

T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANABİLİM DALI

DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK KAYGISININ SİBERKONDRI  
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Yüksek Lisans

Memnune Gizem TÜREDİ

Anabilim Dalı: Sağlık Turizmi

Program Adı: Sağlık Turizmi

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Arife ALBAYRAK COŞAR

ALANYA

2024

## JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

**Memnune Gizem TÜREDİ** 'nin "Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısının Siberkondri Düzeylerine Etkisi" başlıklı tezi 28/04/2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Sağlık Turizmi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Unvanı-Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı) : Dr. Öğr. Üyesi Arife ALBAYRAK COŞAR	.....
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN	.....
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Fatih UÇKAYA	.....

Prof. Dr. Derman VATANSEVER BAYRAMOL

Enstitü Müdürü

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilemeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

.....

(İmza)

**Memnune Gizem TÜREDİ**

## ÖNSÖZ

Yaptığım bu çalışma boyunca bilgi ve desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Arife ALBAYRAK COŞAR'a, akademik anlamda desteğini esirgemeyen Doç. Dr. İshak Suat ÖVEY'e ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Memnune Gizem TÜREDİ

Alanya, 2024

## ÖZET

### DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK KAYGISININ SİBERKONDRI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Memnune Gizem TÜREDİ

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Mart 2024 (98 Sayfa)

Bu çalışma, diyabet hastalarında sağlık kaygısının siberkondri düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Analitik kesitsel tipte yapılan araştırma Ağustos 2022 - Ocak 2023 tarihleri arasında Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran ve servislerinde yatarak tedavi gören Diabetes Mellitus tanılı 250 birey ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Sağlık Kaygısı Envanteri” ve “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği” ile toplandı. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin Sağlık Kaygısı Envanteri puan ortalamaları  $17.84 \pm 11.62$  ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalamaları  $79.2 \pm 27.42$  olarak bulundu. Araştırmada katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlıkla ilgili yayın takibi, çalışma durumu, internette geçirilen süre, sosyal ağ sitelerine üyelik, hastalıkları ile ilgili bilgi arama, hastalığı ile ilgili eğitim alma, komplikasyon yaşama, egzersiz yapma ve diyetine uyma davranışları ile siberkondri düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Kadın, sağlıkla ilgili yayın takip eden, sosyal ağ sitelerine üyeliği olan, hastalıkla ilgili internette arama yapan, Tip I diyabeti olan, komplikasyon yaşayan ve insülin kullanan diyabetli bireylerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadığı bulundu ( $p < 0.05$ ). Sağlık kaygısı ve siberkondri düzeyleri arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.567$ ). Diyabetli bireylerde, Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanı, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puanındaki değişimin %30’unu açıklamaktadır. Sağlık profesyonelleri ve özellikle diyabet eğitim hemşirelerinin, sağlık kaygısı yaşayan ve yaşamayan tüm diyabetli bireylere, teknolojidenden nasıl faydalanmaları gerektiği, internette güvenilir bilgilere nasıl ulaşacakları, internet ve sosyal medyada verilen bilgiler ile teşhis, tedavi ve bakım yapılamayacağı, sağlık ile ilgili tüm konularda alanında uzman kişilerden destek almaları gerektiği hakkında eğitim vermeleri önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Diabetes Mellitus, Sağlık Kaygısı, Siberkondri, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği, Sağlık Kaygısı Envanteri

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF HEALTH ANXIETY ON CYBERCHONDRIA LEVELS IN DIABETES PATIENTS

Memnune Gizem TÜREDİ

Department of Health Tourism

Alanya Alaaddin Keykubat University, Graduate Education Institute,

March 2024 (98 Pages)

This study aimed to determine the effect of health anxiety on cyberchondria levels in diabetic patients. A cross-sectional analytical study was conducted between August 2022 and January 2023 with 250 individuals diagnosed with Diabetes Mellitus who presented to the outpatient clinics and were hospitalized at Alanya Training and Research Hospital. Research data were collected using the "Demographic Information Form," "Health Anxiety Inventory," and "Cyberchondria Severity Scale." The mean scores of the Health Anxiety Inventory for diabetic individuals participating in the study were found to be  $17.84 \pm 11.62$ , and the mean scores of the Cyberchondria Severity Scale were  $79.2 \pm 27.42$ . Significant differences were found between the cyberchondria levels and participants' age, gender, education level, following health-related publications, employment status, time spent on the internet, membership in social network sites, seeking information about the disease on the internet, receiving education about the disease, experiencing complications, exercising, and adherence to diet ( $p < 0.05$ ). It was found that female diabetic individuals, those who follow health-related publications, have membership in social network sites, search for disease-related information on the internet, have Type I diabetes, experience complications, and use insulin experience higher health anxiety ( $p < 0.05$ ). A positively correlated, moderate-level significant correlation was found between health anxiety and cyberchondria levels ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.567$ ). The total score of Health Anxiety Inventory explains 30% of the change in the total score of the Cyberchondria Severity Scale. It is recommended that healthcare professionals, especially diabetes education nurses, provide education to all diabetic individuals, both those experiencing health anxiety and those who are not, on how to utilize technology, how to access reliable information on the internet, the inability to diagnose, treat, and care for medical conditions based solely on information obtained from the internet and social

media, and the necessity for seeking support from experts in the field of health for all health-related matters

**Keywords:** Diabetes Mellitus, Health Anxiety, Cyberchondria, Health Anxiety Inventory, Cyberchondria Severity Scale



## İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI .....	2
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ .....	iv
ÖNSÖZ .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	xiv
1.GİRİŞ .....	1
2. LİTERATÜR .....	3
2.1. Diyabetes Mellitus .....	3
2.3. Diyabetin Epidemiyolojisi .....	3
2.4. Diabetes Mellitus Semptomları ve Tanı Yöntemleri .....	4
2.5. Diyabet Sınıflandırması .....	5
2.5.1. Tip 1 diabetes mellitus.....	5
2.5.2. Tip 2 diabetes mellitus.....	6
2.5.3. Gestasyonel diabetes mellitus .....	7
2.5.4. Diğer spesifik tipler .....	8
2.6. Diabetes Mellitus'un Fiziopatolojisi.....	8
2.7. Diabetes Mellitus'un Belirti ve Bulguları .....	9
2.8. Diabetes Mellitus'un Tedavi Yöntemleri .....	9
2.8.1. Tıbbi beslenme tedavisi (TBT).....	9
2.8.2. Fiziksel aktivite / egzersiz.....	10
2.8.3. İlaç tedavisi .....	10
2.8.4. Diyabetli bireyin izlenmesi.....	11
2.8.5. Eğitim.....	11
2.9. Diyabetin Komplikasyonları .....	12
2.10. Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısı ve Siberkondri Etkisi.....	13
3. YÖNTEM .....	18

3.1. Araştırmanın Amacı.....	18
3.2. Araştırmanın Tipi.....	18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.5. Araştırma Soruları.....	18
3.6. Veri Toplama Araçları .....	19
3.7. Verilerin Analizi .....	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....	59
5.1 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Kaygısı Envanteri Düzeylerinin Tartışılması .....	59
5.2 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Düzeylerinin Tartışılması .....	62
5.3. Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı envanteri ve siberkondri ciddiye ölçeği düzeylerine etkisinin tartışılması .....	68
Öneriler .....	69
6.KAYNAKÇA.....	71
7. EKLER.....	76
ÖZGEÇMİŞ .....	92

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 2.1</b> Dört yöntem .....	4
<b>Tablo 3.1</b> Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Analizi .....	20
<b>Tablo 4.1</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250).....	22
<b>Tablo 4.2</b> Katılımcıların İnternet Kullanım Alışkanlıkları ve Hastalıklarını İnternette Takip Etme Tercihlerine Göre Dağılımı (n=250).....	23
<b>Tablo 4.3</b> Katılımcıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250).....	24
<b>Tablo 4.4</b> Sağlık Kaygısı Envanteri ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı .....	25
<b>Tablo 4.5</b> Cinsiyete Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	26
<b>Tablo 4.6</b> Yaşa Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	27
<b>Tablo 4.7</b> Katılımcıların medeni durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 4.8</b> Eğitim Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	29
<b>Tablo 4.9</b> Çalışma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=250).....	30
<b>Tablo 4.10</b> Gelir Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	31
<b>Tablo 4.11</b> Sağlıkla İlgili Yayın Takip Etme Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 4.12</b> İnternette Geçirilen Süreye Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 4.13</b> Hastalığı İle İlgili Sosyal Ağ Sitesi Takip Etme Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 4.14</b> İnternette Hastalıkla İlgili Arama Yapma Sıklığına Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	36

