	8.0
Katılmıyorum	69	11.5
Fikrim yok	164	27.3
Katılıyorum	213	35.5
Tamamen katılıyorum	106	17.7
Yeterince insanın yan etki olmadan aşılandığını görseydim aşı olurum		
Kesinlikle katılmıyorum	34	5.7
Katılmıyorum	58	9.7
Fikrim yok	137	22.8
Katılıyorum	235	39.2
Tamamen katılıyorum	136	22.7
Aşının güvenli ve etkili olduğu kanıtlanırsa aşı yaptırmayı düşünürüm.		
Kesinlikle katılmıyorum	22	3.7
Katılmıyorum	48	8.0
Fikrim yok	114	19.0
Katılıyorum	275	45.8
Tamamen katılıyorum	141	23.5
Güvenilir bir sağlık çalışanı aşı olmayı önerirse aşı yaptırırım.		
Kesinlikle katılmıyorum	35	5.8
Katılmıyorum	108	18.0
Fikrim yok	163	27.2
Katılıyorum	182	30.3
Tamamen katılıyorum	112	18.7
Sosyal medyada aşılama teşvik edilirse aşı olmayı tercih ederim.		
Kesinlikle katılmıyorum	71	11.8
Katılmıyorum	158	26.3
Fikrim yok	207	34.5
Katılıyorum	105	17.5
Tamamen katılıyorum	59	9.8
Toplam	600	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

4.5. Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalaması 39.55 ± 08.30 , Sağlık Anksiyetesi Envanteri puan ortalaması 12.79 ± 11.96 'dır.

Araştırma grubunun COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puan ortalaması 83.30 ± 22.92 , Bilgi-Bulaş boyutu puan ortalaması 83.30 ± 22.92 , Bilgi-Koruma puan ortalaması 91.44 ± 18.63 , Bilgi-Toplam puan ortalaması 87.37 ± 18.74 , Tutum-Duyarlılık puan ortalaması 80.02 ± 26.08 , Tutum-Ciddiyet puan ortalaması 76.25 ± 25.81 , Tutum-Yarar puan ortalaması 51.79 ± 33.06 , Tutum-Toplam puan ortalaması 72.89 ± 16.91 , Davranış-Arama puan ortalaması, 79.71 ± 21.89 , Davranış-Kaçınma puan ortalaması 83.78 ± 20.80 , Davranış-Toplam puan ortalaması 81.75 ± 20.05 'tir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırma Grubunda Uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlara ait tanımlayıcı özellikler (n=600).

Ölçekler	Minimum	Maksimum	X±SS
Siberkondri Ciddiyet-Kısa Form	19.00	63.00	39.55±08.30
Sağlık Anksiyetesi-Kısa Versiyon	0	54.00	12.79±11.96
COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış	41.67	100.00	80.67±13.14
Bilgi-Bulaş	0	100.00	83.30±22.92
Bilgi-Koruma	0	100.00	91.44±18.63
Bilgi-Toplam	0	100.00	87.37±18.74
Tutum-Duyarlılık	0	100.00	80.02±26.08
Tutum-Ciddiyet	0	100.00	76.25±25.81
Tutum-Yarar	0	100.00	51.79±33.06
Tutum-Engel	0	100.00	83.52±24.12
Tutum-Toplam	25.00	100.00	72.89±16.91
Davranış-Arama	0	100.00	79.71±21.89
Davranış-Kaçınma	0	100.00	83.78±20.80
Davranış-Toplam	0	100.00	81.75±20.05

X: Ortalama, SS: Standart sapma.

4.6. Bağımsız Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizlerle Karşılaştırılması

4.6.1. Bağımsız Değişkenlerin COVID-19 Bilgi- Tutum-Davranış Ölçeği ile Karşılaştırılması

Katılımcıların COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı, erkeklerde ($t=4.110$; $p=0.000$), evli olmayanlarda ($t=5.010$; $p=0.000$), çocuk sahibi olmayanlarda ($t=4.189$; $p=0.000$), alt sosyal sınıfta olanlarda ($t=3.296$; $p=0.001$), geliri giderinden az olanlarda ($F=3.339$; $p=0.036$), geniş aile yapısına sahip kişilerde ($F=11.016$; $p=0.000$) anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$).

Araştırma grubunda eğitim durumuna, çalışma durumuna COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanı istatistiksel anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği ($n=600$).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	239	83.31±12.08	t:4.110	0.000
Erkek	361	78.97±13.47		
Medeni durum				
Evli	321	83.21±10.24	t:5.010	0.000
Evli değil	279	77.81±15.27		
Çocuk sahibi olma				
Evet	330	82.76±10.99	t:4.189	0.000
Hayır	270	78.19±14.92		
Eğitim durumu				
İlköğretim	126	82.61±10.37	F:2.370	0.094
Lise	107	81.48±11.58		
Üniversite ve üzeri	367	79.82±14.25		
Çalışma durumu				
Evet	307	80.33±14.21	t:-0.709	0.478
Hayır	283	81.09±11.83		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

Tablo 4.9. (devam) Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği (n=600).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Sınıf				
Üst sosyal sınıf	40	87.24±8.85	t:3.296	0.001
Alt sosyal sınıf	560	80.23±13.23		
Gelir				
Gelir giderden az ^a	208	82.41±11.27	F:3.339	0.036 a>b=c
Gelir gidere denk ^b	254	79.26±12.84		
Gelir giderden fazla ^c	138	80.78±15.67		
Aile tipi				
Çekirdek aile ^a	470	81.74±11.92	F:11.016	0.000 a=c>b
Geniş aile ^b	50	72.93±15.84		
Diğer ^c	80	79.43±15.95		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

Araştırma grubunda COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı alkol kullanmayanlarda (t=-2.001; p=0.046), uyku kalitesi algısı kötü olanlarda (F:18.700; p=0.000), genel sağlık algısı kötü olanlarda (F=21.251; p=0.000), sağlık sorunlarında genellikle 3.basamak sağlık kurumuna başvuranlarda (F=9.252, p=0.000) anlamlı olarak düşüktür (p<0.05). Kronik hastalık varlığına, sigara içme durumuna, egzersiz yapma durumuna göre COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanı anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Araştırma grubunda sağlıklı yaşama biçimi davranışlarına göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı (n=600).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Kronik hastalık varlığı				
Yok	424	80.37±13.02	t:-0.971	0.332
Var	176	81.51±13.27		
Sigara içme				
Evet	252	81.30±13.38	t:0.632	0.527
Hayır	348	80.99±12.90		
Alkol kullanma				
Evet	139	82.65±12.27	t:-2.001	0.046
Hayır	461	80.11±13.29		
Egzersiz yapma				
Yapmıyor	244	81.37±12.46	t:1.031	0.303
Yapıyor	356	80.24±13.52		
Uyku kalitesi algısı				
İyi ^a	325	83.32±10.94	F:18.700	0.000 a>b>c
Orta ^b	174	79.18±13.60		
Kötü ^c	101	74.88±16.09		
Genel sağlık algısı				
İyi ^a	442	82.04±11.94	F:21.251	0.000 a=b>c
Orta ^b	129	79.28±14.03		
Kötü ^c	29	66.58±16.73		
Sağlık sorunlarında genellikle başvurulanan sağlık kurumu				
1.basamak sağlık kurumu ^a	187	80.40±13.40	F:9.252	0.000 a=b>c
2.basamak sağlık kurumu ^b	374	81.72±12.25		
3.basamak sağlık kurumu ^c	39	72.40±16.44		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc:Tukey HSD).

Araştırma grubunda COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı COVID-19 temaslı olanlarda (t=-2.826; p=0.005), COVID-19 konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmeyenlerde (t=3.822; p=0.000), COVID-19 konusunda yeterli önlem almayanlarda (t=4.010; p=0.000), COVID-19 konusunda hijyen ve güvenliğe daha çok dikkat etmeyenlerde (t=4.256; p=0.000), COVID-19'u bulaştırmaya yönelik endişe duymayanlarda (t=5.501; p=0.000), COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşamayanlarda (F=13.622; p=0.000) ve COVID-19 sürecinde sosyal medyada daha az zaman geçirenlerde (t=2.710; p=0.007) anlamlı olarak düşüktür (p<0.05).

COVID-19 geçirme durumuna göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Araştırma grubunda COVID-19'a İlişkin Özelliklere Göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış (n=600).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
COVID-19 geçirme				
Evet	303	80.75±12.83	t:0.089	0.929
Hayır	297	80.65±13.38		
COVID-19 teması olma				
Evet	168	78.09±14.79	t:-2.826	0.005
Hayır	432	81.72±12.25		
COVID-19 konusunda yeterli bilgiye sahip olma algısı				
Evet	482	81.81±12.41	t:3.822	0.000
Hayır	118	76.17±14.80		
COVID-19'a yönelik yeterli önlem alma				
Evet	480	81.87±12.41	t:4.010	0.000
Hayır	120	76.03±14.69		
Pandemide hijyene daha çok dikkat etme				
Evet	530	81.68±12.37	t:4.256	0.000
Hayır	70	73.28±15.89		
COVID-19'u bulaştırmaya yönelik endişe duyma				
Evet	455	82.56±11.66	t:5.501	0.000
Hayır	145	74.87±15.49		
COVID-19 nedeniyle ölüm kaygısı yaşama				
Evet	235	84.01±11.20	t:5.299	0.000
Hayır	365	78.10±14.59		
Pandemide sosyal medyada zaman geçirme				
Daha fazla/ neredeyse aynı	552	81.13±12.99	t:2.710	0.007
Daha az	48	75.81±13.42		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc:Tukey HSD).

Katılımcılarda COVID-19 aşısı yaptırmayanlarda ($t=2.385$; $p=0.019$), tek tür aşı yaptıranlarda ($F=5.902$; $p=0.003$), COVID-19 aşısı olmaya yönelik tereddüt yaşayanlarda ($t=-4.046$; $p=0.000$) COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Araştırma grubunda COVID -19 aşı özelliklerine göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı değişimi ($n=600$).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
COVID-19 aşısı yaptırma				
Evet	514	81.28±12.70	t:2.385	0.019
Hayır	86	77.23±14.86		
Yaptırılan aşı türü				
Sinovac ^a	117	80.25±11.54	F:5.902	0.003 c>a=b
Biontech ^b	308	80.47±13.04		
Sinovac+Biontech ^c	89	85.45±12.27		
Aşı yaptırmaya yönelik tereddüt yaşama				
Evet	222	77.72±15.04	t:4.046	0.000
Hayır	378	82.45±11.47		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc:Tukey HSD).

Araştırma grubunda COVID-19 aşı tereddüdü nedenlerine göre bakıldığında, dini nedenlerden dolayı tereddüt yaşayanlarda ($t=2.317$; $p=0.021$), COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Yan etki durumuna, aşının kesin etkinliğinin bilinmesi, aşılardaki yardımcı maddelerle ilgili endişe nedeniyle, COVID-19'a yakalanarak geçirmenin daha koruyucu olma durumuna, aşıların yeterli kontrol aşamalarından geçmediği için kaygı duyma, sosyal medyada yer alan olumsuz haberler ve ilaç firmalarının kar amacı gözettiğini düşünme nedenlerine göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Araştırma grubunda COVID-19 aşısı tereddüt nedenlerine göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış (n=600).

Tereddüt nedenleri	n	X±SS	Test değeri	p
Yan etki nedeniyle				
Evet	198	79.34±13.70	t:1.791	0.074
Hayır	402	81.37±12.75		
Aşının kesin etkinliğini bilmiyorum				
Evet	186	79.59±13.56	t:1.392	0.165
Hayır	414	81.20±12.87		
Aşılarıdaki yardımcı maddelerle ilgili endişem nedeniyle				
Evet	88	79.07±14.17	t:1.268	0.205
Hayır	512	80.98±12.90		
Hastalığa yakalanarak geçirmek daha koruyucu				
Evet	28	81.42±12.04	t:-0.299	0.765
Hayır	572	80.67±13.15		
Dini nedenler				
Evet	20	74.05±15.60	t:2.317	0.021
Hayır	580	80.93±12.96		
Aşılar yeterli kontrol aşamalarından geçmedi				
Evet	74	79.80±11.71	t:0.629	0.530
Hayır	526	80.83±13.29		
Sosyal medyada yer alanlar olumsuz haberler				
Evet	46	79.57±15.64	t:0.519	0.606
Hayır	554	80.80±12.88		
İlaç firmalarının kar amacı gözettiğini düşünüyorum				
Evet	137	79.50±14.64	t:1.121	0.263
Hayır	461	81.05±12.63		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc:Tukey HSD).

COVID-19 Bilgi, Tutum, Davranış Ölçeği puanı ile yaş ($r=0.117$, $p=0.004$), yaptırılan aşı dozu ($r=0.104$, $p=0.018$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; çocuk sayısı ($r=-0.138$, $p=0.012$), alkol kullanma ($r=-0.173$, $p=0.042$), egzersiz yapma ($r=-0.206$, $p=0.000$) ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı ($r=-0.242$, $p=0.000$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı ile sigara kullanma ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı ile sürekli, kesikli değişkenler ve ölçek puanları arasındaki ilişki.

Değişkenler	r	p
Yaş	0.117	0.004
Çocuk sayısı	-0.138	0.012
Sigara kullanma durumu (adet/gün)	-0.015	0.546
Alkol kullanma durumu (kadeh/gün)	-0.173	0.042
Egzersiz yapma durumu (gün/hafta)	-0.206	0.000
Yaptırılan aşı dozu	0.104	0.018
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı	-0.029	0.051
Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı	-0.242	0.000

4.7. Bağımlı Değişkenin İleri Analizlerle Değerlendirilmesi

4.7.1. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Puanını Etkileyen Faktörler

Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler Backward yöntemiyle lineer regresyon analizinde değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal sınıf, çocuk sayısı, çocuk sahibi olma, gelir, aile tipi, alkol kullanımını (kadeh/gün), egzersiz yapma durumu (gün/hafta), uyku kalitesi algısı, genel sağlık algısı, sağlık sorunlarında genellikle başvurulan sağlık kurumu, COVID-19 teması olma, COVID-19 konusunda yeterli bilgiye sahip olma algısı, COVID-

19'a yönelik yeterli önlem alma algısı, COVID-19 sürecinde hijyene daha çok dikkat etme, COVID-19 bulaştırmaya yönelik endişe duyma, COVID-19'dan ölüm kaygısı yaşama, COVID-19 sürecinde sosyal medyada zaman harcama, COVID-19 aşısı olma, COVID-19 aşı türü, COVID-19 aşısı yaptırmaya yönelik tereddüt yaşama, dini nedenler nedenlerden ötürü aşı tereddüdü yaşama, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı modele alınmıştır.

Modele alınan değişkenler Backward yöntemiyle lineer regresyon analizinde değerlendirilmiş olup bu kapsamda sosyal sınıf, genel sağlık algısı, COVID-19'a yönelik yeterli önlem alma algısı, COVID-19 sürecinde hijyene daha çok dikkat etme, COVID-19 bulaştırmaya yönelik endişe duyma, COVID-19 aşı türü, COVID-19 aşısı yaptırmaya yönelik tereddüt yaşama, dini nedenler nedenlerden ötürü aşı tereddüdü yaşama, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri değişkenlerdir COVID-19 Bilgi, Tutum, Davranış Ölçeği'ndeki değişimin %50'sini açıkladığı bulunmuştur (Adj. $R^2=0.504$, $F=5.063$, $p=0.000$, Durbin-Watson=1.488).