<b>Tablo 4.15</b> İnternette Hastalık Belirtileri Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 4.16</b> İnternette Ayak Yaraları ve Bakımı Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 4.17</b> İnternette Kan Testi Sonuçları Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.18</b> İnternette İlaçlar Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 4.19</b> İnternette Hastalıkla İlgili Bitkisel Tedaviler Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 4.20</b> İnternette Beslenme Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 4.21</b> Diyabet Tipine Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 4.22</b> Diyabet Süresine Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 4.23</b> Diyabet Tedavi Türüne Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 4.24</b> Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 4.25</b> Kan Şekeri Düşüklüğü/Yüksekliği Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.26</b> Diyet Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 4.27</b> İlaç Kullanma Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	50

<b>Tablo 4.28</b> Egzersiz/Fiziksel Aktivite Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 4.29</b> Ayak Bakımı Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 4.30</b> Diyabetle İlgili Komplikasyon Yaşama Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 4.31</b> Diyabetle İlgili Son 1 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 4.32</b> Egzersiz Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	55
<b>Tablo 4.33</b> Diyabet Diyetine Uyuma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 4.34</b> HbA1c Grubuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 4.35</b> Sağlık Kaygısı Envanteri ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler .....	57
<b>Tablo 4.36</b> Regresyon Analizi Sonuçları .....	58

## SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

DM	Diabetes Mellitus
ADA	Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
NDDG	Ulusal Diabet Veri Grubu
WHO	World Health Organization
IDF	Uluslararası Diabet Federasyonu
GTB	Glukoz Tolerans Bozukluğu
TURDEP	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
APG	Açlık Plazma Glukozu
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
LA	Laktik Asidoz
DAWN	Diyabet Tutumları, Dilekleri ve Gereklilikleri
DCCT	Diyabet Kontrolü
HbA1C	Glikozillenmiş hemoglobin
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

## 1. GİRİŞ

Günümüzde küresel anlamda epidemik boyutlara erişen ve majör bir toplum sağlığı problemi olarak ifade edilen diyabet; Türkiye’de ve dünya çapında alarm oluşturacak seviyelere gelmiştir. Özellikle içinde yaşadığımız 21. yüzyılda en fazla mücadele edilmesi gerekli olan hastalıkların başında yer almaktadır. Yapılan araştırmalara göre senede yedi milyon kişide diyabet hastalığı olduğu belirlenmekte olup; en fazla yaşam biçimini hızlı bir şekilde değiştiren gelişmekte olan toplumların etkilendiği görülmektedir. Diyabetes mellitus (DM) yalnızca insanlar ve aileleri açısından değil aynı zamanda sağlık sistemleri bakımında da son derece maliyetli bir hastalıktır (IDF, 2021).

Diyabet hastalarının yaşadığı psikolojik problemler de hastalığının kabul edilmesini ve hastalık ile mücadele sürecini güçleştiren bir engel olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalığın, insanların yaşamında meydana getirdiği farklılıklar ve devamlı olarak süren sağlık riskinin neden olduğu stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik problemler; kişilerin kendine olan öz yeterlilik inancını düşürmektedir. Buna ek olarak diyabet hastası olan bireylerin kendilerine bakımını ve metabolik denetimini güç hale getirmektedir. Bu nedenle hasta olan bireylerde sağlık kaygısı meydana gelmektedir (Reiser vd., 2014).

Sağlık kaygısı kavramı, bireylerin bir hastalığa sahip olma veya bu tür hastalıklara yakalanma olasılığı konusundaki sürekli korkularını ve anksiyetelerini ifade eder. Salkovskis ve Warwick (2002), sağlık kaygısı kavramını, kişinin vücudundaki belirtileri yanlış yorumlayarak kendisinde ciddi bir hastalık olduğuna veya olabileceğine inanması ve bu nedenle yoğun bir endişe yaşaması durumu şeklinde tanımlamıştır. Hastalık inancında birey, hasta olduğuna veya ilerleyen zamanlarda hasta olabileceğine dair kuvvetli bir inanç duyar (Karaçadır & Çelik, 2019).

Bir kişinin bedensel değişiklikleri yanlış yorumlaması ve ciddi bir hastalık belirtisi olarak algılamasıyla ortaya çıkan sağlık kaygısı, yoğun endişe ve sağlık durumuna aşırı odaklanma içeren bir deneyimi temsil eder (Asmundson vd., 2010; Reiser vd., 2014). Genellikle geçici olan sağlık kaygısı, semptomların düzelmesiyle azalabilir. Ancak, bazı durumlarda şiddetlenerek sürekli hale gelebilir, tıbbi yardım gerektirebilir ve semptomlar farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Bu durumu yaşayan bireyler, ciddi hastalık riskini abartma eğilimindedir ve belirli hastalıklara aşırı hassasiyet gösterebilirler (Goksu & Kumcağiz, 2020).

Diyabet hastalarının sağlık kaygısı duyma gibi psikolojik sorunlar yaşaması, siberkondri kavramını gündeme getirmektedir. Siberkondri; sağlık ile ilgili aşırı ya da kendini yineleyen bir biçimde internet aracılığı ile bilgi araştırma neticesinde meydana gelen kaygı ve risk durumu olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile siberkondri; sağlık anksiyetisini ve kompulsifliği yansıtan çok boyut içeren bir davranıştır. Bazı durumlarda yalnızca belirti ve semptom araştırmanın da ötesine geçebilen siberkondri davranışı; internet aracılığı ile gerçekleştirilen sağlık araştırmalarının bir teşhis methodu şeklinde kullanılması biçiminde de belirtilebilmektedir. İnternet araştırmalarına bağlı olarak belirlenen tanı ve teşhis herhangi bir profesyonel sağlık çalışanından yardım alınmadan kişi tarafından bireysel olarak gerçekleştirilmektedir. Bireysel olarak teşhis konulmasını sağlayacak internet araştırmalarının kullanımı, ilerleyen dönemlerde ciddi ve hayatı tehdit eden bir durum söz konusu olduğunda hatalı teşhis koyma ihtimali ile daha çok endişe ve kaygı durumuna sebep olabilmektedir. İnsanlar internet aracılığı ile reçeteli ya da reçetesiz ilaçlar satın alıp, bireysel olarak kendi iradeleri doğrultusunda ilaç kullanmaya başlamak suretiyle olumsuz sonuçlar elde edebilmektedirler. Bireysel teşhis konulmasına katkı sağlayan internet siteleri profesyonel destek ve teşhis araştırmasında, geç kalınmasına yol açabilmektedir. Web üzerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda bireysel teşhis koyarak siberkondri davranışının sergilenmesinin temel sebebi bilgilerin niceliksel biçimde yükselişi ve söz konusu bilgilere ulaşılmasının basit hale getirilmesi olarak belirtilebilmektedir (Özyıldız & Alkan, 2022). Bu nedenle bu tez çalışmasında, diyabet hastalarında sağlık kaygısı ve siberkondri etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. LİTERATÜR

### 2.1. Diyabetes Mellitus

Diyabet, insülin üretimindeki eksiklik, yetersizlik veya vücudun insüline karşı direnci nedeniyle ortaya çıkan, kronik seyirli endokrin ve metabolik bir rahatsızlıktır ve genellikle hiperglisemi ile tanımlanır. Pankreastan salgılanan insülin, vücuttaki enerji dengesini düzenleyen en önemli hormondur. İnsülin üretimindeki eksiklik, özellikle karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında dengenin bozulmasına ve açlık ile tokluk durumlarında uygun olmayan kan şekeri seviyelerine yol açarak diyabete neden olur (Coşansu, 2021).

Diyabetin temelinde bulunan hiperglisemi, uygun şekilde yönetilmediği takdirde yıllar içinde yaşamı tehdit eden nefropati, retinopati ve nöropati gibi kronik komplikasyonlara yol açabilir (Öcal & Önsüz, 2018).