Lineer regresyon analizi sonucunda COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı alt sosyal sınıfta olan kişilerde (β :-8.983; %95 GA -16.84; -1.12), genel sağlık algısı iyi olmayanlarda (β :14.798; %95 GA 5.79; 23.80), COVID-19'a yönelik önlem almayanlarda (β :36.333; %95 GA 17.64; 55.00), COVID-19 sürecinde hijyene dikkat etmeyenlerde (β :21.147; %95 GA 3.54; 38.75), COVID-19'u bulaştırmaktan endişelenmeyenlerde (β :-9.782; %95 GA -20.60; 1.04), iki tür (Hem Biontech, hem Sinovac) COVID-19 aşısı olmayanlarda (β :11.183; %95 GA 2.44; 19.92), COVID-19 aşı tereddüdü olanlarda (β :-16.354; %95 GA -25.34,-7.36), dini nedenler dolayısıyla COVID-19 aşısı olmak istemeyenlerde anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca çocuk sayısı (β :-7.015; %95 GA -11.45,-2.57) ve sağlık anksiyetesi puanı azaldıkça (β :-0.317; %95 GA -0.53,-0.09), COVID-19 aşı olma dozu arttıkça (β :-16.354; %95 GA -25.34,-7.36), COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı anlamlı olarak artmaktadır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Lineer regresyon analizine göre COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı ve ilişkili faktörler.

Değişkenler	Beta	Standardize Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Sosyal sınıf	-8.983	-0.305	-2.317	0.026	-16.84	-1.12
Genel sağlık algısı	14.798	0.558	3.332	0.002	5.79	23.80
COVID-19'a yönelik önlem alma algısı	36.333	-0.764	3.944	0.000	17.64	55.00
COVID-19 sürecinde hijyene daha çok dikkat etme	21.147	0.367	2.436	0.020	3.54	38.75
COVID-19'u bulaştırmaktan endişelenme	-9.782	-0.369	-1.833	0.075	-20.60	1.04
COVID-19 aşı türü	11.183	0.785	2.595	0.014	2.44	19.92
COVID-19 aşı tereddüdü	-16.354	-0.470	-3.690	0.001	-25.34	-7.36
Dini nedenlerle aşı olmak istememe	34.100	0.423	2.420	0.021	5.51	62.68
Çocuk sayısı	-7.015	-0.411	-3.206	0.003	-11.45	-2.57
COVID-19 aşı dozu	22.817	1.212	3.447	0.001	9.39	36.24
Siberkondri Ölçeği	0.421	0.361	1.883	0.068	-0.03	0.87
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	-0.317	0.386	-2.919	0.006	-0.53	-0.09

$R^2=0.628$, Adj. $R^2=0.504$, $F=5.063$, $p=0.000$, Durbin-Watson=1.488.

Modele dahil edilen değişkenler: Yaş: (sürekli), cinsiyet: (kadın:0, erkek:1), medeni durum: (evli:0, evli değil:1), sosyal sınıf: (üst sosyal sınıf: 0, alt sosyal sınıf:1), çocuk sahibi olma: (evet:0, hayır:1), çocuk sayısı: (kesikli), gelir (gelir giderden az:0, gelir gidere eşit:1, gelir giderden fazla: 2), aile tipi: (çekirdek aile:0, diğer:1, geniş aile:2), alkol kullanma (evet:0, hayır:1), alkol kullanımı (kadeh/gün): (sürekli), egzersiz yapma (yapmıyor:0, yapıyor:1), egzersiz yapma durumu (gün/hafta): (sürekli),

uyku kalitesi algısı: (iyi:0, orta:1, kötü:2), **genel sağlık algısı:** (iyi:0, orta:1, kötü:2), **sağlık sorunlarında genellikle başvurulan sağlık kurumu** (2. Basamak sağlık kurumu:0, 1. basamak sağlık kurumu:1, 3. basamak sağlık kurumu:2), **COVID-19 teması olma:** (evet:0, hayır:1), **COVID-19 konusunda yeterli bilgiye sahip olma algısı:** (evet:0, hayır:1), **COVID-19'a yönelik yeterli önlem alma algısı:** (evet:0, hayır:1), **COVID-19 sürecinde hijyene daha çok dikkat etme:** (evet:0, hayır:1), **COVID-19 bulaştırmaya yönelik endişe duyma:** (evet:0, hayır:1), **COVID-19'dan ötürü ölüm kaygısı yaşama:** (evet:0, kararsız:1, hayır:2), **COVID-19 sürecinde sosyal medyada zaman harcama:** (daha fazla/neredeyse aynı:0, daha az:1), **COVID-19 aşısı olma** (hayır:0, evet:1), **COVID-19 aşı türü:** (ikiside:0, sinovac:1, biontech:2), **COVID-19 aşı dozu:** (sürekli), **COVID-19 aşı olma tereddüdü:** (hayır:0, evet:1), **dini nedenler nedenlerden ötürü aşı tereddüdü yaşama:** (hayır:0, evet:1), **Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı:** (sürekli), **Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı:** (sürekli).

5. TARTIŞMA

Balıkesir il merkezindeki kentsel bir bölgede kesitsel olarak yürütülen bu araştırmada araştırma grubu yüz yüze görüşülerek ulaşılan 600 kişiden oluşmaktadır. Araştırma sağlık anksiyetesi, siberkondri ve COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını bir arada ele alan literatürdeki sınırlı çalışmalardan biridir (Wu ve ark., 2021; Jungmann ve Witthöft, 2020; Abdelsattar ve ar., 2022).

Araştırmamızda Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı 39.55 ± 8.30 'dur. Katılımcıların düşük düzeyde siberkondrisinin olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanının 9.09 ± 4.05 - 96.83 ± 21.30 arasında değiştiği görülmektedir (Bala ve ark., 2021; Ahorsu ve ark., 2021; Özyıldız ve Alkan, 2022; Sabandüzen ve Kavaklı, 2022; Uzun ve ark., 2016; Abdelsattar ve ark., 2021; Ünal ve ark., 2021).

Literatürde aynı ölçek kullanılarak yürütülen çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte Uzun ve ark. Pamukkale Üniversitesi'ndeki akademisyenlerle (n=335) yürüttüğü Siberkondri Ciddiyet Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı 71.1 ± 17.6 ile orta düzeyde olduğu görülmektedir. Uzun ve ark. çalışmasından Siberkondri Ciddiyet puanının bizim çalışmamızdan yüksek olması Uzun ve ark. çalışmasının toplum tabanlı yürütülmemiş olmasına, internet, bilgisayar olanağı yüksek olan üniversitede çalışan kişilerle yürütülmüş olmasına bağlı olabilir. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin (n=71) siberkondri düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada siberkondri puanı orta düzeyde 71.2 ± 17.5 'tir (Sabandüzen ve Kavaklı, 2022). Çalışmalar arasındaki puan farkı Sabandüzen ve Kavaklı'nın yürüttüğü çalışmanın hastane tabanlı olmasına, araştırma grubundaki kişilerin yakınlarının sağlık sorunu yaşamasına bağlı olabilir. Akademisyenlerin (n=289) sağlık anksiyeteleri ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların siberkondri düzeyleri 39.22 ± 8.852 ile düşük olarak bulunmuştur (Özyıldız ve Alkan, 2022). Siberkondri, sağlık okuryazarlığı ve sosyo-ekonomik

statü ilişkisi bağlamında x ve y kuşağına (n=847) yönelik bir araştırmada Y kuşağı kişilerin (n=671) siberkondri düzeyleri yüksek ve 96.83 ± 21.30 olarak saptanmıştır (Ekinci ve ark., 2021). Bizim çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların siberkondri düzeylerinin yüksek bulunmasının nedeni çalışmanın Y kuşağında yürütülmüş olması ile ilgili olabilir.

Uluslararası çalışmalarda ise; Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı $9.09 \pm 4.05 - 86.46 \pm 18.24$ arasında değişmektedir (Bala ve ark., 2021; Jungmann ve Witthöft, 2021; Ahorsu ve ark., 2021; Abdelsattar ve ark., 2021). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (SCÖ-12) kullanılan, çevrimiçi verinin toplandığı, somatik belirtiler ve siberkondri ilişkisinde sağlık kaygısının rolünün incelendiği çalışmada online katılım sağlayan kişilerin (n=431) siberkondri puanı düşük düzeyde 22.67 ± 7.58 'dir (Santoro ve ark., 2022). Çalışmalar arasındaki benzerlik Santoro ve ark., çalışmasının da bizim çalışmamız gibi toplum tabanlı yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir. İran'da Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu kullanılarak yürütülen Siberkondri, COVID-19 korkusu ve risk algısı ile problemlili sosyal medya kullanımı ve aşı olma niyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen kesitsel bir çalışmada halkın (n=10843) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı bizim çalışmamıza yakın biçimde düşük düzeyde 29.13 ± 8.91 'dir (Ahorsu ve ark., 2021). Ahorsu ve ark. yürüttüğü çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak siberkondri puanının düşük olması çalışmanın kesitsel bir çalışma olmasına ve toplum tabanlı yürütülmüş olmasına bağlı olabilir. Hindistan'da pandemi sürecinde sosyal medya, siberkondri ve aşırı bilgi yükünün önleyici davranışlar üzerine etkisini araştıran bir çalışmada halkın (n=767) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı 9.09 ± 4.05 bulunmuştur (Bala ve ark., 2021). Almanya'da COVID-19 salgınında sağlık kaygısı, siberkondri ve başa çıkma ile ilgili bir çalışmada Almanya halkının (n=1615) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı düşük düzeyde 22.45 ± 7.28 'dir (Jungmann ve Witthöft, 2021). Rusya'da COVID-19 pandemi korkusu ile fiziksel semptomlar ve siberkondri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada halkın (n=2011) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı düşük seviyede 21.53 ± 9.26 'dir (Zolotoreva, 2022). Her üç çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı düşük bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmaların bizim çalışmamıza benzer olarak kesitsel tipte ve toplum tabanlı olmasından kaynaklı olabilir. Siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada Arap halkının (n=573) siberkondri düzeyi çalışmamızdan

farklı olarak yüksek ve 86.46 ± 18.24 bulunmuştur (Abdelsattar ve ark., 2021). Wu ve arkadaşlarının (2021) halk ile yürüttüğü (n=694) çalışmada Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puanı 33.17 ± 8.04 ile çalışmamızdan farklı olarak yüksek bulunmuştur. Her iki çalışmada da siberkondri düzeyinin bizim çalışmamızdan yüksek bulunmasının nedeni çalışmanın farklı bir ülkede ve farklı bir ırkla yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı 12.79 ± 11.96 olup katılımcıların düşük sağlık anksiyetesine sahip olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanının 1.93 ± 0.43 - 41.58 ± 7.95 arasında değiştiği görülmektedir (Ekiz ve Ark., 2020; Jungmann ve Witthöft, 2022; Elhai ve ar., 2020; Esen ve ark., 2018; Varlı ve Alankaya, 2022; Abdelsattar ve ark., 2021).

Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile COVID-19 salgını kontrol algısının karşılaştırıldığı bir çalışmada farklı şehirlerden online katılım sağlayan halkın (n=1050) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı 1.93 ± 0.43 ile orta düzeyde bulunmuştur (Ekiz ve ark., 2020). Bizim çalışmamızdan farklı olarak çalışmada anksiyete düzeyinin orta derece bulunmasının nedeni çalışmanın örneklem boyutundan kaynaklı olabilir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin (n=173) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada sağlık anksiyetesi puanının bizim çalışmamıza benzer şekilde düşük düzeyde olduğu (17.34 ± 8.55) görülmektedir (Esen ve ark., 2018). Görece az da olsa farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı yürütülmüş olmasına bağlı olabilir. Yaşlı hastalarla yürütülen (n=401) bir çalışmada katılımcıların sağlık anksiyete düzeyi 18.73 ± 8.87 ile çalışmamıza benzer şekilde düşük düzeyde bulunmuştur (Varlı ve Alankaya, 2022).

Uluslararası çalışmalarda ise sağlık Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı 12.9 ± 7.5 - 41.58 ± 7.95 arasında değişmektedir (Heinen ve ark., 2022; Elhai ve ark., 2020; Jungmann ve Withöft, 2022; Abdelsattar ve ark., 2021). COVID-19 pandemisinde akıllı telefon kullanımı ve oyun oynama bozukluğu ile sağlık anksiyetesinin ilişkisini değerlendiren bir çalışmada erkeklerin (n=405) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı 13.69 ± 8.46 , kadınların (n=407) ise 12.96 ± 8.40 olarak bizim çalışmamıza benzer şekilde düşük bulunmuştur (Elhai ve ark., 2020). Birleşik

Krallık'ta yürütülen COVID-19 pandemi sürecinde sağlık anksiyetesini inceleyen Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Formunun kullanıldığı bir çalışmada halkın (n=324) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı bizim çalışmamıza benzer şekilde düşük (12.9 ± 7.5) bulunmuştur (Heinen ve ark., 2022). COVID-19 pandemisinde anksiyete prevalansını araştıran bir meta-analiz çalışmasında (n=43 çalışma) anksiyetenin genel prevalansı bizim çalışmamızdan yüksek biçimde %25 bulunmuştur (Santabarbara ve ark., 2021). Bu farklılık çalışmanın meta-analiz çalışması olmasından kaynaklı olabilir. Jungmann ve Witthöft'ün çalışmasında (2020) Almanya halkının (n=1615) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı bizim çalışmamıza benzer olarak düşük ve 14.68 ± 6.58 'dir. Abdelsattar ve ark. çalışmasında (2021) bizim çalışmamızdan farklı olarak Arap halkının (n=573) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı yüksek ve 41.58 ± 7.95 'tir. Bu farklılık çalışmanın farklı kültürlerden ve ırktan kişilerle yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir.

Bilgi, tutum ve davranış düzeyi özellikle bulaşıcı hastalıklarla savaşmada önemli yeri olan bir konudur. Bilgi, tutum ve davranış düzeyi arttıkça hastalıkların görülme sıklığı da azalmaktadır. Araştırmamızda COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği toplam puanı 80.67 ± 13.14 , Bilgi alt boyut puanı 87.37 ± 18.74 ; Tutum alt boyut puanı 72.89 ± 16.91 ; Davranış alt boyut puanı 81.75 ± 20.05 'tir. Bu kapsamda araştırma grubunda COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanının yüksek olduğu, boyut olarak da beklenildiği gibi bilgi boyut puanının en yüksek olduğu, bilgi boyutunu sırasıyla tutum ve davranış puanının izlediği görülmektedir. Bilgi düzeyi arttıkça tutum ve davranış puanlarının da arttığı söylenebilir. Literatürde pandemi döneminde COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik çoğunlukla da geçerli ve güvenilir bir ölçek kullanılmadan, literatüre dayalı sorulardan oluşan araçların kullanıldığı görülmektedir. Bu kapsamda COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanları da farklılık göstermektedir.