Günümüzde Diyabet Mellitus en çok önem arz eden sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Dünya genelindeki yükselişe paralel olarak Türkiye’de de sıklıkla görülmekte ve hasta oranı gün geçtikçe hızlı bir biçimde yükselmektedir. Diyabet bulaşıcı olmamasına karşın salgın olarak görülmekte ve bütün ülkelerde genel olarak yetişkin yaş grubunu etkisi altına almaktadır. Sağlık sistemlerini ve toplum hayatını tehdit eden diyabet hastalığının görülme sıklığı toplumlar ve ülkeler arasında değişiklik göstermekte olup; hasta sayısı ile hastalığın görülme oranındaki yükseliş ve diyabet kaynaklı durumların ölüm sebepleri listesindeki yeri birçok toplumda benzerlik göstermektedir (Coşansu, 2021).

Diyabetes Mellitus ifadesi hiperglisemi ile karakterize karbonhidrat metabolizma bozukluğunun sebep olduğu çeşitli hastalıkları içermektedir (IDF, 2021). Diyabetin yaygınlığı ve görülme sıklığı ülkeden ülkeye, ırktan ırka ve cinsiyete göre değişiklik gösterirken, kentleşme ve küreselleşmenin bir sonucu olarak dünya çapında hızla artmaktadır (IDF, 2019).

### 2.3. Diyabetin Epidemiyolojisi

Bir toplumda yer alan hastalıkların dağılımı ve belirleyici olan niteliklerini değerlendiren bilim dalı olarak ifade edilen Epidemiyoloji; hastalıkların gelişme ve ilerleme sürecini, bu süreç içerisinde hangi faktörlerin etkili olduğunu araştıran çalışmaları içermektedir. Uygun olan klinik ve laboratuvar araştırmaları da dahil olmak üzere söz konusu epidemiyoloji çalışmaları, hastalıkların nedenlerini açığa çıkarmaya

yaramaktadır. Toplum içerisinde herhangi bir hastalığın tahmin edilenden ve beklenenden daha fazla oranda görülmesi “epidemi” şeklinde belirtilmektedir. Diyabet epidemiyolojisi, 20. yüzyılın son çeyreğinde önem kazanmaya başladı. Özellikle 1990 yıllarından itibaren diyabet hastası oranının yükselmesi ve 21. yüzyılın ilk çeyreği için tahmin edilen yükselişlerin önüne geçmesi, “diyabet epidemisi” nitelemesini doğrulamaktadır (Kocaeli & Gül, 2022).

Uluslararası Diyabet Federasyonuna (IDF) göre; dünya genelinde, 2021'de 20-79 yaş aralığında yaklaşık 537 milyon diyabetli birey olduğu ve bu sayının 2030 yılına kadar 643 milyona, 2045 yılına kadar ise 783 milyona çıkması öngörülmüştür. Diyabetin 2045 yılına kadar %46 artışla 8 yetiştikten 1'inde, yani yaklaşık 783 milyon kişinin diyabetli olacağını tahmin etmektedir. 2045'e kadar olan süreçte diyabetli nüfusun %94'ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde artması bekleniyor ve kentsel alanlardaki diyabetli sayısının 596.5 milyona ulaşması tahmin ediliyor. Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT) sıklığı 541 milyon (%10.6), Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG) sıklığı ise 319 milyon (%6.2) olup 2045 yılında, BGT için 730 milyon (%11.4), BAG için 441 milyona (%6.9) ulaşacağı tahmin edilmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2045 yılına kadar Diyabetin %46 artışla 8 yetiştikten 1'inin, yani yaklaşık 783 milyonun diyabetle olacağını tahmin etmektedir (IDF, 2021).

Ülkemizde 26499 kişi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP-II) kapsamında Türk yetişkin popülasyonu içerisinde DM prevalansında %90 yükseliş ile %13,7'ye ulaştığı belirlenmiştir. Ülkemizin DM prevalansı (yaşa göre düzeltilmiş) %12.1'dir. Bu değer Avrupa bölgesindeki en yüksek prevalans olduğu ifade edilmiştir (Ürekli, 2023).

#### **2.4. Diabetes Mellitus Semptomları ve Tanı Yöntemleri**

Diyabetes Mellitus tanısı hipergliseminin klasik semptomlarının (poliüri, polidipsi, polifaji, kilo kaybı, görme bozukluğu) varlığında ve açlık kan glukozu 126 mg/dL veya üzerinde ise veya herhangi bir zamandaki değeri 200 mg/dL veya üzerinde ise konur. Günümüzde 2003 Amerikan Diyabet Derneği (ADA) tanı kriterleri kullanılmakta olup hem Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hem de IDF tarafından kabul edilmiştir (Biol, Olgun & Çelik 2020; Olgun & Çetinkaya 2021).

**Tablo 2.1 Diyabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri**

	Aşık Diabetes Mellitus	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	Yüksek Risk Grubu
Açlık Plazma Glukozu (>8 st. Açlıkta)	>126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2. St PG (75 gr glukoz)	≥ 200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele Plazma Glukozu	≥ 200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	-
HbA1c	≥ %6.5 (≥ 48 mmol/mol )	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)

BAG: Bozulmuş Açlık Glukozu; BGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı; OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

HbA1c: Glikozillenmiş hemoglobin 2. St PG: 2. Saat plazma glukozu

(Kaynak: Olgun & Çetinkaya 2021)

Diyabet tanısı için venöz plazmada glukoz oksidaz metodu ile “mg/dl” olarak ölçülmelidir. Klinikte veya hastaların evde glisemi takibinde kullandıkları tam kan, kapiller kan ve serum glisemi değerleri, venöz plazma ölçümlerine göre değişiklik gösterebilir (Şahin & Öncel, 2014). Diyabet semptomlarının bulunmadığı veya başlangıçta iki farklı test yapılmış ve test sonuçları farklı çıkmış ise farklı bir günde test aynı yöntemle doğrulanmalıdır. Test için venöz kan alınmadan önce en az 8 saat önce kalori içeren yiyecek ve içecekler tüketilmemelidir (Biol, Olgun & Çelik 2020; Olgun & Çetinkaya 2021).

## 2.5. Diyabet Sınıflandırması

Diyabetin sınıflamasında en son 1997’de Ada tarafından yapılan ve 1999’da yeniden gözden geçirilen sınıflama kullanılmaktadır. Bu sınıflama etyolojisine dayanmaktadır. Dört başlık altında toplanan son sınıflamada: Tip 1 Diabetes Mellitus, Tip 2 Diyabetes Mellitus, Gestasyonel Diyabet ve Diğer Spesifik Diyabet Tipleri dir. (Biol, Olgun & Çelik 2020; Olgun & Çetinkaya 2021).

### 2.5.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Tip 1 diyabet, vücudun bağışıklık sistemi tarafından pankreasın insülin üreten beta hücrelerine yapılan saldırı sonucu ortaya çıkan bir otoimmün hastalıktır. Bu durumda, vücut insülin üretimini çok az veya hiç yapamaz. Bu yıkıcı sürecin kesin nedenleri tam olarak anlaşılamamış olsa da genetik faktörlerin (birçok genin etkisi

altında) ve viral enfeksiyon gibi çevresel tetikleyicilerin bir araya gelerek otoimmün reaksiyonu başlatabileceği öne sürülmektedir (Atkinson vd., 2014).

Tip 1 diyabet geçmişte büyük oranda çocuklarda ve ergenlerde görülen bir hastalık şeklinde kabul edilmektedir. Fakat söz konusu görüş son 10 yıl içerisinde büyük bir değişim göstermiştir. Böylece, hastalığın başlangıç yaşı artık belirleyici bir faktör olmaktan çıkmıştır. Bu aşamadan sonra polidipsi, polifaji ve poliüri (hastalığın başlangıç aşaması ile ilgili klasik semptom üçlüsü) hastalığın belirleyici faktörleri olarak kullanılmaya başlanmıştır. Açlık hiperglisemisi, çocuklarda, ergenlerde ve daha az oranda yetişkinlerde tanısal işaret olmaya devam etmektedir. Eksojen insülin replasmanına acil olarak gereksinim duyulması, aynı zamanda ömür boyu tedavi gerektiren tip 1 diyabet hastalığının da ayırt edici özelliği arasında yer almaktadır. Tip 1 diyabet hastalığının epidemiyolojisi, halihazırda bulunan tedavilerin etkinliği, bozukluğun nasıl geliştiğinin anlaşılması ve rahatsızlığın önlenmesi ya da iyileştirilmesi ile alakalı temel sorular hala süregelmektedir (Atkinson vd., 2014).