Literatürde bu konuda benzer ölçeğin kullanıldığı ve COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını bir arada ele alan sınırlı çalışma bulunmaktadır. Literatürdeki farklı ölçeklerin ya da indekslerin kullanıldığı diğer çalışmalara bakıldığında çalışma bulgularının bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020).

Ulusal çalışmalarda bilgi düzeyinin 5.90 ± 1.26 - 14.5 ± 1.06 arasında (Yorguner ve ark., 2021; Ceyhan ve Uzuntarla, 2020; Tunç ve Toprak, 2020; Nallı ve ark., 2022), tutum düzeyinin 42.33 ± 5.70 - 44.23 ± 4.91 arasında (Özşahin ve Arıbaş, 2021; Çevirme ve Gökçay, 2022; Ceyhan ve Uzuntarla, 2020), davranış düzeyinin 26.73 ± 2.10 - 26.82 ± 2.14 arasında değiştiği görülmektedir (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020; Özşahin ve Arıbaş, 2021). Görüldüğü üzere ulusal çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek ve sosyo-kültürel yapının geliştiği alanlarda yaşamını sürdüren kişilerde COVID-19 bilgi, tutum ve davranışın yüksek olduğu söylenebilir. Farklı ölçüm araçları kullanılmasına bağlı olarak farklı puanların elde edildiği, kıyaslanmanın güç olduğu görülmektedir.

Literatürde COVID-19 bilgi, tutum ve davranışı farklı çalışma grupları üzerinde inceleyen araştırmalar mevcuttur. Ceyhan ve Uzuntarla'nın (2020) akademisyenlerle (n=268) yürüttüğü çalışmada akademisyenlerin %83.6'sının orta düzeyde bilgiye, %82.1'inin yüksek düzeyde tutuma, %88.1'inin yüksek düzeyde davranışa sahip oldukları bulunmuştur. Elde edilen bulguların bizim çalışmamıza göre görece yüksek olması ilgili çalışmanın akademisyenlerle yürütülmüş olmasına bağlı olabilir. Türkiye'de COVID-19'a toplum yaklaşımının incelendiği çalışmada halkın (n=8505) %85.6'sının bizim çalışmamıza benzer şekilde bilgisinin yeterli olduğu görülmektedir (Şirin ve ark., 2020).

Uluslararası çalışmalarda ise COVID-19 Bilgi puanının 3.43 ± 1.03 - 80.14 ± 9.98 arasında (Lee ve ark., 2021; Zhang ve ark., 2020; Roy ve ark., 2022; Sondakh ve ark., 2022), COVID-19 Tutum puanının 1.86 ± 0.43 - 68.25 ± 11.4 arasında (Huynh ve ark., 2020; Hanawi ve ark., 2020; Roy ve ark., 2022; Sondakh ve ark., 2022), COVID-19 Davranış puanının 3.43 ± 1.03 - 79.98 ± 16.35 arasında (Limbu ve ark., 2020; Roy ve ark., 2022; Hanawi ve ark., 2020; Masoud ve ark., 2021; Sondakh ve ark., 2022) değiştiği görülmektedir.

Güney Kore'de COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yürütülen kesitsel bir çalışmada Güney Kore halkının (n=970) bilgi puanının bizim çalışmamıza benzer şekilde COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanının yüksek olduğu (4.21 ± 1.16) bulunmuştur (Lee ve ark., 2021). Çalışmada COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanının bizim çalışmamızdaki gibi yüksek bulunmasının

nedeni çalışmanın kesitsel bir çalışma olması ve sağlık çalışanları ile yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir. Sondakh ve arkadaşlarının (2022) tıp öğrencileri ile (n=370) yürüttüğü çalışmada davranış düzeyi ortalama puanı 79.98 ± 16.35 %43.5'inin COVID-19 Davranış puanının iyi olduğu görülmüştür. Katılımcıların %94'ünden fazlası maske kullandığını, fiziksel mesafeye uyduğunu, düzenli olarak el yıkadığını ve ev temizliğine daha çok dikkat ettiğini beyan etmiştir. Suudi Arabistan'da halkının (n=3388) COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını araştıran kesitsel bir çalışmada COVID-19 Bilgi puanı yüksek düzeyde (17.96 ± 2.24), COVID-19 Tutum puanı yüksek düzeyde (28.23 ± 2.76) ve COVID-19 Davranış puanı yüksek düzeyde (4.34 ± 0.87) bulunmuştur (Hanawi ve ark., 2020). Çalışmada bilgi, tutum ve davranış puanlarının bizim çalışmamızdaki gibi yüksek bulunmasının nedeni her iki çalışmanın da toplum tabanlı yürütülmüş olması, eğitim durumlarının yüksek olması olabilir. Çin'de COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının (n=1357) bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin incelendiği bir çalışmada hekimlerin COVID-19 Bilgi puanı yüksek düzeyde 38.56 ± 3.31 , hemşirelerin yüksek düzeyde 37.85 ± 2.63 , paramediklerin yüksek düzeyde 36.72 ± 4.82 'dir (Zhang ve ark., 2020). Bu durum çalışmanın sağlık çalışanları ile yürütülmüş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çin'de bölge halkı (n=6910) üzerinde yapılan başka bir araştırmada, sakinlerin COVID-19 Bilgi puanı 10.8 ± 1.6 ile bizim çalışmamıza benzer şekilde yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Zhong ve ark., 2020). Gebeler ile (n=4103) yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında gebelerin COVID-19 enfeksiyonu önleme önlemlerine yönelik COVID-19 Davranış puanının düşük olduğu görülmüştür (Mose ve ark., 2022). Çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak düşük düzeyde tutum ve davranışların bulunmasının nedeni çalışmanın sistematik derleme çalışması olmasından, araştırma popülasyonlarının farklılığından kaynaklı olabilir. COVID-19'a yönelik kamu bilgisinin, tutumlarının ve davranışlarının düzeyleri ve belirleyicileri üzerine yürütülen çok uluslu (n=71890) bir araştırmada orta düzeyde bilgiye 19.24 ± 3.59 ve tutuma 3.72 ± 2.31 ve yüksek düzeyde davranışa 12.12 ± 1.83 sahiptir (Masoud ve ark., 2021). Çalışmanın meta-analiz çalışması olması bizim çalışmamızdan farklı olarak orta düzeyde bilgi ve tutum puanının elde edilmesine sebep olmuş olabilir. Nepal'de pandemi sürecinde halkın (n=766) COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen bir çalışmada bilgi düzeyi bizim çalışmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur (10.11 ± 1.26) (Paudel ve ark., 2020). Öğrencilerin (n=529) COVID-19 bilgi, tutum ve

davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların bilgi puanı yüksek ve 9.97 ± 2.27 'dir (Singh ve ark., 2020). Çin'de üniversite öğrencileri ile ($n=174440$) yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında katılımcıların sırası ile bilgi, olumlu-olumsuz tutum ve davranış düzeyleri %74, %84, %31 ve %82'dir. Katılımcıların bizim çalışmamıza benzer şekilde bilgi ve davranış düzeyleri yüksek bulunmuştur (Li ve ark., 2022). Endonezya da bir bölgede yaşayan halkla ($n=3425$) görüşülerek gerçekleştirilen çalışmada ise katılımcıların %25.3'ü COVID-19 yayılımını önleme konusunda doğru bilgiye, %36.6'sı olumlu tutuma ve %48.8'i olumlu davranışlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %97.2'si kalabalık ortamlarda maske kullanılması gerektiği bilgisine sahip olduğunu, %96.5'inin dışarıdan geldikten sonra ellerini yıkadıklarını, %71.2'si ise ellerini sabun ve su ile temizlediğini ifade etmiştir (Sujarwoto ve ark., 2022). Çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak COVID-19 Bilgi puanı düşük düzeyde bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaların farklı örneklem grubuyla yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir. Yapılan başka bir çalışmada ise Bangladeşli yaşlı bireylerin ($n=900$) %55.2'sinin yeterli bilgiye, %50.2'sinin COVID-19'a karşı olumlu tutumlara ve yalnızca %22.7'sinin iyi düzeyde davranışlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların 30 puan üzerinden ortalama puan değerleri bilgi bölümünde 20.8 ± 6.7 , tutum bölümünde 21.2 ± 4.3 ve uygulama bölümünde 11.3 ± 6.7 olarak bulunmuştur (Roy ve ark., 2022). Çalışmada COVID-19 Bilgi ve Tutum puanlarının yeterli düzeyde bulunmuş olması bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Etiyopya'da yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında katılımcıların bilgi ve tutum düzeyi iyi olarak, davranış düzeyinin yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lake ve ark., 2021). Çalışma bilgi, tutum düzeyinin yüksek bulunması yönüyle bizim çalışmamıza benzemektedir. Davranış düzeyinin bizim çalışmamızdan farklı olarak bulunmasının nedeni çalışmanın meta-analiz çalışması olmasından kaynaklı olabilir. COVID-19 bilgilerinin incelendiği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında katılım sağlayan kişilerin ($n=27617$) %56.6'sının COVID-19 ile ilgili bilgi eksikliği yaşadığı sonucu elde edilmiştir (Bhagavathula ve ark., 2020). Çalışma bu yönüyle bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmanın tipinden ve örneklemin büyüklüğünden kaynaklı olabilir. Zeleke ve Bayeh'in (2022) çalışmasında gebelerin ($n=538$) %51.6'sı iyi derecede davranış düzeyine sahip olarak bulunmuştur.

COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı ile tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı çıkan bağımsız değişkenler çok değişkenli lineer regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bu ileri analizler sonucunda;

COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı alt sosyal sınıfta olan kişilerde, genel sağlık algısı iyi olmayanlarda, COVID-19'a yönelik önlem almayanlarda, COVID-19 sürecinde hijyene dikkat etmeyenlerde, COVID-19'u bulaştırmaktan endişelenmeyenlerde, iki tür (Hem Biontech hem Sinovac) COVID-19 aşısı olmayanlarda, COVID-19 aşısı tereddüdü olanlarda, dini nedenlerden ötürü COVID-19 aşısı olmak istemeyenlerde anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca çocuk sayısı ve sağlık anksiyetesi puanı azaldıkça, COVID-19 aşısı olma dozu arttıkça, COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı artmaktadır. Çalışmamızda korelasyon analizine göre siberkondri puanı arttıkça COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı artsa da regresyon analizinde siberkondri anlamlılığını yitirmiştir.

Bu çalışmada COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanı alt sosyal sınıfta düşüktür. Bu durum alt sosyal sınıfa mensup kişilerin, gelir, eğitim durumu gibi özelliklerinin daha düşük olmasına bağlı olabilir. Literatürdeki çalışmalara bakılınca Özşahin ve Arıbaş'ın (2021) Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerle (n=667) yürüttüğü çalışmada sosyal sınıf ile bilgi, tutum ve davranış arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum katılımcıların sosyokültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak Türkiye için de geçerli bir tanımlama aracı olan Korkut Boratav'ın sosyal sınıf çizelgesinin kullanılmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı genel sağlık algısı düşük olanlarda daha düşüktür. Bu durum genel sağlık algısı iyi olmayanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının görece daha kötü olmasıyla, sağlık okuryazarlıklarının düşük olmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim Deveci ve ark. yürüttüğü çalışmada da sağlık okuryazarlığı düşük olanların COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı düşük bulunmuştur (Deveci ve ark., 2023).

Çalışmada COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı COVID-19'a yönelik önlem almayanlarda anlamlı ve düşüktür. Çalışmamızda COVID-19

sürecinde hijyene dikkat etmeyenlerde bilgi, tutum ve davranış puanı anlamlı ve düşüktür. Bizim çalışmamızdan farklı olarak COVID-19 salgını sırasında üniversite öğrencilerinin karşılaştığı psikososyal zorlukların ve hastalığa yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada üniversite öğrencilerinin (n=2583) COVID-19'a yönelik önlem alma ve hijyene dikkat etme gibi COVID-19'a yönelik sağlık önlemlerine bağlılık düzeyleri ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki yoktur (Yorguner ve ark., 2021). Bu fark çalışmanın öğrencilerle yürütülmesinden kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada COVID-19'u bulaştırmaktan endişelenmeyenlerde COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı düşüktür. Bizim çalışmamıza benzer olarak Yorguner ve ark. (2021) çalışmasında öğrencilerin (n=2583) COVID-19 ile ilgili endişelerinin hastalıkla ilgili bilgi düzeyini etkilediği saptanmıştır. Çalışmada katılımcıların bilgi düzeyi arttıkça endişe düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak hastalık hakkında daha fazla bilgiye sahip olan kişilerin, olası bir enfeksiyonun olumsuz sonuçları hakkında ve hastalığı yakınlarına bulaştırma konusunda daha fazla kaygılandığını ortaya koymuştur (Yorguner ve ark., 2021). COVID-19'u yönetmede Vietnamlıların (n=1999) COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışlarını inceleyen bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak hastalık kaynaklı endişe yaşamının COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanını etkilediği bulunmuştur. Endişe duyan katılımcıların COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanları düşük olarak saptanmıştır (Nhu ve ark., 2020). Bu farklılık çalışmaların farklı ölçeklerle yürütülmüş olmasına, sağlık algılarının farklılığına bağlı olabilir.

Bu çalışmada iki tür (Hem Biontech hem Sinovac) COVID-19 aşısı olmayanlarda COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı düşüktür. Bu durum araştırmanın yapıldığı dönemde ilk etapta toplumun Sinovac aşısına erişiminin mümkün olduğu, zaman içinde Biontech aşının da erişilebilir hale gelme durumu düşünüldüğünde, bu konuda farkındalıklarının yüksek olması, sağlık okuryazarlıklarının yüksek olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmada COVID-19 aşısı tereddüdü olanlarda ve dini nedenler dolayısıyla COVID-19 aşısı istemeyenlerde COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği

puanı anlamlı ve düşüktür. Bunun nedeni kişilerin eğitim seviyelerinden, sağlık algılarından, sahip oldukları kaygıdan ve sosyal medyadaki yanlış bilgilerden kaynaklı olabilir. Aşı kararsızlığı ve altında yatan nedenleri araştıran bir çalışmada katılımcıların (n=1293) bizim çalışmamıza benzer şekilde Amerikalıların %31.1'inin, Fransızların %47.9'unun aşıya yönelik tereddüt yaşadığı ve COVID-19'a karşı aşıya yönelik tereddütlerden dolayı COVID-19 aşısı olmayı düşünmedikleri bulunmuştur. Özellikle Fransa, Danimarka, Portekiz ve Almanya'da yapılan çalışmalar sonucunda kişilerin COVID-19 ve aşıya yönelik endişelerinin altında dini nedenler yer almaktadır. Dini nedenlerden dolayı aşı tereddütü yaşayanlarda ve diğer tüm nedenlerden dolayı aşı tereddütü olan kişilerde bizim çalışmamıza benzer şekilde COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanları düşük bulunmuştur (Biswas ve ark., 2021).