Tip 1 diyabetli çocuklarda genel itibari ile poliüri, polidipsi ve kilo kaybı semptomları görülmektedir. Yaklaşık üçte birinde ise diyabetik ketoasidozla karşılaşmaktadır. Tip 1 diyabetin ilk aşaması çok daha uzun olabilmektedir. Çocuklarda görülen klasik Tip 1 diyabet semptomları yetişkin bireylerde değişken olabilmektedir. Her ne kadar geleneksel olan tanımlar Tip 1 diyabeti gençlik temelli olarak gruplandırırsa da hastalık her yaş grubunda ortaya çıkabilmekte ve vakaların %50'lik kısmı yetişkinlikte görülmektedir (Dimeglio vd., 2018).

### **2.5.2. Tip 2 Diabetes Mellitus**

Önceki yıllarda "insülin bağımlı olmayan diyabet" olarak adlandırılan Tip 2 DM, tüm DM formlarının en yaygın görüleni olarak bilinir ve genellikle %90-95'lik bir oranla teşhis edilir. Bu diyabet formu, genetik, çevresel ve davranışsal birçok değişken tarafından etkilenen multifaktöriyel bir tabloya sahiptir. Bu hastalarda, göreceli olarak insülin eksikliği, periferik dokularda insülin direnci ve hiperglisemi gibi bulgular gözlemlenir (TEMD, 2022).

Tip 2 DM' nin genel seyri, ilerleyen yaşla birlikte artan insülin direnci, azalan  $\beta$  hücre fonksiyonu ve yetersiz insülin salınımı olarak tanımlanır. Tip 2 DM'ye yatkınlığı olan bireylerde  $\beta$  hücre fonksiyonunun bozulmasını ve hastalığın seyrini etkileyen birincil nedenin genetik faktörler olduğu varsayılmaktadır (Gerich, 2017).

Tip 2 DM' de uzun bir prediyabet dönemi vardır ve bu dönem (5-15 yıl arası) genellikle semptomsuzdur. Ancak bu süre zarfında, özellikle makroanjiyopati gibi çeşitli komplikasyonların gelişebileceği bilinmektedir. Diyabet tedavisinde öncelikli hedef, yüksek riskli bireylerde Tip 2 Diyabet gelişiminin önlenmesidir. Bu, yaşam tarzı değişiklikleri, beslenme düzeni, egzersiz alışkanlıkları ve gerekirse ilaç tedavisi gibi stratejilerle desteklenir. Tip 2 Diyabet tedavisinde en önemli nokta, tedavinin bireyselleştirilmesidir (TÜRKDİAB, 2023).

Tip 2 diyabet tanısının ardından hastalar için başlangıçta ilk olarak yapılması gereken tıbbi beslenme tedavisi (TBT), bir spor programı düzenlemek ve bireye diyabet hastalığı ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi olarak ifade edilmektedir. Diğer yandan diyabet hastalığının tedavi sürecinde optimal glisemik denetimi sağlayabilmek için farmakolojik tedavi verilmesi de mecburi bir durum olarak belirtilmektedir (Turan & Kulaksızoğlu, 2015).

Diyabet hastası olan kişilerde diyabet yönetimini değerlendirmek amacı ile sadece klinik izlem kullanımı sınırlı olmaktadır. Bunun sebebi ise klinik izlemlerin hasta olan bireyin sağlık durumu veya gündelik hayat aktivitelerini özellikle psikolojik etkisini tam anlamı ile ifade edememesi olarak ifade edilebilmektedir. Bundan dolayı, tip 2 diyabet hastalarının semptomlarını ortaya koyabilmek açısından daha detaylı bir incelemeye, değerlendirmeye ve izleme gereksinim duyulmaktadır. Buna ek olarak, gerçekleştirilen semptom değerlendirmesi neticesinde, tip 2 diyabet hastası olan kişilerin mevcut problemleri erken evrede tespit edilerek, gereken danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, meydana gelen ya da gelebilecek komplikasyonların azaltılması için farkındalık kazanabilmesine büyük oranda katkı sağlayabilir (Kumsar vd., 2019).

### **2.5.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus**

Gebelik öncesinde herhangi bir diyabet belirtisi olmayan ancak gebeliğin ilerleyen dönemlerinde birden glukoz intoleransı gelişmesidir (ADA, 2022). Genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde ortaya çıkan gestasyonel diyabetli (GDM) kadınların doğum sonrasında çoğunlukla kan şekeri normale döner. Gestasyonel diyabet kadınların hamilelik ve doğum sürecinde komplikasyon riskini artırır (Biol, Olgun & Çelik 2020; Olgun & Çetinkaya 2021).

Gestasyonel Diyabet geçiren birçok kadında ilerleyen yaşlarda tip 2 diyabet gelişmektedir. Bu nedenle, gestasyonel diyabet (GDM) tanısı almış kadınlarda,

doğumdan sonra 6-12. haftalarda standart 75 gram glukozla yapılan, 2. saatteki Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) yapılmalıdır. Bu test, kadınların diyabet riskini belirlemek ve erken müdahale için gereken adımları atmak için önemlidir. Gestasyonel Diyabet öyküsü bulunan kadınlarda, tüm hayatı boyunca üç yılda bir diyabet taraması yapılması gerekmektedir (Biol, Olgun & Çelik 2020).

#### **2.5.4. Diğer spesifik tipler**

Bu grupta Tip 1 ve Tip 2 ile ilişkisi olmayan, temelinde beta hücre işlevi ve insülin etkisindeki genetik kusurlar, pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç veya kimyasal maddeler, konjenital rubella ve sitomegalovirus enfeksiyonları, genetik sendromlar nedeniyle ortaya çıkan diyabet türü bulunur (TEMD, 2020).

#### **2.6. Diabetes Mellitus'un Fiziopatolojisi**

Tip 1 Diyabetin fiziopatolojisinde genellikle pankreasın beta hücrelerinin harabiyeti sorumlu tutulur. Uygun genetik bir zeminde çevresel faktörlerin etkisiyle başlayan otoimmün saldırı, beta hücrelerine zarar verir. Beta hücrelerinin yaklaşık %80'i tahrip olduğunda, klinik bulgularıyla diyabet belirtileri ortaya çıkar. Tip 1 diyabette mutlak bir insülin yetersizliği görülür. (Biol, Olgun & Çelik 2020).

Tip 2 diyabette görülen hipergliseminin fiziopatolojisinde iki temel bozukluk bulunmaktadır. İlk olarak, karaciğer ve kas dokularında görülen insülin direncidir. İkinci olarak ise, yetersiz insülin üretimidir. İnsülin direnci, bilinmeyen genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etkilerin de etkisiyle meydana gelir. Bu çevresel etkiler arasında obezite ve yetersiz fiziksel aktivite önemli bir yer tutar. Tip 2 diyabetiklerde kas dokusu ve karaciğer insüline karşı dirençlidir. İdeal bir öğünle alınan glukozun büyük bir kısmı kas dokuları tarafından kullanılırken, bu dokulardaki insülin direnci, glukoz toleransı ve tokluk glukozunun bozulmasına yol açar. Glukoz homeostazına ilişkin erken belirtiler, normal açlık glukozunda 65-109 mg/dL, bozulmuş açlık glukozunda 110-125 mg/dL ve bozulmuş glukoz toleransında OGTT'de 2. saat kan glukozunda 140-199 mg/dL değerleridir. Ayrıca, açlık kan glukozunun 125 mg/dL'nin üzerinde, tokluk kan glukozunun 200 mg/dL ve üzerinde veya herhangi bir zamanda alınan kan şekerinin 200 mg/dL ve üzerinde olması diyabet tanısını koydurur (TEMD, 2020).

## 2.7. Diabetes Mellitus'un Belirti ve Bulguları

Diyabetin belirtileri arasında klasik üç belirtisi (3P) poliüri (idrar yapmanın artması), polidipsi (susamanın artması), polifaji (iştahın artması) dir. Yorgunluk, deri, idrar yolu ve mantar enfeksiyonları, bulanık görme, yaraların geç iyileşmesi, ağız kuruluğu, ciltte pigmentasyon bozukluğu bulunmaktadır. Ancak, bazı bireyler bu belirtileri önemsemez veya farklı nedenlere bağlarlar. Bu nedenle diyabet tanısının konulmasını gecikebilir ve bu süreçte çeşitli komplikasyonlarla oluşabilir (Birol, Olgun & Çelik 2020; Olgun & Çetinkaya 2021).

## 2.8. Diabetes Mellitus'un Tedavi Yöntemleri

Diyabet tedavisinin amacı, kan glukoz düzeyinin uygun seviyelerde tutulması, insülin işlevselliğinin sağlanması, diyabetli bireylerin akut ve kronik komplikasyonlardan korumak ve yaşam kalitesinin artırmaktır (Olgun & Çetinkaya 2021 Birol Leman vd., 2022; Olgun & Çelik, 2022; Türkiye Diyabet Programı, 2020-2024).

Diyabet tedavisi multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmelidir. Tedavinin başarısında önemli olan beş faktör bulunur (Yıldırım vd., 2020). Bunlar;

- Tıbbi beslenme tedavisi
- Fiziksel aktivite
- İlaç (Farmakolojik) tedavisi
- Diyabetli bireyin izlenmesi
- Eğitim

### 2.8.1. Tıbbi beslenme tedavisi (TBT)

Diyabetli bireyler, kan glukoz seviyelerini kontrol etmek için dikkatli bir şekilde sağlıklı beslenmelidir ve ilaç/insülin tedavilerine uygun öğünler tüketmelidir. Bu yaklaşım, yüksek kan şekeri seviyelerinden kaynaklanabilecek komplikasyonları önlemeye yardımcı olur (Olgun & Çelik, 2021). Diyabetli bireylerin bedensel özellikleri ve aktivite durumu dikkate alınarak, karbonhidrat (%45-60), protein (%15-20) ve yağ (%20-30) içeren beslenme önerilmektedir. Beslenmede, bol posalı gıdaların tüketilmesi, tokluk hissi oluşturması ve ince bağırsaktaki glukoz emilimini geciktirmesi nedeniyle önemlidir (Gör vd., 2019).

## **2.8.2. Fiziksel aktivite / egzersiz**

Fiziksel aktivite bireyin zor durumlarla başa çıkma direncini artırırken kan glukoz seviyelerinin kontrolü üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu bilinmektedir (TEMD, 2022). Yapılan araştırmalar, düzenli egzersizin kan glukozunu olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, kan basıncı ve kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmada fiziksel aktivite ve egzersizin olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Düzenli egzersiz, kan basıncını düşürmeye, kolesterol seviyelerini düzenlemeye ve genel olarak kalp sağlığını iyileştirmeye yardımcı olabilir (Yetgin, 2017).

Herhangi bir kontrendikasyonu olmayan Diyabetli bireyler haftada 3 kez toplam 150 dakika ve düzenli olarak egzersiz yapmalıdır. Egzersiz sırasında rahat, geniş tabanlı ayakkabı ve pamuklu çorap giyilmelidir. Egzersizler ısınma ve soğuma periyodlarını içermelidir. Egzersiz sırasında oluşabilecek hipoglisemiye karşı şekerli gıda ve içecekler bulundurulmaları, dehidratasyonu önlemek için egzersiz öncesi ve sonrasında sıvı almaları gerektiği anlatılmalıdır. Hastanın yanında diyabet kimlik kartı olmalı ve göğüs ağrısı geliyorsa egzersiz sonlandırılmalıdır. En uygun egzersiz tempolu yürüyüştür. Kahvaltıdan veya akşam yemeğinden bir saat sonra yürüyüş yapmak yeterlidir (Biol, Olgun & Çelik 2020; Olgun & Çetinkaya 2021)

## **2.8.3. İlaç tedavisi**

### *2.8.3.1. İnsülin tedavisi*

Pankreastan yeterli miktarda insülin üretilmediği durumlarda, dışarıdan insülinin verilmesi gerekir. İnsülin tedavisi, eksik olan insülinin yerine konması amacıyla uygulanan bir tedavidir (Olgun & Çetinkaya 2021). İnsülin, enerji ihtiyacı için kullanılan glukozun hücre içine geçişini sağlamakla görevlidir. İnsülin tedavisine başlarken insülin desteğini sürdürmek ve eksikliğini gidermek amaçlanır (TEMD, 2022).

Tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve oral antidiyabetik ilaçların kombinasyonu ile hedeflenen glisemik değerlere ulaşamadığı durumlarda, çeşitli nedenlerle glisemik kontrolün bozulduğu durumlarda, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların geliştiği durumlarda, gebelik ve cerrahi gibi özel durumlarda ve tüm tip 1 diyabetli hastaların tedavisinde kullanılır. İnsülin tedavisine başlarken temel amaç, insülin eksikliğini yerine koymak ve insülin desteğini sürdürmektir (TEMD, 2022).

### 2.8.3.2 Oral antidiyabetik tedavisi

Yaşam tarzı değişikliği ile glisemik kontrol sağlanamadığı durumlarda, diyabet ilaçları veya insülin tedavisi gibi farmakolojik müdahaleler gerekebilir. Bu nedenle tedaviye oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar eklenir. Tek ilaçlı tedavi ile başlayan süreç genellikle sadece birkaç yıl sürebilir, daha sonra kombinasyon tedavisi olarak adlandırılan çoklu ilaç ve/veya insülin tedavisi ile devam eder (Klinik Tıp Bilimleri Dergisi, 2017).

Günümüzde kullanılan oral antidiyabetik ilaçlar (OAD'ler), etki mekanizmalarına göre beş gruba ayrılır: insülin duyarlılığını arttıranlar/insülin direncini azaltanlar, insülin sekresyonunu arttıranlar, inkretin hormonlara etki edenler ve böbreklerden glukozun geri emilimini azaltanlar şeklindedir (Özcan, 2021).

### 2.8.4. Diyabetli bireyin izlenmesi

Diyabetli bireylerin klinik izlemleri ve kendi takipleri, tedavi açısından son derece önem arz etmektedir. Bu bireylerin, ani kan şekeri düşüklüğünü veya yüksekliğini farkında olmaları gerekmektedir. Bu takip, diyabetin kontrol altında tutulmasına ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılmasına yardımcı olur.

Diyabetli bir bireyin kan şekeri değerleri 250 mg/dL'nin üzerine çıkarsa veya 70 mg/dL'nin altına düşerse ve buna kusma, ishal veya beslenme bozukluğu eşlik ederse, ayrıca 24 saatten daha uzun süreli 38,3 °C'den daha yüksek ateşi varsa ve tedaviye rağmen 24-48 saat içinde kan şekeri normal değerlere dönmezse, bireyin kesin olarak idrarında veya kanında keton seviyeleri ölçülmelidir. Bu önlemler, ciddi bir diyabetik kriz veya ketoasidoz gibi durumların erken tespit edilmesine ve uygun müdahalelerin yapılmasına yardımcı olabilir (Olgun & Çetinkaya 2021).

Bireysel izlem, diyabetin kontrolünde önemli bir rol oynar. Bu izleme yöntemi, kolay, ekonomik ve güvenilir bir şekilde düzenli kontroller sağlayarak kan şekeri seviyelerindeki dalgalanmaları önlemekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Sivrikaya & Ergün, 2018).

### 2.8.5. Eğitim

Diyabetli bireylere verilen eğitimin temel amacı, öz bakım becerilerini artırarak diyabetle ilgili bilgilerini güncel tutmak ve olası komplikasyonları engellemektir (Biol, Olgun & Çelik 2020). Diyabetli bireylerin, hangi durumlarda hastaneye başvurması gerektiğinin farkında olmaları, beslenme düzeni, fiziksel aktivite/egzersiz ve ilaç tedavisi

arasında denge kurlmaları açısından önemlidir. Bu, diyabet yönetiminde etkili bir rol oynar ve sağlık durumlarını kontrol altında tutmalarına yardımcı olur. Diyabetli bireyler sıkı bir eğitim programına alınmalıdır (Biol, Olgun & Çelik 2020).

## 2.9. Diyabetin Komplikasyonları

Diabetes Mellitus (DM), uzun dönemde makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların bir arada bulunmasıyla morbidite ve erken ölüm riskini arttıran metabolik bir hastalıktır. Bu durum, ciddi bir bakım gereksinimine yol açar ve dolayısıyla maddi yükümlülüğü ağır bir hastalıktır. Gün geçtikçe diyabetin yaygınlığının artması ve toplumlar arasındaki farklılıklar, bireyleri olumsuz etkilemektedir (IDF, 2022). Diabetes Mellitus'un komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Akut komplikasyonlar ani ve hızlı bir şekilde gelişir, kan şekeri seviyelerindeki ani değişikliklerle ilişkilidir ve acil müdahale gerektirebilir. Kronik komplikasyonlar ise uzun süreli kontrolsüz diyabet sonucunda ortaya çıkar ve genellikle yıllar içinde gelişir, organlarda ciddi hasara neden olabilir (ADA, 2023).