Çalışmada sağlık anksiyetesi puanı azaldıkça COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı artmaktadır. Bu durum COVID-19 bilgi, tutum ve davranışa sahip kişilerin COVID-19 ile baş etme yetilerinin yüksek olmasına, buna bağlı olarak da görece daha az anksiyete stres yaşamasıyla ilişkili olabilir. Nitekim Çin'in bazı bölgelerinde COVID-19 salgını sırasında halkın (n=600) psikolojik durumları ve bununla ilgili faktörleri araştıran bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak yüksek eğitim ve bilgi düzeyi puanının olumsuz duygulara ve anksiyeteye karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wang ve ark., 2020). Çin'de salgının hızlı yükseliş döneminde halkın (n=6910) COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacı ile yürütülen çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireyler, COVID-19 hakkında daha yüksek COVID-19 Bilgi puanına ve daha iyi COVID-19 Tutum puanına dolayısı ile daha düşük anksiyete seviyesine sahip olarak bulunmuştur (Zhong ve ark., 2020). Endonezya'daki genel nüfusta (n=1082) COVID-19 ile ilgili maneviyat, bilgi, tutum ve kaygıya yönelik uygulamaların etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak COVID-19 Bilgi düzeyi arttıkça kaygı düzeyi puanının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Rias ve ark., 2020).

Bu çalışmada COVID-19 aşı olma dozu arttıkça COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı artmaktadır. Bu durum düzenli aşı yaptıran kişilerin farkındalıklarının yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada çocuk sayısı azaldıkça COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı artmaktadır. Bu durum katılımcıların çoğunluğunun hastalık bulaştırma endişesi yaşaması bu sebeple daha çok dikkat etme ihtiyacı duymalarından kaynaklı olabilir. Bu çalışmada çocuk sahibi olma değişkeni ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında ilişki yoktur. Lee ve ark. (2021) Güney Kore halkı ile (n=970) yürüttüğü çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çalışmada yaş değişkeni ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bizim çalışmamıza benzer olarak Özşahin ve Arıbaş'ın (2021) Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerle (n=667) yürüttüğü çalışmasında da yaş COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Çin'de salgının hızlı yükseliş döneminde halkın (n=6910) COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacı ile yürütülen çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak yaş ile bilgi, tutum, davranış puanları arasında ilişki saptanmıştır (Zhong ve ark., 2020). Bu farklılık çalışmaların yürütüldüğü popülasyonların farklılığına Çin'in Türkiye'ye kıyasla sosyokültürel olarak daha heterojen olmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada cinsiyet ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında ilişki yoktur. Lee ve ark. (2021) Güney Kore halkı ile (n=970) yürüttüğü çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer, Hanawi ve ark. (2020) Suudi Arabistan halkı ile (n=3388) yürüttüğü çalışmasında ise COVID-19 Bilgisi ile cinsiyet değişkeni ilişki saptanmamışken, Tutum ve Davranışları arasında saptanmış ve kadınların erkeklere oranla daha yüksek COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışa sahip olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Özşahin ve Arıbaş'ın (2021) Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerle (n=667) yürüttüğü çalışmasında ise cinsiyet ile tutum ve davranışlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum iki çalışmanın yürütüldüğü bölgelerin farklılığına bağlı olabilir. Ceyhan ve Uzuntarla'nın (2020) akademisyenlerle (n=268) yürüttüğü araştırmasında kadınların erkeklere oranla COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanları yüksek bulunmuştur. Kadınlardaki COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışlarının erkeklere göre daha iyi düzeyde olmasının nedeni kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerinden kaynaklı olabilir. Bu durumun kadınların hijyene önem verme ve kurallara uyum

sağlama yeteneğinin erkeklere oranla daha yüksek olmasıyla bağdaştırılmaktadır. Nitekim Bangladeş'te yürütülen sistematik derlemede de erkeklerin (n=2110) yetersiz düzeyde COVID-19 tutumuna sahip olduğu görülmüştür (Raquib ve ark., 2022). Bu farklılıklar erkeklerin toplumsal yapılara göre kadınlara kıyasla sağlıklı yaşam biçimini daha az benimsemeleri, sağlık hizmetlerini daha az kullanmaları ile açıklanabilir.

Çalışmada medeni durum ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Hanawi ve ark. (2020) Suudi Arabistan halkı ile (n=3388) yürüttüğü çalışmasında medeni durum değişkeni ve davranış puanı arasında bir ilişki yokken, bilgi ve tutum puanları ile anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Bu durum çalışmanın yürütüldüğü yere, araştırma gruplarının özelliklerine bağlı olabilir.

Çalışmada gelir ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Lee ve ark. (2021) çalışmasında Güney Kore halkının (n=970) gelir seviyesi ile COVID-19 bilgisi arasında çalışmamıza benzer olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Kuzeybatı Etiyopya'da özel bir hastanede ayaktan tedavi gören hastaların (n=398) COVID-19 bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada gelir seviyesi COVID-19 bilgi, tutum ve davranışları arasında bir ilişki yoktur (Feleke ve ark., 2021). Özşahin ve Arıbaş'ın (2021) Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerle (n=667) yürüttüğü çalışmasında da gelir seviyesi ile COVID-19 tutum ve davranış arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hanawi ve ark. (2020) Suudi Arabistan halkı ile (n=3388) yürüttüğü çalışmasında gelir seviyesi ile bizim çalışmamızdan farklı olarak tutum ve davranış düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada yüksek gelirli bireylerin daha yüksek bilgi, tutum ve davranışa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu farklılık çalışmalardaki katılımcıların çoğunluğunun gelir farklılıklarından kaynaklı olabilir.

Çalışmada aile tipinin COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı ile ilişkisi yoktur. Özşahin ve Arıbaş'ın (2021) Trabzon ve Konya illerinde yaşayan kişilerle (n=667) yürüttüğü çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer biçimde aile tipi COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Çalışmada COVID-19'a bağlı ölüm kaygısı yaşamının COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Nhu ve ark. (2020) Vietnamlılarla (n=1999) yürüttüğü çalışmada salgın nedeni ile hastalık ve ölüm korkusu yaşama değişkeni ile COVID-19 tutum ve davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu farklılık çalışmaların farklı ölçeklerle yürütülmüş olmasından bizim çalışmamızdan daha erken yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmada alkol kullanma değişkeni ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum katılımcıların eğitim seviyelerinden COVID-19'a yönelik algı ve bilgi seviyelerinden kaynaklı olabilir. Gebretsadik ve ark. (2021) Etiyopya halkı ile (n=384) yürüttüğü çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak alkol tüketenlerde COVID-19 tutumlarının ve davranış puanlarının daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu farklılık bizim çalışmamızda alkol tüketen kişi sayısının daha az olmasından ve diğer çalışmanın hastane tabanlı yürütülmüş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada egzersiz yapma, uyku kalitesi ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum katılımcıların yaşam tarzları farklı olsa da pandemik ortamdan kaynaklanan toplumun uyarılara açık olmasına, COVID-19 bilgi, tutum ve davranış düzeyinin yüksek olmasına bağlı olabilir. Nitekim Çevik'in de belirttiği gibi pandemilerin önemli halk sağlığı sorunları olması, pandemi gibi durumlarda sağlık okuryazarlığının artması söz konusudur (Çevik, 2020).

Çalışmamızda sağlık sorunlarıyla ilgili genelde başvuru kurum ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum kişilerin eğitim seviyesinin yüksek olması, Türkiye'de sevk sisteminin olmaması ve başvuru kurumun beklenen sağlık eğitimi verme kapasitesinin benzer olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada COVID-19 teması olma değişkeni ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum katılımcıların

eğitim durumuyla COVID-19'a ilişkin bilginin yaygınlığın fazla olmasına dolayısıyla temaslı olmasa da kişilerin farkında olduklarıyla ilişkili olabilir.

Bu alışmada COVID-19 konusunda yeterli bilgiye sahip olma algısı ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış leği puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum katılımcıların sahip oldukları sağlık algısı, COVID-19 bilgi, tutum ve davranış algısının farklı olmasına bağlı olabilir.

Çalışmada COVID-19 sürecinde sosyal medyada zaman harcama değişkeni ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış leği puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum katılımcıların COVID-19 ile ilgili bilgi edindikleri kaynakların farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Öğrencilerin (n=529) COVID-19 bilgilerinin, tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada öğrencilerin pandemiyle ilgili bilgi edindikleri birincil kaynağın sosyal medya olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Öğrencilerin bilgi düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı Şekilde sosyal medyadan bilgi edinmek ve zaman harcamak ile COVID-19 bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir (Singh ve ark., 2020).

Çalışmamızda korelasyon bulgularına göre siberkondri puanı arttıka COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış leği puanı artsa da regresyon analizine göre siberkondri ile COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış leği puanı arasında anlamlılık yoktur. Bu durum pandemi sürecinde medyada konunun sıkka ele alınması bu kapsamda toplumda genel bir COVID-19 farkındalığı oluşması ile ilişkili olabilir. Nitekim araştırmamızda katılımcıların COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış leği puanı da yüksektir.

Siberkondri ve COVID-19 ilişkisini araştıran bir çalışmada halkın (n=2011) bizim çalışmamızdan farklı olarak siberkondrinin COVID-19'a yönelik davranışları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Zolotareva, 2022). Wu ve ark. (2021) halk ile (n=694) yürüttüğü çalışmada siberkondri arttıka COVID-19 bilgi düzeyi artmaktadır. Bu durum çalışmaların farklı bir kültürde yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir. Akademisyenlerle (n=289) yürütülen bir çalışmada akademisyenlerin internette sağlıkla ilgili bilgi arama davranışının fazla olduğu, COVID-19 pandemisinde bu durumun artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır

(Özyıldız ve Alkan, 2022). Bizim çalışmamızdan farklı olarak siberkondrinin COVID-19 Bilgi puanını etkilemesi çalışmanın akademisyenlerle yürütülmüş olmasından kaynaklı olabilir. Pandemi döneminde COVID-19 ve aşıya yönelik elde edilen bilgi ile siberkondri ilişkisini araştıran bir çalışmada halkın (n=677) siberkondrinin elde edilen bilgiler ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zheng ve Jiang, 2022). Çalışma sonucunun bizim çalışmamızdan farklı olmasının nedeni çalışmanın yöntemine ve kullanılan ölçeklerin farklı olmasına bağlı olabilir. Üniversitedeki öğrenciler ile (n=794) yürütülen bir çalışmada ise siberkondrinin COVID-19 pandemisinde öğrencilerin davranışlarında bir değişiklik yaratmadığı, siberkondri ve COVID-19 davranışları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Çalışma bu yönüyle bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Kurcer ve ark., 2022).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Katılımcıların %50'si COVID-19 geçirmiş, %25'i COVID-19 temaslı olmuştur.
- ✓ Katılımcıların %80.3'ünün COVID-19 ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, %80'inin COVID-19'a yönelik yeterli önlemleri aldığı, %88.3'ünün COVID-19 süresince hijyene daha çok dikkat ettiği, %75.8'inin aile ve çevresine COVID-19 bulaştırmaktan endişe duyduğu bulunmuştur.
- ✓ Araştırma grubundaki kişilerin üçte birinin COVID-19'tan dolayı ölüm kaygısı yaşadığı, %50'sinin pandemide pandemi öncesine kıyasla daha çok sosyal medyada zaman geçirdiği bulunmuştur.
- ✓ Katılımcıların %85.7'si COVID-19 aşısı olmuş, aşı olanların %50'si Biontech aşısı olmuştur.
- ✓ Katılımcıların üçte biri COVID-19 aşısı yaptırma tereddüdü yaşamaktadır.
- ✓ Araştırma grubunda katılımcıların COVID-19 aşısı tereddüt nedenlerine bakıldığında; katılımcıların üçte biri yan etkiler nedeniyle, üçte biri aşının kesin etkinliğini bilmediği için, dörtte biri ilaç firmalarının kar amacı gözettiğini düşündüğü için, %10'u yeterli kontrol aşamalarından geçmediği için, sosyal medyada aşılarla ilgili yer alan olumsuz haberler nedeniyle %3.3'ü dini nedenler nedeniyle COVID-19 aşılarını yaptırmaya yönelik tereddüt yaşadığını belirtmiştir.

- ✓ Katılımcıların üçte biri aşının güvenli ve etkili olduğu kanıtlanırsa aşı olma tavsiyesine uyacağını, yeterince insan olumsuz yan etki olmadan güvenli bir şekilde aşılanırsa aşı olacağını, güvenilir bir sağlık çalışanı aşı olmasını söylerse aşı olacağını, %10'u da sosyal medyada aşılama teşvik edilirse aşı olmayı tercih edeceğini belirtmiştir.
- ✓ Katılımcıların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları puan 39.55 ± 08.30 'dur. Katılımcılar düşük düzeyde siberkondri seviyesine sahiptir.
- ✓ Katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Envanteri Kısa Versiyonu'ndan aldıkları puan 12.79 ± 11.96 'dır. Katılımcılar düşük düzeyde sağlık anksiyetesine sahiptir.
- ✓ Araştırmamızda COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanı 80.67 ± 13.14 'tür. Ölçekten alınan minimum puan 41.67, maksimum puan 100.00'dür. Katılımcılar yüksek düzeyde bilgi, tutum ve davranışa sahiptir. Çalışmamızda Bilgi puanı 87.37 ± 18.74 ; Tutum puanı 72.89 ± 16.91 ; Davranış puanı 81.75 ± 20.05 'tir.
- ✓ COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği puanı alt sosyal sınıfta olan kişilerde, genel sağlık algısı iyi olmayanlarda, COVID-19'a yönelik önlem almayanlarda, COVID-19 sürecinde hijyene dikkat etmeyenlerde, COVID-19'u bulaştırmaktan endişelenmeyenlerde, iki tür (Hem Biontech hem Sinovac) COVID-19 aşısı olmayanlarda, COVID-19 aşısı tereddüdü olanlarda, dini nedenler dolayısıyla COVID-19 aşısı olmak istemeyenlerde anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca çocuk sayısı ve sağlık anksiyetesi puanı azaldıkça, COVID-19 aşısı olma dozu arttıkça, COVID-19 bilgi, tutum ve davranış puanı artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- ✓ Aşı karşıtlığı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu kapsamda kişilerin aşının olumlu etkileri, önemi konusunda bilgilendirilmesi, bu konuda medyada, çeşitli platformlarda aşı karşıtı bilgilendirme ve algı yönetimi yapan odak noktalarıyla mücadele edilmesi önemlidir.
- ✓ Toplumun COVID-19 konusunda bilinçlendirilmesi ve bu konuda eğitim verilmesi toplum sağlığı üzerinde etkili olacaktır.
- ✓ Toplumun COVID-19 gibi bulaşıcı olan enfeksiyonlara karşı enfeksiyon hastalıklarından korunmanın yanı sıra, enfeksiyon hastalıkları nedeni ile oluşan ciddi sakatlıkların veya ölümlerin azaltılmasında en etkin yöntem olan aşılama hakkında bilgilendirilmesi toplumun sağlığının korunmasında faydalı olacaktır.
- ✓ Toplumun, sağlık algısını belirleyen sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili bilgi düzeylerinin araştırılması bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında dolayısıyla COVID-19 gibi enfeksiyonlara karşı etkin önlemler alınmasında yardımcı olacaktır.
- ✓ Toplumun salgın hastalıklardan korunma ve hastalıkların yayılımı konusunda rutin hijyen kuralları, hijyen davranışları, dezenfeksiyon kavramı ve hastalıkların bulaş şekilleri hakkında sürekli olarak bilgilendirilmesi hastalıklardan korunmada ve hastalıkların yayılımını engellemede oldukça etkili bir yönetime dönüşecektir.
- ✓ Toplumun COVID-19 konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının analizi; kriz yönetimi, dezavantajlı grupların tespiti ve gereksinimlerinin belirlenmesi gibi konularda plan ve programların geliştirilmesi açısından faydalı olacaktır. Bu durum toplumda sağlık anksiyetesi, siberkondrinin de azalmasına yol açacaktır.