Akut diabetes mellitus komplikasyonları (Salcan, 2022);

- Hipoglisemi
- Diyabetik Ketoasidoz (DKA)
- Hiperglisemik Dehidratasyon Sendromu (Hiperosmolar Hiperglisemik Durum)
- Laktik Asidaz (LA) şeklinde sıralanmaktadır.

Mortalite riski bulunduğu için akut komplikasyonlara erken müdahale, kritik öneme sahiptir (ADA,2023).

Kronik diyabet komplikasyonları ise (Salcan, 2022);

- Mikrovasküler Komplikasyonlar (Nöropati, Retinopati, Nefropati)
- Makrovasküler Komplikasyonlar (Serebrovasküler Hastalıkları, Kardiyovasküler Hastalıklar, Periferik Damar Hastalıkları)
- Diğer Komplikasyonlar ise Glokom ve katarakt gibi göz rahatsızlıkları, gastroparezi gibi gastrointestinal sistem hastalıkları, cinsel fonksiyon bozukluğu ve enfeksiyon gibi genitoüriner sistem hastalıkları, diyabetik akantosiz nigrikans gibi dermatolojik rahatsızlıklar, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkları, demans gibi sinir sistemi hastalıkları ile charcot ve diyabet ayak hastalığı gibi kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını içermektedir (Salcan, 2022).

## 2.10. Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısı ve Siberkondri Etkisi

Diyabet rahatsızlığı uzun süreli ve devamlılığı olan bir hastalık olmasından dolayı ömür boyu bakım, tedavi ve yönetim gerektirmektedir. Fakat diyabet hastaları rahatsızlığın kişisel yönetimini devam ettirirken birtakım engeller ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu engeller; denetim sorunları (hiperglisemi ve hipoglisemi yaşama durumu), sosyal çevre ile iletişim gibi sosyal bireysel etkenler, hastalıktan korkma ve endişe duyma gibi negatif tutumlar, ilaçlarını uygulama gibi tedavi engelleri ve açlık kan şekeri takibi ile sıklığında bozulma olması gibi izleme engelleri olarak ifade edilmektedir. Diyabet hastası olan bireylerin önüne çıkan zorluk ya da engeller hastalığın yönetimini ve kontrolünü de aksatmaktadır. Diyabet yönetimi iyi olmayan hasta bireylerde nefropati, nöropati ve retinopati gibi komplikasyonlar görülmektedir ve bunun sonucunda daha çok hiperglisemi ya da hipoglisemi meydana gelmektedir. Özellikle yoğun insülin tedavisinin meydana getirdiği hipoglisemi endişesi, diyabete uyum ve metabolik denetimi olumsuz yönde etkilemektedir (Üren & Karabulutlu, 2018).

Diabetes Mellitus, hasta olan kişi bakımından psikolojik, duygusal, sosyal ve psikoseksüel açıdan bir dizi problemin ortaya çıkmasına neden olabilen ve devamlılığı olan fiziksel bir rahatsızlıktır. Hem diyabetin ortaya çıkış sürecindeki psikolojik durumun etkisi hem de diyabet ve beraberinde gelen komplikasyonların ruh haline olan etkileri göz ardı edilemez. Emosyonel gerginlik hem nöroendokrin ve hormonal yöntemler ile hem de dolaylı olarak diyabet hastalığının tedavi ve takip edilmesini etkileyerek kan şekeri bozukluğuna neden olmaktadır. Anksiyete ile epinefrin salgısının uyarıldığı ve bu durumun da insülin etkisini düşürdüğü ifade edilmektedir. En kolay psikososyal güçlük ve psikolojik çatışma durumunda dahi kortizol, serbest yağ asitleri ve kan şekeri yükselmektedir. Tıbbi tedavi olmasına karşın, kan şekeri normal değer aralığına düşmeyen hasta bireylerde stres ve endişe önemli bir unsur olarak belirtilmektedir. Bu gibi durumlarda insülin dozunu yükseltmeden önce psikososyal değerlendirme gerçekleştirilmesi son derece önem arz etmektedir (Kavak & Aktürk, 2019).

Yoğun insülin tedavisi gören diyabet hastalarının, tıbbi beslenme tedavisi (TBT), egzersiz ve insülin tedavisi arasındaki dengeyi iyi algılamaları ve bu dengeyi koruyabilmek için belirli uygulamalar yapmaları gerekmektedir. Böyle bir durumda diyabetli bireylerden kendi sağlık sorumluluğunu üstlerine almaları, beslenme ve egzersiz düzenlemelerini gerçekleştirmeleri, insülin enjeksiyonunu yapmaları, tavsiye edilen biçimde kan şekerlerini ölçmeleri beklenmektedir. Fakat, karmaşık bakım ve tedavi

gerektiren diyabet hastalığında kişilerin yukarıda belirtilen yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirme konusunda zorlandıkları, uyum zorluğu yaşadıkları, özellikle insülin tedavisine başlama noktasında, devam ettirme sürecinde ve tavsiye edilen biçimde kan şekeri izlemine yapmada korku ve kaygının son derece önemli bir yer tuttuğu belirtilmektedir (Çelik & Pınar, 2014).

Diyabetli bireylerde anksiyete ve depresyon son derece yaygın olarak görülmekte ve kişilerin %10 ile %30' nu etkileyebilmektedir. Bu bireylerde depresyon, bir dizi potansiyel ve demografik unsur ile bağlantılı olabilmektedir. Söz konusu unsurları; yaş, insülin kullanımı, diyabet türü ve diyabetin zamanı olarak sıralayabiliriz. Depresyon ve anksiyete, farklılaştırılabilir risk unsurlarıdır ve diyabet hastaları için tedavi ile birlikte kan şekeri kontrolünü ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek mümkündür (Javadi vd., 2007). Anksiyete, zayıf glisemik denetim ortaya çıkabilir ve anksiyetenin tedavisi gelişmiş glisemik denetim ile bağlantılıdır. Diyabet hastalığında anksiyete yönetiminin potansiyel etkisini ölçmek için anksiyete prevalansının, mevcut olandan daha doğru bir tahminine gereksinim duyulmaktadır (Grigsby vd., 2022).

Diabetli bireylerin hipoglisemiye bağlı olarak meydana gelen semptomlar sebebi ile hipoglisemiden endişe duydukları ve diyabet bakımı ile alakalı yeteri kadar bilgilerinin bulunmasına karşın, kan glikoz seviyesini yüksek tutma yönünde davranışlar gösterdikleri belirtilmektedir. Hipoglisemi endişesi, yoğun insülin tedavisi gören diabetes mellitus hastası olan kişilerde tedavi sürecini güçleştiren en önemli unsur olarak değerlendirilmektedir. Ciddi hipoglisemi tecrübesi kazanan diyabet hastası bireylerin; hipogliseminin farkında olamama, tek başlarına kaldıkları zaman hipoglisemi geçirme, sersem hale gelme, utanacakları davranışlarda bulunma, kalabalık ortamlarda baygınlık geçirme, baş dönmesi, hata yapma, araba kullanırken hipoglisemi geçirme, kazalara sebep olma, uykudayken hipoglisemi geçirme, uzun süre devam eden bir faaliyet esnasında hipoglisemi geçirme gibi birçok endişeleri yer almaktadır (Gül vd., 2021).

Diyabet hastası bireylerin hastalık süresi boyunca yukarıda ifade edilen kaygı durumlarından herhangi birine sahip olmaları birtakım patolojik davranışların meydana gelmesine sebep olabilmektedir. Bu nedenle insanlar, sağlığa yönelik tanı ve bilgileri araştırmak amacıyla çoğu zaman arama motorlarından yararlanabilmektedir. Sağlık bilgisi elde etmek amacı doğrultusunda en fazla yararlanılan arama motoru olan Google; "*Doktor Google*" şeklinde ifade edilmektedir. Arama motoru üzerinde araştırılan semptomlar, bireyin tıbbi geçmişi ve aile hikayesi ile alakalı detaylar dikkate alındığı zaman büyük önem arz edebilmektedir. Fakat web arama motorları söz konusu

değerlendirmeler doğrultusunda yanıt verme kabiliyetine sahip değildir. Buradan hareketle internet üzerinde bulunan sağlık bilgilerinin sözü edilen nitelikleri, sağlığı ile ilgili kaygı duyan kişilerde belirsizliği artırabilmektedir. Ayrıca çevirim içi kaynaklardan tıbbi bilgilere ulaşım sağlamak birçok insan açısından yaygın, faydalı ve ulaşılabilir bir strateji olarak değerlendirilse de bazen çevirim içi arama aşırı ve yineleyici hale gelebilmektedir. Bu durumda siberkondri gibi patolojik bir davranışa dönüşebilmektedir (Öztürk, 2020; Maftai & Holman, 2020).

Siberkondri sözcüğünün ortaya çıkış tarihi net olarak belli değildir ancak ilk olarak 1999 senesinde Ann Carrns tarafından yazılan bir yazıda sözü geçmiştir. Sber ve hipokondriyazis sözcüklerinden meydana gelen siberkondri, halk arasında “hastalık hastalığı” şeklinde ifade edilen ve bedende fiziksel olarak herhangi bir bozukluk bulunmamasına rağmen kendini devamlı hasta hissederek daha fazla doktora gitme davranışı şeklinde adlandırılan ‘Hipokonriyazis’ rahatsızlığının dijital versiyonu olarak ifade edilmektedir. Birey artık gitmiş olduğu sağlık kuruluşlarına güven duymamaya başlamakta, kendini tatmin edemez duruma gelmekte ve çareyi internet ortamında aramaya çalışmaktadır. Fakat internete ulaşılabilirliğin basit olmasının yanı sıra bilgilerin kişide yer alan belirtileri herhangi bir rahatsızlığa yönlendirebilmektedir. Çünkü internet ortamında yer alan bilgiler dağınık, kalitesi düşük ve hastalık ile ilgili teknik bir dil içermemektedir. İnternet üzerinde yer alan bilgiler ve belirtiler ortak bir teşhis noktasında bir araya gelmemekte ve bireyi internet ortamının girdabına çekmektedir (Demirhan & Eke, 2021).

Siberkondri davranışına sahip bireyler kendisinde olduğunu düşündüğü rahatsızlık ve hastalıkları ile ilgili internet ortamında belge, bilgi ve tedavi metodları araştırmak suretiyle kendisine tanı koymaya çalışmakta veya tedavi etme çabasına girmektedirler. Literatür incelendiği zaman siberkondri; “*burada acaba gözden kaçan bir bilgi ya da belge var mı*” düşüncesi doğrultusunda günlerce ve hatta haftalar boyunca yineleyerek hastalığı hususunda araştırma gerçekleştiren kullanıcı bireyde meydana gelen kaygı (anksiyete) bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir (Tarhan vd., 2021). Bu tanımdan yola çıkarak siberkondri hastalığı yorumlandığı zaman, hem sağlık ile alakalı araştırmaların sağlık anksiyetesi durumunu nasıl yükselttiği hem de söz konusu davranış modelinin negatif etkilerine karşın neden bireylerin devam ettiği konusu üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bireylerin kendisi ya da yakınlarının şikayetlerine ilişkin mükemmel açıklamalara duyulan gereksinim online sağlık araştırmalarının yinelenebilirliğini açıklayabilmektedir (Sabandüzen & Kavaklı, 2022).

Siberkondri düzeyi yüksek olan bireyler '*siberkondriyak*' şeklinde ifade edilmektedir. Siberkondriyak olan bireyler, kendi fiziklerinde gerçekleşen belirtileri internet ortamında araştırma yaparak benzer belirtileri olan ciddi rahatsızlıkların kendilerinde de bulunduğunu düşünerek kaygı ve endişe duyguları yaşayabilmektedirler. "Örneğin, siberkondriyak bir birey göğüs kısmında ağrı hissettiğinde, kalp krizi geçirdiğini veya kalp yetmezliği yaşadığını düşünebilir ve bu düşünceyle kendi kendine teşhis koyarak hastaneye gidebilir. Hastanede gerçekleştirilen tahlil ve testler neticesinde herhangi bir hastalığı olmadığı belli olsa dahi kişi, kaygı ve endişe duymaya devam edebilmektedir. Bütün bu bilgiler doğrultusunda siberkondri, hastanelerin yoğunluğunu ve iş yükünü artırabilmekte, kaynak israfı, bireyin zamanını boşa harcamasına ve yanlış tedavilere yönelmesine neden olarak olumsuz sonuçlara yol açabilir (Deniz, 2020).

Siberkondri olan bireyler, sahip olduğu semptomlarını online biçimde denetlemek amacı doğrultusunda her gün saatler harcamak da dahil olmak üzere, düşünceleri ve eylemleri bakımından değişik niteliklere sahiptir. Halihazırda birçok hastalık korkusu ve endişesi içinde olan bu kişiler, sağlıklarıyla ilgili daha fazla kaygı yaşarlar. Yüksek hastalık kaygısı taşıyan ve bu durumdan mustarip olan bireylerin, algılanan engellerini abartma ihtimalleri çok daha fazla olmaktadır (Akhtar & Fatima, 2020).

Siberkondri bir dizi davranış içermektedir. Genel olarak bir tanı elde edebilmek amacı ile meydana getirilen, tek başına gerçekleştirilen bir faaliyet olarak adlandırılmaktadır; fakat aynı zamanda forum ve sohbet odaları aracılığı ile diğer internet kullanıcılarının da tanıyı bireyler ile doğrulamak ya da onlardan destek ve öneri istemek için katılımını da kapsayabilmektedir. (Starcevic & Berle, 2023).

Siberkondrinin maliyeti ve bunun ile alakalı meydana gelen hasar durumunun hesaplanmaması ile beraber ekonomik yükü ve toplum sağlığı göz önünde bulundurulduğunda önemi daha kesin olarak tespit edilmeyi beklemektedir. Siberkondri ile bağlantılı işlevsel zarar görme ve bunun akabinde sağlık ile alakalı olan davranışlar, sağlık hizmetinden yararlanma ve sağlık uzmanları ile ilişkiler üzerindeki etkileri hususunda gözlemler ve ön sonuçlar dikkate alındığında, siberkondrinin bireysel ve toplumsal etkilerinin önemli olduğuna dair düşünceler daha baskın gelmektedir (Göde & Öztürk, 2023). Yapılan araştırmalar sonucunda sağlık ile alakalı endişeye daha yatkın olan bireyler arasında internette yararlanmanın kaygı, endişe, korku ya da obsesif kompulsif davranışları yükseltme kapasitesine sahip olduğu ifade edilmiştir (Ünal vd., 2021).

Siberkondri hastalığı kavramının resmi olarak tanımı gerçekleştirildikten sonra akademik dergilerde de ilgi konusu olmaya başlamıştır. Online sağlık bilgisi arayışları olarak da ifade edilen siberkondri hastalığı ile sağlık kaygısı arasında bulunan bağlantıyı irdeleyen bir dizi araştırma geliştirilmiştir. Özel olarak incelendiğinde araştırmalar beş temel amaç doğrultusunda meydana getirilmiştir (Elciyar & Taşçı, 2017).

- Araştırma kapsamında yer alan yüksek oranda sağlık endişesi taşıyan katılımcı bireylerin interneti, düşük sağlık kaygısı taşıyanlara oranla daha fazla sağlık bilgileri amacı ile kullanıp kullanmadıklarını ortaya koymak,
- Yüksek ve düşük oranda sağlık kaygısı taşıyan katılımcılarda online sağlık bilgisi arayışının sıklığı ve zamanını ortaya koymak,
- Online sağlık bilgisi arayışının ardından gelişim gösteren sıkıntı ve kaygıların farklılıklarını ortaya koymak,
- Online bilgi arayışının biçim ve kaynakları arasındaki farklılıkları ortaya koymak,
- Online sağlık bilgisine ilişkin katılımcı bireylerin doğruluk algılarını ve sağlık kaygıları ile olan ilişkilerini tespit etmek.