- ✓ COVID-19 bilgi, tutum ve davranışların farklı değişkenler ile değerlendirilmesi alınacak önlemler ve uygulamalar hakkında yol gösterici olacaktır.
- ✓ Siberkondri ve sağlık anksiyetesi araştırmalarının artırılması toplumun mental sağlığına müdahalelerde yol gösterici olacaktır.
- ✓ Sağlık anksiyetesinin COVID-19 bilgi, tutum ve davranışları ile ilişkili olması sebebi ile sağlık anksiyetesini azaltıcı çalışma ve eğitimlerin artırılması halk sağlığının geliştirilmesinde etkili olacaktır.
- ✓ Pandemi ile birlikte internetten sağlıkla ilgili bilgi edinme oranında artış görülmüştür. Bu sebeple bireylerin doğru bilgiye ulaşabileceği sağlıkla ilgili dijital platformların oluşturulması ve denetlenmesi toplumun sağlık okuryazarlığına katkı sağlayacak ve toplumu yanlış sağlık bilgilerinin zararlarından koruyacaktır.
- ✓ Çalışmamız olan araştırma tasarımının farklı örneklerde yürütülmesi literatüre katkı sağlayacaktır.
- ✓ Bu tür çalışmaların farklı sosyodemografik değişkenlerle, farklı çalışma gruplarında ve Türkiye örneğinde uygulanmasının, elde edilecek verilerin kapsamının genişletilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir
- ✓ Halk sağlığını korumayı ve geliştirmeyi önceleyen politikaların sağlık sisteminin temelini oluşturması hem toplumun hem de sağlık sisteminin benzer durumlardaki baş etme kapasitesini arttırmaya olumlu katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Abdelsattar, M., Derar, E., Salem, A. A. M., ve Al-Mujaim, F. (2021). Cyberchondria Severity, Health Anxiety, and Health Locus of Control: The Mediation Role of Covid-19 Anxiety. *Asean Journal of Psychiatry*, 22(2).
- Abel, T., and McQueen, D. (2020). Critical Health Literacy and The COVID-19 Crisis. *Health Promotion International*, 35(6), 1612-1613.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Alimoradi, Z., Griffiths, M. D., Chen, H. P., Broström, A., ... and Pakpour, A. H. (2022). Cyberchondria, fear of COVID-19, and risk perception mediate the association between problematic social media use and intention to get a COVID-19 vaccine. *Vaccines*, 10(1), 122.
- Akbal, E., ve Gökler, M. E. (2020). Covid-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5, 148-155.
- Akbiyık, A., ve Avşar, Ö. (2020). Coronavirüs enfeksiyonu hastalığının (COVID-19) epidemiyolojisi ve kontrolü. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 109-116.
- Akkuzu, H. (2019). Üniversite öğrencilerinde sosyal zekâ ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Al-Ghabban, S. I. (2022). Knowledge, Attitude and Practice toward COVID-19 among Iraqi Adults in Karbala: KAP toward COVID-19 among Iraqi adults in Karbala. *Iraq Medical Journal*, 6(4).
- Al-Hanawi, M. K., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A., Helmy, H. Z., Abudawood, Y., ... and Alsharqi, O. (2020). Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 8, 217.
- Alicilar, H. E., Güneş, G., ve Meltem, Çöl. (2020). Toplumda Covid-19 Pandemisiyle İlgili Farkındalık, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5, 1-16.
- Alpyıldız, G., ve Aslan, D. (2020). Yeni koronavirüs hastalığı (covid-19) ile ilgili yanlış bilgilerle mücadele yöntemleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 457-464.
- Alshrari, A. S., Hudu, S. A., Imran, M., Asdaq, S. M. B., Ali, A. M., and Rabbani, S. I. (2021). Innovations and development of COVID-19 vaccines: A patent review. *Journal of Infection and Public Health*.
- Alshrari, A. S., Hudu, S. A., Imran, M., Asdaq, S. M. B., Ali, A. M., and Rabbani, S. I. (2021). Innovations and development of Covid-19 vaccines: A patent review. *Journal of infection and public health*.
- Altın, Z. (2020). Covid-19 pandemisinde yaşlılar. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30, 49-57.
- Altınsoy, H. B., Çalışkan, E., Şahin, İ. E., Naldemir, İ., Karadağ, M., ve Boğan, M. (2021). Acil pandemi polikliniğine başvuran ve COVID-19 şüphesiyle değerlendirilen hastaların retrospektif analizi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(2), 171-175.
- Alzoubi H, Alnawaiseh N, Lubad MA, Aqel A, Al-Shagahin H. (2020). COVID-19 Knowledge, Attitude and Practice Among Medical and Non-Medical University Students in Jordan. *J Pure Appl Microbiol*; 14(1):17–24. doi:10.22207/JPAM.14.1.04
- Argüt, N., Yetim, A., ve Gökçay, G. (2016). Aşı kabulünü etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi*, 16(1), 16-24.

Arsenakis, S., Chatton, A., Penzenstadler, L., Billieux, J., Berle, D., Starcevic, V., ... and Khazaal, Y. (2021). Unveiling the relationships between cyberchondria and psychopathological symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 254-261.

Asaad AM, El Sokkary RH, Alzamanan MA, et al. Knowledge and attitudes towards Middle East respiratory syndrome-coronavirus (MERS-CoV) among health care workers in south-western Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2019; 25: 079.

Avçin, E., ve Erkoç, B. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde sağlık anksiyetesi, yaşam doyumu ve ilişkili değişkenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (17), 1-13

Aydemir, Ö., Kirpınar, I., Sati, T., Uykur, B., ve Cengiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).

Aygün, S. (2021). Sağlık Yönetimi ve Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü öğrencilerinin siberkondri düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *Int J Behav Med*, 1-11.

Baumgartner SE, Hartmann T (2011) The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 14:613–618.

Beck, A. M., Piontek, A. J., Wiedenman, E. M., and Gilbert, A. (2022). Perceptions of COVID-19 Mitigation Strategies between Rural and Non-Rural Adults in the US: How Public Health Nurses Can Fill the Gap. *Nursing Reports*, 12(1), 188-197.

Belli, M. (2022). The effect of coronavirus fear on cyberchondria level in students studying in the field of health. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 5(2), 142-151.

Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., and Bandari, D. K. (2020). Knowledge and perceptions of COVID-19 among health care workers: cross-sectional study. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e19160.

Biswas, M. R., Alzubaidi, M. S., Shah, U., Abd-Alrazaq, A. A., and Shah, Z. (2021). A scoping review to find out worldwide COVID-19 vaccine hesitancy and its underlying determinants. *Vaccines*, 9(11), 1243.

Boratav, K. (1991). 1980'li yıllarda Türkiye'de sosyal sınıflar ve bölüşüm (Vol. 7). *Gerçek Yayınevi*.

Bozkurt, Y., Zeybek, Z., ve Aşkın, R. (2020). Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.

Bozo, Ö. (2022). Kaygı Sarmalı: Sağlık Kaygısı Olan Bireylerin Kişisel Deneyimlerinin Nitel Bir İncelemesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 42(1), 165-198.

Budak, F., ve Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 62-79

Bulut, R., ve Pınar, Ç. (2020). Covid-19 pandemisi döneminde Türkiye'de istihdam ve işsizlik. *Oğuzhan Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 217-225.

Buran, D., ve İlhan, M. N. (2021). COVID-19: Korunma Stratejileri. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 136-143.

Ceyhan, S. Ve Uzuntarla, Y. (2020). Akademik COVID-19'a yönelik bilgi, eğitim ve çocuk yetiştirmek. *Türk Araştırmaları*, 15 (6), 259-276.

Center for Disease Control and Prevention. (2022). Center for Disease Control and Prevention Epi Info™, division of health informatics and surveillance (DHIS), center for surveillance, epidemiology and laboratory services (CSELS). Erişim tarihi: 04.08.2021
<https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html>

Chan, E. Y. Y., Huang, Z., Lo, E. S. K., Hung, K. K. C., Wong, E. L. Y., and Wong, S. Y. S. (2020). Sociodemographic predictors of health risk perception, attitude and behavior practices associated with health-emergency disaster risk management for biological hazards: the case of COVID-19 pandemic in Hong Kong, SAR China. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3869.

Clements, J. M. (2020). Knowledge and behaviors toward COVID-19 among US residents during the early days of the pandemic: cross-sectional online questionnaire. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e19161.

T. T. B. (19). Danışma ve İzleme Kurulu. (2020). *COVID-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu*.

Çevik, C. Halk Sağlığı ve Ulusal Güvenlik Sorunu Olarak Pandemiler. Modernitenin pandemik halleri: maskeli, mesafeli, kırılğan içinde (2020). *Nobel Akademik Yayıncılık*. ISBN: 978-625-406-433-3. S:357-372.

Çevik, C., Ergün, S., Aldemir, İ., ve Şence, S. (2018). Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan Kişilerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(2), 109-116.

Çevirme, A., ve Gökçay, G. (2022). Üniversite Öğrencilerinin Covid-19 Bilgi, Tutum ve Sağlık Davranışları ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkili Diğer Faktörler. *Icontech International Journal Of Surveys, Engineering, Technology Issn 2717-7270 Volume 6 (2022) Issue 3*.

Çınar, F., ve Müşerref, Oğuz. (2020). Türkiye’de Covid-19 Pandemisine Yönelik Stratejilerin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 1-11.

Çobanoğlu, N. (2020). Covid-19 pandemisi ile değişen yaşamlar ve toplumsal değerlerimiz. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(COVID-19), 90-94.

Dayan, S. (2021). COVID-19 ve Aşı. *Dicle Tıp Dergisi*, 48, 98-113.

Demirağ, H., ve Hintistan, S. (2020). Covid-19’un klinik yönetimi ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 222-231.

Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.

Deveci, S., Çevik, C., Baydur, H., Onsu, F., Tosun, S., ve Ergor, A., (2020). COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim tarihi: 04. 08. 2021. <https://uhsk.org/2020/kongre-kitabi.pdf>

Deveci, S., Çevik, C., Baydur, H., Onsu, F., Tosun, S., ve Ergor, A., (2023). Validity and Reliability of the Covid-19 Knowledge, Attitude and Behavior Scale. *Vaccines* 2023, 11(2), 317; <https://doi.org/10.3390/vaccines11020317>

Dikmen, A. U., Kına, M. H., Özkan, S., ve İlhan, M. N. (2020). Covid-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of biotechnology and strategic health research*, 4, 29-36.

Doğan, S., Füsün, Acar., ve Doğan, T. G. B. (2021). İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondria davranışları üzerine etkisi. *Erciyes Akademi*, 35(1), 281-298.

Doğanyığıt, P. B., ve Keçeligil, H. T. Covid-19 Pandemi Sürecinde Bireylerin Sağlık Kaygılarının Siberkondri Üzerindeki Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 355-362.

Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*. (2016) 57:390–400. doi: 10.1016/j.psych.2016.02.002

DSÖ (2021). Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? Makalesi. (07/12/2022 tarihinde <https://www.who.int/> adresinden ulaşılmıştır)

DSÖ (2021). Side Effects of COVID-19 Vaccines Makalesi. (23/12/2021 tarihinde <https://www.who.int/> adresinden ulaşılmıştır)

DSÖ (2022). TAG-VE statement on Omicron sublineages BQ.1 and XBB Makalesi (14/01/2023 tarihinde <https://www.who.int/> adresinden ulaşılmıştır)

DSÖ (2022). Tracking SARS-CoV-2 variants Makalesi (<https://www.who.int/activities/tracking-sarscov-2-variants> internet sitesinden 29.11.2022 tarihinde yararlanılmıştır)

Duran, M. S., ve Mustafa, Acar. (2020). Bir virüsün dünyaya ettikleri: covid-19 pandemisinin makroekonomik etkileri. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 10(1), 54-67.

Ekinci, Y., Tutgun-Ünal, A., Bayse, R., Ekinci, A., ve Tarhan, N. (2021). Siberkondri, Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyo-Ekonomik Statü İlişkisi Bağlamında X ve Y Kuşağına Yönelik Bir Araştırma. *Istanbul Arel Üniversitesi İletişim Çalışmaları Dergisi*, 9(20), 117-148.

Elciyar, K., ve Taşcı, D. (2017). Siberkondri ciddiyet ölçeğinin Anadolu üniversitesi iletişim bilimleri fakültesi öğrencilerine uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 57-70.

Elhai, J. D., McKay, D., Yang, H., Minaya, C., Montag, C., and Asmundson, G. J. (2021). Health anxiety related to problematic smartphone use and gaming disorder severity during COVID-19: Fear of missing out as a mediator. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(1), 137-146.

Erdem, İ. (2020). Koronavirüse (Covid-19) Karşı Türkiye'nin Karantina ve Tedbir Politikaları. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).

Erdogan, A., ve Hocaoglu, Ç. (2020). Cyberchondria: A Review/Siberkondria: Bir Gozden Gecirme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler/Current Approaches to Psychiatry*, 12(4), 435-444.

Erdoğan, T., Aydemir, Y., Aydın, A., İnci, M. B., Ekerbiçer, H., Muratdağı, G., ve Kurban, A. (2020). İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 1-10.

Erfani, A., Shahriarirad, R., Ranjbar, K., Mirahmadizadeh, A., and Moghadami, M. (2020). Knowledge, attitude and practice toward the novel coronavirus (COVID-19) outbreak: a population-based survey in Iran. *Bull world Health organ*, 30(10.2471), 10-2471.

Ergüney-Okumuş, F. E. ve Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78.

Erhan, Kaya Erdoğan, A., ve Temizer, M. Türkiye'de Sağlık Bakanlığında Halk Sağlığı Uzmanları COVID-19 Pandemisinde Nasıl Rol Aldı? *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(1), 23-31.

Esen, A. D., Kafadar, D., ve Arıca, S. (2018). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med*, 7(1), 5-13.

- Feleke, B. T., Wale, M. Z., and Yirsaw, M. T. (2021). Knowledge, attitude and preventive practice towards COVID-19 and associated factors among outpatient service visitors at Debre Markos compressive specialized hospital, north-west Ethiopia, 2020. *Plos one*, 16(7), e0251708.
- Ferdous, M. Z., Islam, M. S., Sikder, M. T., Mosaddek, A. S. M., Zegarra-Valdivia, J. A., and Gozal, D. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. *PloS one*, 15(10), e0239254.
- Fox, S., and Duggan, M. (2013). Health online 2013. *Health*, 2013, 1-55.
- Gebretsadik, D., Gebremichael, S., and Belete, M. A. (2021). Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 pandemic among population visiting Dessie Health Center for COVID-19 screening, Northeast Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 14, 905.
- Gülbetekin, E., Fatma, Gül ve Yunus, Tunç. (2022). Covid-19 Sürecinde Hemşirelerin Sağlık Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 21-22.
- Güzel, S., and Özer, Z. (2021). Kalp hastalarında siberkondria düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 12(27), 36-46.
- Han, L., Zhan, Y., Li, W., Xu, Y., Xu, Y., and Zhao, J. (2021). Associations between the perceived severity of the COVID-19 pandemic, cyberchondria, depression, anxiety, stress, and lockdown experience: Cross-sectional survey study. *JMIR public health and surveillance*, 7(9), e31052.
- He, X., Hong, W., Pan, X., Lu, G., and Wei, X. (2021). SARS-CoV-2 Omicron variant: characteristics and prevention. *MedComm*.
- Heinen, A., Varghese, S., Krayem, A., and Molodynski, A. (2022). Understanding health anxiety in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1756-1763.
- Huang, Y., and Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954.
- Huynh G, Nguyen TNH, Tran VK, et al. Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pac J Trop Med* 2020; 13: 280396.
- İnkaya, A. Ç., Er, A. G., Demir, A. U., Ertenli, A. İ., Alp, A., Topeli İskit, A., ... ve Taş, Z. (2021). Covid-19 Pandemi Raporu (20 Mart-20 Kasım 2020).
- İşlek, E., Özatkan, Y., Uslu, M. K. B., Arı, H. O., Çelik, H., ve Yıldırım, H. H. (2021). Türkiye’de Covid-19 Pandemisi Yönetimi ve Sağlık Politikası Stratejileri. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(2), 54-65.
- Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., and Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of clinical nursing*.
- Johns Hopkins Medicine (2022). Coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2). (29/11/2022 tarihinde <https://www.hopkinsguides.com> adresinden ulaşılmıştır)
- Jokic-Begic, N., Lauri Korajlija, A., and Mikac, U. (2020). Cyberchondria in the age of COVID-19. *PLoS One*, 15(12), e0243704.
- Jungmann, S. M., and Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal of anxiety disorders*, 73, 102239.

- Kadioğlu, B. U., Soylar, P., ve Güneş, G. Üniversite ğrencilerinin Koronavirüs Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(4), 36-49.
- Karadag, H. (2020). Covid-19'a ile Mücadele: Pandemiye Karşı Ulusal Tedbirler. *Global Akademi Konuşmaları, No.2*
- Kartal, Y. A., ve Kaya, L. Covid-19 Salgınında Ebelik ğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3) 541-555.
- Kasatpibal, N., Oberdorfer, P., Katip, W., Mektrirat, R., Wattananandkul, U., and Thummathai, K. (2022). Factors Predicting Practices in Prevention of COVID-19 and İmpacts Among population in Chiang Mai, Thailand. *Medicina*, 58(4), 505.
- Kazak, A., Hintistan, S., ve Betül, nal. (2020). Dünyada ve Türkiye'de Covid-19 Aşı Geliştirme Çalışmaları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(4), 571-575.
- Kebede, Y., Yitayih, Y., Birhanu, Z., Mekonen, S., and Ambelu, A. (2020). Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia. *PloS one*, 15(5), e0233744.
- Kıraç, R. (2019). Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: Yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi. Doktora Tezi).
- Kıssal, A. (2020). Sağlık Bilimleri ğrencilerinin COVID-19 Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları: Derleme Çalışması. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 10(3), 391-403.
- Kocabaş, A. (2020). Eşitsizlik ve COVID-19. *Türk Tabipler Birliği*, 394, 414.
- Kulu, M., ve zsoy, F. (2021). Sağlık çalışanları dışı toplumsal örneklemde COVID-19 anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(Supp: 1), 112-117.
- Kurcer, M. A., Erdogan, Z., ve Cakir Kardes, V. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 132-140.
- Kutlu, R. (2020). Yeni Koronavirüs pandemisi ile ilgili ğrendiklerimiz, tanı ve tedavisindeki güncel yaklaşımlar ve Türkiye'deki durum. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 329-344.
- Kütahya, G. (2019). Yetişkin Kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (Dteds) lçeğinin Beslenme Durumu ile İlişkisinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi
- Lafçı, D., ve Gündüz, V. D. (2022). Hemşirelerin Koronavirüs Hastalığına (COVID-19) Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 538-553.
- Lake, E. A., Demissie, B. W., Gebeyehu, N. A., Wassie, A. Y., Gelaw, K. A., and Azeze, G. A. (2021). Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(2), e0247204.
- Lee, M., Kang, B. A., and You, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health*, 21(1), 1-10.
- Li, L., Wang, F., Shui, X., Liang, Q., and He, J. (2022). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among college students in China: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 17(6), e0270038.

- Limbu, D. K., Piryani, R. M., and Sunny, A. K. (2020). Healthcare workers' knowledge, attitude and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. *PloS one*, 15(11), e0242126.
- Liu, Y., Yan, L. M., Wan, L., Xiang, T. X., Le, A., Liu, J. M., ... and Zhang, W. (2020). Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *The Lancet infectious diseases*, 20(6), 656-657.
- Maftai, A., and Holman, A. C. (2020). Cyberchondria during the coronavirus pandemic: the effects of neuroticism and optimism. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Masoud, A. T., Zaazouee, M. S., Elsayed, S. M., Ragab, K. M., Kamal, E. M., Alnasser, Y. T., ... and Abushouk, A. I. (2021). KAP-COVIDGLOBAL: A multinational survey of the levels and determinants of public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19. *BMJ open*, 11(2), e043971.
- Memikoğlu, O., ve Genç, V. (2020). Covid-19. *E-Kitap, Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara*.
- Metintaş, S. (2020) Pandemi Seyrinin Başlıca Belirleyicileri. (www.solunum.org.tr adresinden 23/12/2021 tarihinde ulaşılmıştır).
- Mohd Hanafiah, K., and Chang, D. W. (2020). Public knowledge, perception and communication behavior surrounding COVID-19 in Malaysia. *researchgate.net*.
- Monajjemi, M., Sayiner, H. S., Kandemirli, F., and Mollaamin, F. (2022). An overview on lambda, epsilon, kappa, iota and zeta variants of covid-19 and its probability to merge with delta and delta plus, why it is a concern. *Biointerf. Res. Appl. Chem*, 5(12), 6895-6914.
- Mose, A., Zewdie, A., and Sahle, T. (2022). Pregnant women's knowledge, attitude, and practice towards COVID-19 infection prevention in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 17(10), e0276692.
- Nallı, B., Şükran, K. Ö. S. E., Demir, Ö., Gökmen, E., Özdağ, E., ve Mandıracıoğlu, A. Eczacılar da Covid-19 ve Tedavisine Yönelik Bilgi Düzeyi Ölçülmesi. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*, 46(1), 1-10.
- Nwagbara, U. I., Osual, E. C., Chireshe, R., Bolarinwa, O. A., Saeed, B. Q., Khuzwayo, N., and Hlongwana, K. W. (2021). Knowledge, attitude, perception, and preventative practices towards COVID-19 in sub-Saharan Africa: A scoping review. *PLoS One*, 16(4), e0249853.
- Oniszczenko, W. (2021). Anxious temperament and cyberchondria as mediated by fear of COVID-19 infection: A cross-sectional study. *Plos one*, 16(8), e0255750.
- Ozen, G., Koc, H., ve Aksoy, C. (2020). Health anxiety status of elite athletes in COVID-19 social isolation period. *Bratislavske lekarske listy*, 121(12), 888-893.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özşahin, F., ve Arıbaş, A. N. Covid-19'a Yönelik Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(2), 391-401.
- Özyıldız, K. H., ve Alkan, Ü. A. (2022). Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri ile Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*, 13(33).
- Pala, S. Ç., ve Metintas, S. (2020). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 5, 156-168.

- Paudel, S., Shrestha, P., Karmacharya, I., and Pathak, O. K. (2020). Knowledge, attitude, and practices (KAP) towards COVID-19 among Nepalese residents during the COVID-19 outbreak: An online cross-sectional study.
- Paul, A., Sikdar, D., Hossain, M. M., Amin, M. R., Deebea, F., Mahanta, J., ... and Nath, T. K. (2020). Knowledge, attitudes, and practices toward the novel coronavirus among Bangladeshis: Implications for mitigation measures. *PloS one*, 15(9), e0238492.
- Prasad Singh, J., Sewda, A., and Shiv, D. G. (2020). Assessing the knowledge, attitude and practices of students regarding the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Management*, 22(2), 281-290.
- Prasad Singh, J., Sewda, A., ve Shiv, D. G. (2020). Assessing the knowledge, attitude and practices of students regarding the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Management*, 22(2), 281-290.
- Puspitasari, I. M., Yusuf, L., Sinuraya, R. K., Abdulah, R., and Koyama, H. (2020). Knowledge, Attitude, and Practice During The COVID-19 Pandemic: a review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 727-733.
- Rashedi, J., Mahdavi Poor, B., Asgharzadeh, V., Pourostadi, M., Samadi Kafil, H., Vegari, A., ... and Asgharzadeh, M. (2020). Risk factors for COVID-19. *Infez Med*, 28(4), 469-474.
- Raquib, A., Raquib, R., Jamil, S., Hossain, A., Al-Mamun, F., and Mamun, M. A. (2022). Knowledge, Attitudes, and Practices toward the prevention of COVID-19 in Bangladesh: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*, 9.
- Rias, Y. A., Rosyad, Y. S., Chipojola, R., Wiratama, B. S., Safitri, C. I., Weng, S. F., ... and Tsai, H. T. (2020). Effects of spirituality, knowledge, attitudes, and practices toward anxiety regarding COVID-19 among the general population in Indonesia: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3798.
- Roy, D., Shuvo, S. D., Hossain, M. S., Riazuddin, M., Mazumdar, S., Mondal, B. K., and Zahid, M. A. (2022). Knowledge, attitudes, practices, and its associated factors toward COVID-19 pandemic among Bangladeshi older adults. *Plos one*, 17(12), e0275065.
- Rucska, A., and Lakatos, C. (2022). Changing of Health Anxiety in Disadvantaged Population During the Pandemic. *European Journal of Natural Sciences and Medicine*, 5(2), 96-110.
- Saadatjoo, S., Miri, M., Hassanipour, S., Ameri, H., and Arab-Zozani, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices of the general population about Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis with policy recommendations. *Public Health*, 194, 185-195.
- Sabandüzen, H., ve Kavaklı, Ö. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Siberkondri Düzeylerinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 190-200.
- Sallam M, Dababseh D, Yaseen A, Al-Haidar A, Ababneh NA, Bakri FG, Mahafzah A. (2020) Conspiracy beliefs are associated with lower knowledge and higher anxiety levels regarding COVID19 among students at the University of Jordan. DOI: 10.21203/rs.3.rs-23343/v1
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., ... and Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110207.
- Santoro, G., Starcevic, V., Scalone, A., Cavallo, J., Musetti, A., and Schimmenti, A. (2022). The Doctor Is In (ternet): The Mediating Role of Health Anxiety in the Relationship between Somatic Symptoms and Cyberchondria. *Journal of Personalized Medicine*, 12(9), 1490.
- Selçuk, K. T., Cevik, C., Baydur, H. ve Meseri, R. (2020). Validity and reliability of the Turkish version of the self-perceived food literacy scale. *Progress in Nutrition*, 22(2), 671-677.

- Shailaja, B., Shetty, V., Chaudhury, S., and Thyloth, M. (2020). Exploring cyberchondria and its associations in dental students amid COVID-19 infodemic. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(2), 257.
- Singh, P. K., Anvikar, A., and Sinha, A. (2022). COVID-19 Related Knowledge, Attitudes, and Practices in Indian Population: An online national cross-sectional survey. *PloS one*, 17(3), e0264752.
- Sondakh, J. J., Warastuti, W., Susatia, B., Wildan, M., Sunindya, B. R., Budiyanto, M. A. K., and Fauzi, A. (2022). Indonesia Medical Students' Knowledge, Attitudes, and Practices Toward COVID-19. *Heliyon*, 8(1), e08686.
- Starcevic, V., and Aboujaoude, E. (2015). Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21st century?. *World Psychiatry*, 14(1), 97.
- Starcevic, V., and Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Sujarwoto, S., Holipah, H., and Maharani, A. (2022). A Cross-Sectional Study of Knowledge, Attitudes, and Practices concerning COVID-19 Outbreaks in the General Population in Malang District, Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4287.
- Şener, A. (2020). Covid-19 (SARS Cov-2) Tedavisi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4, 97-104.
- Şengül, E., Ve Egemen, Ünal (2020). Covid-19 Salgınında Halk Sağlığı Yönetimi. *Medical Research Reports*, 3(Özel Sayı), 162-171.
- Şenol, Z. (2020). COVID-19 krizi ve finansal piyasalar. *Para ve finans*, 75, 124.
- Şirin, H., Ketrez, G., Ahmadi, A. A., Arslan, A., Altunel, E., Güneş, İ. S., ... ve Hasde, M. (2020). Türkiye'de COVID-19'a yönelik toplum yaklaşımı: ilk vaka görüldükten bir ay sonra. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 77(4), 381-398.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2021). Kademeli Normalleşme Tedbirleri Genelgesi (03.01.2022 tarihinde adresinden ulaşılmıştır).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Covid-19 Bilgilendirme Sayfası. (23/12/2021 tarihinde <https://covid19.saglik.gov.tr/> adresinden ulaşılmıştır)
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi (29/11/2022 tarihinde <https://covid19.saglik.gov.tr/> adresinden ulaşılmıştır)
- Tanriverdi, G., Gürsoy, M. Y., ve Özsezer, G. (2020). Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımıyla Covid-19 Pandemisi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 126-142.
- Tao, K., Tzou, P. L., Nouhin, J., Gupta, R. K., de Oliveira, T., Kosakovsky Pond, S. L., ... and Shafer, R. W. (2021). The biological and clinical significance of emerging SARS-CoV-2 variants. *Nature Reviews Genetics*, 22(12), 757-773.
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., ve Ekinci, Y. Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(37), 4253-4297
- Tunç, S. K., ve Toprak, M. E. (2020). Diş hekimlerinin COVID-19 enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarına etki eden sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(COVID-19 Özel Sayı), 33-38.
- Turan, A., ve Çelikyay, H. H. (2020). Türkiye'de Covid-19 ile mücadele: politikalar ve aktörler. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 1-25.
- Turan, H. İnternet Bağımlılığı ve Siberkondri. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-27.

- Tutku, Ekiz., Ilıman, E., ve Dönmez, E. (2020). Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 139-154.
- Türken, M., ve Köse, Ş. (2020). Covid-19 bulaş yolları ve önleme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30, 36-42.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. (<https://data.tuik.gov.tr/> adresinden 07/11/2022 tarihinde ulaşılmıştır).
- Uzun, S. U. (2016). Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler.
- Üçgün, A. B., ve Yavuz, C. (2021). Covid-19 Pandemisinin Hatırlattıkları: Temizlik ve Dezenfeksiyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(5), 351-357.
- Üstün, Ç., ve Özçiftçi, S. (2020). Covid-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: Bir değerlendirme çalışması. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25(Special Issue on COVID 19), 142-153.
- Üstüner Top, F., Çevik, C., ve Güneş, N. B. (2023). The relation between digital literacy, cyberchondria, and parents' attitudes to childhood vaccines. *Journal of Pediatric Nursing*, 70, 12-19.
- Varlı, Ü., ve Alankaya, N. (2022). Effect of health anxiety on disease perception and treatment compliance in elderly patients during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 84-90.
- Varma, R., Das, S., and Singh, T. (2021). Cyberchondria amidst Covid-19 pandemic: Challenges and management Strategies. *Frontiers in psychiatry*, 12, 399.
- Varol, G., ve Varol, B. T. (2020). Halk Sağlığı Boyutuyla Türkiye’de Covid-19 Pandemisinin Değerlendirmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 8(3), 579-594
- Vermisli, S., Cevik, E., ve Cevik, C. (2022). The Effect of Perceived Stress and Digital Literacy on Student Satisfaction with Distance Education. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56.
- Wake, A. D. (2020). Knowledge, Attitude, Practice, and Associated Factors Regarding The Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Infection and drug resistance*, 3817-3832.
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., and Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, health and medicine*, 26(1), 13-22.
- Wheaton, M. G., Messner, G. R., and Marks, J. B. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100605.
- White, R. W., and Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37.
- Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, et al. Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the U.S. outbreak: a cross-sectional survey. *Ann Intern Med* 2020; 173: 100–109.
- Wolf, M. S., Serper, M., Opsasnick, L., O’Conor, R. M., Curtis, L., Benavente, J. Y., ... and Bailey, S. C. (2020). Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the US outbreak: a cross-sectional survey. *Annals of internal medicine*, 173(2), 100-109.

- Wu, X., Nazari, N., and Griffiths, M. D. (2021). Using fear and anxiety related to COVID-19 to predict cyberchondria: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e26285.
- Yalçın, E. (2021). Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve Covid-19 korkusu ilişkisinde sağlık anksiyetesi ve siberkondirinin aracı rolü (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Yavuz, E. (2020). COVID-19 aşılıları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 223-234.
- Yesse, M., Muze, M., Kedir, S., Argaw, B., Dengo, M., Nesre, T., ... and Ayelign, H. (2021). Assessment of knowledge, attitude and practice toward COVID-19 and associated factors among health care workers in Silte Zone, Southern Ethiopia. *PloS one*, 16(10), e0257058.
- Yıldızdal, C., Önder, Ç., ve Demir, F. Covid 19 Pandemisinde Halk Sağlığı Hemşireliği. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 2(2), 128-150.
- Yılmaz, Y., Bahadır, E., ve Erdoğan, A. (2021). Siberkondria, anksiyete duyarlılığı, bedensel duyularını abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24.
- Yiğit, T., Oktay, B. Ö., Özdemir, C. N., ve Moustafa Paşa, S. (2020). Aşı karışıklığı ve fikri gelişimi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*.
- Yorguner, N., Bulut, N. S., ve Akvardar, Y. (2021). COVID-19 Salgını Sırasında Üniversite Öğrencilerinin Karşılaştığı Psikososyal Zorlukların ve Hastalığa Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 58(1), 3-10.
- Zelege, A. M., ve Bayeh, G. M. (2022). Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19 and Associated Factors Among Pregnant Women at Debarq Town Northwest Ethiopia: An Institutional-based Cross-sectional Study. *World Journal of Advanced Science and Technology*, 1.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., and You, G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183-187.
- Zheng, H., and Jiang, S. (2022). Linking the pathway from exposure to online vaccine information to cyberchondria during the COVID-19 pandemic: a moderated mediation model. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(10), 625-633.
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., and Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1745.
- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-62.
- Zolotareva, A. (2022). Cyberchondria, but not preventive behavior, mediates the relationship between fear of COVID-19 and somatic burden: Evidence from Russia. *Frontiers in Psychiatry*, 2214.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Merve ARSLAN
Eğitim	
Lise	Halıcı Ahmet Urkay Anadolu Lisesi (2016)
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik (2016-2020)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı- Halk Sağlığı Hemşireliği Programı (2020-2023)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	Orta derecede (YÖKDİL: 55.0, Mart 2020)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	

EKLER

EK-1. Sosyodemografik ve COVID-19'a İlişkin Özellikler Formu

Anket No:

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz:
1 Kadın 2 Erkek
3. Medeni Durumunuz
1 Evli
2 Bekar
3 Ayrı yaşıyor
4 Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı?
1 Evettane 2 Hayır
5. Eğitim durumunuz
1 Okur-yazar değil
2 Okur-yazar (bir okul bitirmede)
3 İlkokul
4 Ortaokul
5 Lise
6 Ön Lisans
7 Lisans
8 Lisansüstü
6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
1 Evet 2 Hayır
7. Meslek.....
8. Aylık geliriniz
1 Gelirim giderimden az
2 Gelirim giderime denk
3 Gelirim giderimden fazla
9. Aile tipi
1 Çekirdek aile
2 Geniş aile
3 Parçalanmış aile
4 Ayrı yaşıyor
10. Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?
1 Yok 2 Var.....
11. Sigara içiyor musunuz?
1 Kullanıyorum ... (adet /gün)
2 Hayır kullanmıyorum.
12. Alkol Kullanıyor musunuz?
1 Kullanıyorum ... (kadeh /gün)
2 Hayır kullanmıyorum
13. Haftada kaç gün, günde en az 30 dakika süren orta (yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi faaliyetler) veya ağır (koşma, hızlı tempoyla yürüme, atlama gibi faaliyetler) egzersiz yapıyorsunuz?
1 Yapmıyorum.
2 Yapıyorum haftada gün egzersiz yapıyorum.
14. Uyku düzeni ve kalitenizi nasıl tanımlarsınız?
1 Çok kötü
2 Kötü
3 Orta
4 İyi
5 Çok iyi
15. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1 Çok kötü
2 Kötü
3 Orta
4 İyi
5 Çok iyi
16. Herhangi bir sağlık sorununuzda genellikle hangi sağlık kurumuna başvurursunuz?
1 Aile hekimi
2 Devlet hastanesi-acil servis
3 Devlet hastanesi- poliklinik
4 Üniversite hastanesi
5 Özel hekim/poliklinik/hastane
6 Diğer.....
17. COVID-19 geçirdiniz mi?
1 Evet 2 Hayır

18. COVID-19 temaslı oldunuz mu?

1 Evet 2 Hayır

19. COVID-19 ile ilgili bilginizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1 Evet 2 Hayır

20. COVID-19 salgını süresince aldığımız önlemlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1 Evet 2 Hayır

21. COVID-19 sürecinde hijyene daha çok dikkat ettiniz mi?

1 Evet 2 Hayır

22. Ailenize ve çevrenize hastalığı bulaştırmaktan dolayı endişe duyuyor musunuz?

1 Evet 2 Hayır

23. Koronavirüsten dolayı ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?

1 Evet
2 Hayır

24. Salgın sürecinde sosyal medya kullanımında az ya da çok zaman geçirdiniz mi?

1 Daha fazla
2 Neredeyse aynı
3 Daha az

26. COVID-19 aşısı yaptırdınız mı?

1 Evet doz aşı yaptırdım.
2 Hayır

27. Hangi COVID-19 aşısını, kaç doz yaptırdınız?

1 Sinovac doz yaptırdım.
2 Biontech..... doz yaptırdım.
3 Her ikisinden de doz yaptırdım.

28. Covid-19 aşısı yaptırmaya yönelik tereddüt yaşıyor musunuz?

1 Evet 2 Hayır

29. COVID-19 aşısı yaptırmaya yönelik tereddüt yaşıyorsanız aşıya yönelik tereddüt nedenlerinden size uygun olan seçeneği/seçenekleri işaretleyiniz.

1 Yan etkiden kaynaklı
2 Aşının kesin etkinliğini bilmemek
3 Aşılardaki yardımcı maddelerle ilgili endişe
4 Hastalığa yakalanarak geçirmenin daha koruyucu olduğunu düşünme

5 Dini nedenler/ Dini inanca uygun bir şekilde aşı üretiminin olmadığını düşünme

6 Aşıların yeterli kontrol aşamalarından geçmediğini düşünmek

7 Sosyal medyada yer alanlardan kaynaklı

8 İlaç firmalarının kar amacı gözettiğini bu sebeple aşı yapıldığını düşünmek

Lütfen, aşağıda verilen ifadelerde size en uygun olan bir seçeneği işaretleyiniz.

30. Aşı konusunda yetkili kamu kurumları / birimler güvenli ve etkili olarak onayladıktan sonra işverenimin/yakınlarımın/ailemin COVID-19 aşısı yaptırmaya tavsiyesine uyarım.

1 Kesinlikle katılmıyorum.
2 Katılmıyorum.
3 Fikrim yok.
4 Katılıyorum.
5 Tamamen katılıyorum.

31. Eğer yeterince insanın olumsuz yan etkileri olmadan güvenli bir şekilde aşılandığını görseydim aşı olurdu.

1 Kesinlikle katılmıyorum.
2 Katılmıyorum.
3 Fikrim yok.
4 Katılıyorum.
5 Tamamen katılıyorum.

32. Bir COVID-19 aşısının güvenli ve etkili olduğu kanıtlanırsa aşı yaptırmayı düşünürüm.

1 Kesinlikle katılmıyorum.
2 Katılmıyorum.
3 Fikrim yok.
4 Katılıyorum.
5 Tamamen katılıyorum.

33. Güvenilir bir sağlık çalışanı aşı olmamı söylerse aşı olurum

1 Kesinlikle katılmıyorum
2 Katılmıyorum
3 Fikrim yok
4 Katılıyorum
5 Tamamen katılıyorum

34. Sosyal medya ağında aşılama teşvik ediliyorsa aşı olmayı tercih ederim

1 Kesinlikle katılmıyorum
2 Katılmıyorum
3 Fikrim yok
4 Katılıyorum
5 Tamamen katılıyorum

EK- 2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (SCÖ-15).

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum fark edersem bunu internette araştırırım.					
2. Aynı hastalık belirtilerini şikayetlerimi internette birçok kez araştırırım.					
3. Hastalık belirtilerini şikayetlerimi internette araştırmak, işimi engeller.					
4. Hastalık belirtilerini şikayetlerimi internette araştırmak, internette yaptığım boş zaman aktivitelerimi (Ör: film izlemek ... vs.) engeller.					
5. Aile hekimimin uzman doktorun görüşünü, internette yaptığım araştırmalardan daha fazla ciddiye alırım.					
6. Hastalık belirtilerimin şikayetlerimin, nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta bulunduğunu internette okuduğumda paniğe kapılırım.					
7. Hastalık belirtilerini şikayetlerini internette araştırmak, diğer çalışmalarımı engeller.					
8. İnternette edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimimle/sağlık çalışanları ile görüşürüm.					
9. Hastalık belirtilerini şikayetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissedirim.					
10. Hastalık belirtilerini şikayetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.					
11. Sağlık sorunlarım ile ilgili internette edindiğim bilgileri aile hekimimle konuşmak beni rahatlatır.					
12. Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.					
13. Hastalık belirtilerini/şikayetlerimi internette araştırırken hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					
14. Hastalık belirtilerini/şikayetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.					
15. Aile hekimim/uzman doktor internette elde ettiğim bilgileri ' <u>önemseme</u> ' derse endişem artar.					

EK-3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon).

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

1.

- (a)Sağlığımla ilgili endişelenmem.
- (b)Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
- (c)Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
- (d)Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

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

3.

- (a)Genellikle vücudumdaki duyum 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)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- (d)Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

- (a)Doktorum kötü bir şey olmadığını 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)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

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

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

(d)Vücudumda 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 olacağını 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-4. COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği.

Bilgi-Bulaş Boyutu	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
BB1- COVID-19 hastalığı, hastaların öksürüklerindeki damlacıklarla bulaşır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BB2- COVID-19 yaşlı ve kronik hastalığı olanlarda daha ağır seyreder.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BB3- COVID-19 hastalığında en sık karşılaşılan belirtiler ateş öksürük ve solunum sıkıntısıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Bilgi-Korunma Boyutu			
BK1- COVID-19 hastalığından korunmak için maske takılmalıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BK2- Virüsten korunmak için eller su ve sabunla yıkanmalıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BK3- Su ve sabun olmadığı durumlarda alkol içerikli dezenfektan ya da kolonya kullanılmalıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BK4- Mikroplu ellerin göz, ağız, burna temas ettirilmesi hastalığa neden olabilir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BK5- Hastalıktan korunmak için bir araya gelen herkesin maske takması gerekir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BK6- İşyerlerinde hastalıktan korunmak için çalışanlar arasında mesafe, hijyen ve maske takma kuralına uyulmalıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
BK7- Maske nemlendiğinde ya da kirlendiğinde değiştirilmelidir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tutum-Duyarlılık Boyutu			
TD1- COVID-19 hastalığının solunan havada damlacıkların saçılmasıyla bulaştığına inanmıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TD2- COVID-19'un hastalığı belirtisiz şekilde geçirenlerce bulaştırıldığına inanmıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TD3- Maske takmanın insanları COVID-19 hastalığından koruduğuna inanmıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TD4- COVID-19 hastalığından korunmak için sabun ve su ile el yıkamanın gerekli olduğunu düşünmüyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tutum-Ciddiyet Boyutu			
TC1- COVID-19 bana kolay kolay bulaşmaz. (T04)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TC2- COVID-19 bana göre o kadar ölümcül bir hastalık değildir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TC3- COVID-19 hastalığına yakalansam bile kolayca atlatırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

TC4- COVID-19 hastalığına karşı vücut direncimin oldukça yüksek olduğunu düşünüyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tutum-Yarar Boyutu			
TY1- Eldiven takmak beni hastalıktan korur.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TY2- Dışarıda maske takarsam hasta olmam.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tutum-Engel Boyutu			
TE1- COVID-19 hastalığında bana göre sosyal mesafenin bir önemi yoktur.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TE2- COVID-19 hastalığı için toplumda yalnızca yaşlılar ve kronik hastalar korunmalıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
TE3- Yalnızca hasta olanların maske takması yeterlidir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Davranış-Arama boyutu	Hiç	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
DA1- Öksürüp hapşırdığımda ağzımı kapatmaya çalışırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DA2- COVID 19 enfeksiyonundan korunmak için, dışarı çıktığımda maske takarım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DA3- Maskeyi ağzım ve burnumu kapatacak şekilde kullanırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DA4- Su ve sabun olmadığı durumlarda alkol içerikli el antiseptiği ya da kolonya kullanırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DA5- Toplu taşıma araçlarında maske takarım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DA6- Hastalık yaygın olduğu zamanlarda dışarıdan eve geldiğimde önce ellerimi su ve sabun ile yıkarım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Davranış-Kaçınma Boyutu				
DK1- Hastalık yaygın olduğu zamanlarda aile ve arkadaş ziyaretlerine ara veriyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DK2- Çalışma ve dinlenme ortamında sosyal mesafeye uygun hareket ediyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DK3- Toplu taşıma araçlarında, sosyal mesafeye uygun hareket ediyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DK4- Hastalık yaygın olduğu zamanlarda diğer insanların da bulunduğu kapalı mekanlarda bulunmamaya çalışırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DK5- Dışarıda diğer insanların nasıl davrandıklarına dikkat ederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DK6- Hastalığın yaygın olduğu zamanlarda diğer insanlar ile aramdaki sosyal mesafeye dikkat ederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

EK-5. Etik Kurul Karar Formu.

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesinin COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışları ile İlişkisi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Sağlık Bilimleri Fakültesi/Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI, ADI-SOYADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) UNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Merve ARSLAN Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Yüksek Lisans Öğrencisi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/1	Tarih: 28/09/2021
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yardımcısı		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Alper VATANSEVER	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü	X		
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	

EK-6. Valilik İzin Formu.



T.C.
KARESİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı :E-29459337-492-3035
Konu :Tez Çalışma İzni (Merve ARSLAN)

DAĞITIMLI
15.09.2021

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Balıkesir Valiliği İl Yazı İşleri Müdürlüğü'nün 14.09.2021 tarihli ve 96450617-492/16099 sayılı yazısı,
b) 15.09.2021 tarihli ve 29459337-020-3034 sayılı Olur.

Valiliğimiz İl Yazı İşleri Müdürlüğü'nün ilgi (a) yazısı ekinde alınan dilekçenizde; **"Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesinin COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranışları ile İlişkisi"** konulu tez çalışmasına esas anket çalışması yapma talebiniz incelenmiş olup, İlçemiz Atatürk Mahallesi'nde 18 yaş ve üzeri kişilerle gönüllülük esasına dayalı olarak; Covid 19 tedbirleri kapsamında sosyal mesafeye, maske ve hijyen kurallarına dikkat edilerek anket çalışması yapabileceğinize dair Kaymakamlık Makamının ilgi (b) Olur'u yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

Metin ARSLANBAŞ
Kaymakam

Ek: Olur (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Merve ARSLAN

Bilgi:
BALIKESİR VALİLİĞİNE
(İl Yazı İşleri Müdürlüğü)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 81Nc0c-qUpzzA-tO5Nuc-IN1QGe-xuhmu+er Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/cisleri-ebw>

EK-7. Sağlık Bakanlığı İzin Formu.

Bilimsel Araştırma Başvurusu



Bilimsel Araştırma Başvurusu

29.08.2021 10:41



Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Merve ARSLAN-2021-08-25T14_38_29

Başvuru Formu için [tıklayınız.](#)

Başvuru Formunuzu

adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri.

1.Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (SCÖ-15)

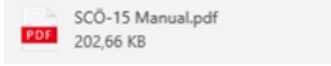
Re: Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Form (SCÖ-15) İzni



S. Utku Uzun <...>
00:30



Kime: Merve ARSLAN



Sayın Merve Aslan,

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin 15 soruluk kısa formunun (SCÖ-15) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını üniversite öğrencilerinde yaptık ve herhangi bir dergide yayımlamadık, sadece Halk Sağlığı Kongresinde bildiri olarak sunduk. Eğer kısa formu kullanmak isterseniz **bildirimize atf yaparak** kullanabilirsiniz, kısa form ile ilgili de bilgilendirme yazısını e-posta ekinde gönderiyorum.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini üniversite personelinde yapmış olduğumuz Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'ni (SCÖ-33) **makalemize atf yaparak** çalışmanızda kullanabilirsiniz. İngilizce makalemize şuradan da ulaşip indirebilirsiniz: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-018-0001-x>

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon)

Re: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON) İZİNİ



Omer Aydemir ·
07:56



Kime: Merve ARSLAN



Sayın Merve Arslan,

Araştırmanızda Sağlık Anksiyetesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyanım. Ölçeğin toplam puanı ilk 14 maddenin puanlarının aritmetik toplamıdır. 15-18 arası maddeler duruma uygun kullanılır.

Kolaylıklar diliyorum

Prof.Dr Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

3.COVID-19 Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği

Re: Covid-19 Bilgi, Tutum Davranış Ölçek İzni



Serol Deveci <

22.06.2021 13:26

Kime: Merve ARSLAN



COVID-19 Bilgi-Tutum-Davranış...
64,43 KB

Merve kardeşim,
Merhaba. Memnuniyetle.
Ölçek ekte bulunuyor. Puanlamasına ilişkin syntaxı bilahare göndereceğim.
Selam saygılarımla...

Serol Deveci

From: Merve ARSLAN <

To: :

Sent: Tuesday, June 22, 2021, 10:44:26 AM GMT+3

Subject: Covid-19 Bilgi, Tutum Davranış Ölçek İzni

EK-9. COVID-19 Bilgi Tutum Davranış Ölçeği Puan Hesaplaması (Syntax).

***** BİLGİ PUANI HESAPLAMA *****

COMPUTE Bilgi_Bulas=((Mean.3(bb01,bb02,bb03)-1)*50).
EXECUTE.

COMPUTE Bilgi_Korunma=((Mean.5(bk04,bk05,bk06,bk07,bk08,bk09,bk10)-1)*50).
EXECUTE.

COMPUTE Bilgi_Toplam=Mean(Bilgi_Bulas,Bilgi_Korunma).
EXECUTE.

***** TUTUM PUANI HESAPLAMA *****

COMPUTE Tutum_Duyarlilik=(3-(Mean.3(td01,td02,td03,td04)))*50.
EXECUTE.

COMPUTE Tutum_Ciddiyet=(3-(Mean.3(tc05,tc06,tc07,tc08)))*50.
EXECUTE.

COMPUTE Tutum_Yarar=((Mean.2(ty09,ty10)-1)*50).
EXECUTE.

COMPUTE Tutum_Engel=(3-(Mean.3(te11,te12,te13)))*50.
EXECUTE.

COMPUTE
Tutum_Toplam=Mean(Tutum_Duyarlilik,Tutum_Ciddiyet,Tutum_Yarar,Tutum_Engel).
EXECUTE.

***** DAVRANIŞ PUANI HESAPLAMA *****

COMPUTE Davranis_Arama=((Mean.5(da01,da02,da03,da04,da05,da06)-1)*(100/3)).
EXECUTE.

COMPUTE Davranis_Kacinma=((Mean.5(dk07,dk08,dk09,dk10,dk11,dk12)-1)*(100/3)).
EXECUTE.

COMPUTE Davranis_Toplam=Mean(Davranis_Arama,Davranis_Kacinma).
EXECUTE.

***** BTD TOPLAM PUANI *****

COMPUTE BTD_Toplam=Mean(Bilgi_Toplam,Tutum_Toplam,Davranis_Toplam).
EXECUTE.

EK-10. Korkut Boratav'ın Sosyal Sınıf Çizelgesi.

KENDİ HESABINA ÇALIŞIYOR				ÜCRETLİ (İŞİNDEN DÜZENLİ AYLIK KAZANÇ SAĞLIYOR)			
İŞVEREN (Emrinde en az 2 veya daha çok insan çalıştırıyor)	YÜKSEK EĞİTİMLİ (Emrinde en çok bir kişi çalışıyor, veya tek başına)	KÜÇÜK ESNAF - ZANAATKAR (Yanında en çok bir kişi çalışıyor)	İŞ BULDUKÇA ÇALIŞANLAR (Düzenli Aylık Gelirleri YOK)	YÜKSEK EĞİTİMLİ (ücretli)	MEMUR - BÜRO ÇALIŞANI (Beyaz Yakalı)	SANAYİ İŞÇİSİ (Mavi Yakalı)	NİTELİKSİZ İŞLERDE ÇALIŞANLAR (Kamuda veya Özel sektörde Düzenli Aylık Gelirleri VAR)
1	2	3	4	5	6	7	8
Sanayi patronu İmalathane patronu Toptancı ve Pazarlama şirketi Patron Her türlü diğer şirket Patronu (ithalat- ihracat) Eğitim İshkolunda (dershane, özel okul) Patron Özel Hastane Patronu	Doktor Diş Hekimi Veteriner hekim Mimar Mühendis Avukat Mali Danışman Eczacı Üst düzey yönetici (Yüksek eğitilmiş Müdür, Md. yrd.) vb	<u>ÇARŞI</u> ESNAFI Bakkal, market Zahireci Hırdavatçı Züccaciyeci Manifaturacı Her türlü mal üreticisi Satıcısı <u>KÜÇÜK</u> <u>SANAYİ</u> Esnafı Parçacı Elektrikçi <u>Usta- zanaatkar</u> (el sanatları, inşaat, demirci, tornacı) MUHASEBECİ PAZAR ESNAFI (sabirt tezgâhı var)	EN AZ 6 AYDIR <u>ARALIKLI OLARAK</u> BU İŞLERDEN GELİR SAĞLIYOR Şoför İnşaat işçisi Seyyar Satıcı Sokak sergicisi Pazarcı Hizmetli, Temizlikçi Çocuk bakıcısı	Doktor Diş Hekimi Veteriner hekim Üniversite Öğretim Üyesi Mimar Mühendis Hakim- Savcı, Avukat Üst düzey yönetici (Yüksek eğitilmiş Müdür, müfettiş) Hesap uzmanı vb.	Öğretmen, Öğretim görevlisi, okutman Polis Hemşire - Ebe - diğer sağlık çalışanı Devlet dairelerinde büro memuru Devlet gezici memuru Belediye büro çalışanları Bankada memur Özel sektörde büro çalışanı	Fabrika İşçisi Küçük Sanayide İşçi Devlet kuruluşlarında işçi (Köy İşleri, Karayolları, Telekom, PTT, TEAŞ, Barajlar Belediye' de İşçi 9 İŞSİZ (En az 6 aydır gelir getiren bir işi YOK)	EN AZ 6 AYDIR BU İŞLERDEN DÜZENLİ AYLIK GELİRİ VAR: Şoför Bekçi Güvenlikçi Koruma Görevlisi Hizmetli, Temizlikçi Kapıcı Hasta-bakıcı

EK-11. Bağımsız Değişkenlerin Kategorizasyonu.

Değişken	Yanıtlar	Kategorize
Yaş	Sürekli	1 <input type="checkbox"/> 18-29 2 <input type="checkbox"/> 30-39 3 <input type="checkbox"/> 40-49 4 <input type="checkbox"/> 50+ } 1 <input type="checkbox"/> 36 ve altı 2 <input type="checkbox"/> 37 ve üzeri
Medeni durum	1 <input type="checkbox"/> Evli 2 <input type="checkbox"/> Bekar 3 <input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyor 4 <input type="checkbox"/> Boşanmış	1 <input type="checkbox"/> Evli 2 <input type="checkbox"/> Evli değil (Bekar, ayrı yaşıyor, boşanmış)
Aile Tipi	1 <input type="checkbox"/> Çekirdek 2 <input type="checkbox"/> Geniş 3 <input type="checkbox"/> Parçalanmış 4 <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor	1 <input type="checkbox"/> Çekirdek aile 2 <input type="checkbox"/> Geniş aile 3 <input type="checkbox"/> Diğer (Parçalanmış, yalnız yaşıyor)
Eğitim durumu	1 <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil 2 <input type="checkbox"/> Okur-yazar (bir okul bitirmedi) 3 <input type="checkbox"/> İlkokul 4 <input type="checkbox"/> Ortaokul 5 <input type="checkbox"/> Lise 6 <input type="checkbox"/> Ön Lisans 7 <input type="checkbox"/> Lisans 8 <input type="checkbox"/> Lisansüstü	1 <input type="checkbox"/> İlköğretim (Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ortaokul) 2 <input type="checkbox"/> Lise 3 <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri (Ön lisans, lisans, lisansüstü)
Meslek	Korkut Boratav'ın sosyal sınıf çizelgesine göre kategorize edilmiştir. *EK-10	1 <input type="checkbox"/> Üst sosyal sınıf (İşveren, yüksek eğitilmiş, yüksek eğitilmiş/ücretli) 2 <input type="checkbox"/> Alt sosyal sınıf (Küçük esnaf/ zanaatkar, iş buldukça çalışan, memur/büro çalışanı, sanayi işçisi, niteliksiz işlerde çalışan, işsiz)
Uyku kalitesi algısı	1 <input type="checkbox"/> Çok kötü 2 <input type="checkbox"/> Kötü 3 <input type="checkbox"/> Orta 4 <input type="checkbox"/> İyi 5 <input type="checkbox"/> Çok iyi	1 <input type="checkbox"/> İyi (Çok iyi, iyi) 2 <input type="checkbox"/> Orta 3 <input type="checkbox"/> Kötü (Çok kötü, kötü)
Genel sağlık algısı	1 <input type="checkbox"/> Çok kötü 2 <input type="checkbox"/> Kötü 3 <input type="checkbox"/> Orta 4 <input type="checkbox"/> İyi 5 <input type="checkbox"/> Çok iyi	1 <input type="checkbox"/> İyi (Çok iyi, iyi) 2 <input type="checkbox"/> Orta 3 <input type="checkbox"/> Kötü (Çok kötü, kötü)
Sağlık sorunlarında genellikle başvurulan sağlık kurumu	1 <input type="checkbox"/> Aile hekimi 2 <input type="checkbox"/> Devlet hastanesi-acil servis 3 <input type="checkbox"/> Devlet hastanesi- poliklinik 4 <input type="checkbox"/> Üniversite hastanesi 5 <input type="checkbox"/> Özel hekim/poliklinik/hastane 6 <input type="checkbox"/> Diğer	1 <input type="checkbox"/> 1.basamak sağlık kurumu (Aile hekimi) 2 <input type="checkbox"/> 2.basamak sağlık kurumu (Devlet hastanesi-acil servis, devlet hastanesi-poliklinik özel hekim/poliklinik/hastane, diğer) 3 <input type="checkbox"/> 3.basamak sağlık kurumu (Üniversite hastanesi)
Pandemide sosyal medyada zaman geçirme	1 <input type="checkbox"/> Daha fazla 2 <input type="checkbox"/> Neredeyse aynı 3 <input type="checkbox"/> Daha az	1 <input type="checkbox"/> Daha fazla/ neredeyse aynı 2 <input type="checkbox"/> Daha az
Aşı olmaya yönelik önermeler	1 <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum 2 <input type="checkbox"/> Katılmıyorum 3 <input type="checkbox"/> Fikrim yok 4 <input type="checkbox"/> Katılıyorum 5 <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum	1 <input type="checkbox"/> Katılıyorum (Tamamen katılıyorum, katılıyorum, fikrim yok) 2 <input type="checkbox"/> Katılmıyorum (Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum)



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...



Balıkesir Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası
Çağış Yerleşkesi/BALIKESİR



(0 266) 612 14 62
sagbilen@balikesir.edu.tr
<http://www.balikesir.edu.tr>