Siberkondri, özellikle hasta bakımı ve yönetimi ile alakalı olarak sağlık profesyonelleri ile ilgili bir durum olarak nitelendirilmektedir. Teknolojinin sağlığın öz yönetimini ve geleneksel olan doktor-hasta ilişkisini pozitif yönde etkilediği konusunda genel bir görüş birliği bulunmaktadır. Fakat literatür, meydana gelen online sağlık bilgisi arama eğiliminin hatalı değerlendirme ve kaygı gibi negatif yönlerine dikkat çekmektedir. Arama motorları, yaygın veya nadiren görülen rahatsızlıkların benzer belirtilerine eşit oranda sonuç üretmesinden dolayı, bulguların değerlendirilmesi konusunda hatalı bilgilenmelere yol açabilmektedir. Bunun sonucunda da hatalı bilgilendirilen hasta bireylerin kaygılanmasına neden olabilmektedir (Turan, 2022).

Gün geçtikçe internet kullanımının daha fazla olması ve yükselmesi ile online tıbbi bilgileri görüntülemenin muhtemel negatif etkileri dikkate alındığı zaman, siberkondri son derece önemli bir toplum sağlığı problemi olarak nitelendirilmektedir. Bu bağlamda siberkondri ile ilgili risk durumlarının ortaya çıkarılması, gerekli olan bütün yönlendirmelerin gerçekleştirilmesi büyük önem arz etmektedir (Kartal & Kaya, 2021). Bu nedenle çalışmamızın amacı diyabet hastalarında sağlık kaygısının siberkondri düzeylerine etkisini belirlemektir.

## 3. YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Diyabet hastalarında sağlık kaygısının siberkondri düzeylerine etkisini belirlemektir.

### 3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma analitik kesitsel tipte bir araştırmadır.

### 3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Ağustos 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik ve servislerinde Diyabetes Mellitus tanısı ile takip edilen hastalar ile yapıldı.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik ve servislerine 2021 yılında başvuran ve tedavi gören 1093 Diyabetes Mellitus hastası oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenebilmesi için; G-Power programında Tip 1 hata 0.01 ve Tip 2 hata 0.01 (%99 güç) kabul edilerek, 0.3 korelasyon analizi baz alınarak gerekli örneklem büyüklüğü 229 olarak hesaplanmıştır. Ancak değişkenler arasındaki ilişkinin net anlaşılabilmesi için örnekleme dahil etme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 250 Diyabetes Mellitus hastası çalışmaya alındı.

#### **Araştırmaya alınma kriterleri:**

- 18 – 65 yaş arası Diyabetli bireyler
- En az okur-yazar olma,
- İletişim engeli olmama,

#### **Araştırmadan çıkarılma kriterleri:**

- Katılımcıların kendi istediği çalışmadan ayrılmak istemesi

### 3.5. Araştırma Soruları

Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri nasıldır?

Diyabetli bireylerin siberkondri düzeyleri nasıldır?

Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri, sosyodemografik değişkenlere göre değişim gösterir mi?

Diyabetli bireylerin siberkondri düzeyleri, sosyodemografik değişkenlere göre değişim gösterir mi?

Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı ile siberkondri düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı siberkondri düzeylerini etkiler mi?

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Ağustos 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında toplandı. Verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu (Aydemir vd., 2013, Uzun & Zencir, 2016, Güleşen & Beydağ, 2020; Tüter, 2019; Tiritoglu, 2019) (EK 5), Sağlık Kaygısı Envanteri (Aydemir vd., 2013) (EK 6) ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) (Uzun & Zencir, 2016) (EK 7) ile toplandı.

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** İki bölüm ve 47 sorudan oluşmakta olup, birinci bölümde sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, boy, kilo, internet kullanımı vb.), ikinci bölümde ise diyabet hastalığı ve tedavisine ilişkin sorular (Diyabet tipi, eğitim alma durumu, tedavisi, HbA1c vb.) yer aldı (EK 5).

**Sağlık Kaygısı Envanteri:** Salkovskis ve diğerleri (2002) tarafından geliştirilen envanter, 18 maddelik bir öz-bildirim aracı olup, 14 maddesi ruhsal durum, 4 maddesi de ciddi hastalık durumunu ölçmektedir. Ölçek iki boyutludur. Ölçek puan aralığı her madde için 0 ile 3 arasındadır ve yüksek puanlar daha yüksek sağlık kaygısını göstermektedir (Salkovskis vd., 2002). Sağlık Kaygısı Envanteri'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve diğerleri (2013) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0.918'dir. (Aydemir vd., 2013). Bu çalışmada; Sağlık Kaygısı Envanteri nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayı 0.965 olarak bulundu (Tablo 3.1). Araştırma öncesinde Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan e-mail yoluyla izin alındı.

**Siberkondri Ciddiyet Ölçeği:** Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) üniversite öğrencilerinde McElroy ve Shevlin tarafından 2014'de geliştirilmiş ve daha sonra, Fergus, (2014) ile Norr ve diğerlerinin (2015) yaptıkları çalışmalarda yetişkinlerde de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu gösterilmiştir. ((McElroy & Shevlin 2014; Fergus 2014; Norr vd., 2015). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği internette aşırı sağlık araştırması yapma ile karakterize, anksiyetenin bir şekli olarak tanımlanan siberkondriyi ölçmeye yönelik geliştirilmiş, psikometrik bir ölçektir. Ölçek 33 maddeden oluşmakta ve sürekli bir

ölçektir. Beşli Likert tipinde (1- hiçbir zaman, 2-nadiren, 3-bazen, 4-genellikle,5-her zaman) dir (McElroy ve Shevlin, 2013; Uzun ve Zencir, 2016).

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

Ölçekte 9., 18. ve 33. sorular ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 33 ve en yüksek puan 165 olup kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse siberkondri düzeyi de o kadar yüksektir. Ölçeğin yetişkinler üzerinde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri Uzun ve Zencir (2016) tarafından yapılmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin alt ölçeklerinin güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları 0,65 ile 0,85 arasında değişmekte olup; tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur. Bu çalışmada; SCÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayı 0.967 olarak bulundu (Tablo 3.1). Araştırma öncesinde Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan e-mail yoluyla izin alındı.

**Tablo 3.1** Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Analizi

		Madde Sayısı	Ortalama±Standart Sapma Medyan (Minimum-Maksimum)	Cronbach's Alpha
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	33	79.2±27.42 81(35-153)	0.967
	Zorlantı	8	16.46±6.87 17(8-40)	0.938
	Aşırı Kaygı	8	17.68±8.06 18(8-40)	0.947
	Aşırılık	8	18.82±8.73 18(8-40)	0.954
	İçini Rahatlatma	6	13.74±6.43 13(6-30)	0.934
	Doktora Güvensizlik	3	12.5±3.56 15(3-15)	0.860
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	18	17.84±11.62 18(0-50)	0.965
	Ruhsal Durum	14	16.15±10.05 17(0-42)	0.968
	Ciddi Hastalık Durumu	4	1.68±2.28 0(0-10)	0.891

### **3.7. Verilerin Analizi**

Araştırma verileri; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum değerler kullanıldı. Ölçeklerin toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin puanlar boyut altlarında yer alan ifadelere verilen cevapların puanlarının toplamından elde edilmiş olup normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilks testi ile incelendi. Gruplara göre birçok puan normal dağılıma uymadığı için gruplar arası farklılıkların incelenmesinde parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi uygulandı. Kruskal Wallis H Testi sonrasında Post Hoc test olarak Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Toplam ve alt boyutların birbirleriyle ilişkilerinin incelenmesi amacıyla Spearman Korelasyon Katsayısından faydalanıldı. Sağlık kaygısının siberkondri düzeyini yordalama durumu basit doğrusal regresyon analizi ile incelendi. Veriler; %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmanın yürütülmesi için öncelikle Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alanı Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul onayı (07/07/2022 tarih ve 03/03 nolu karar) ve çalışmanın yapıldığı kurumdan izin alındı. Araştırma verileri Ağustos 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze yöntemle toplandı. Görüşme öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı izinleri alındı. Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları, katılımın gönüllü olduğu ve elde edilecek kişisel verilerin gizli tutulacağı bilgisi verildi.

#### 4. BULGULAR

Araştırmada yer alan katılımcıların %60.8'i kadın, yaş ortalaması 53.6±8.54, %48.8'i 41-55 yaş grubundadır. Katılımcıların %89.2'sinin evli, % 48'inin ilköğretim mezunu, %86,4'ünün çalışmadığı, % 94.8'inin geliri giderine denk, 96.8' inin ilçede ve % 71,6'sının çekirdek ailede yaşadığı saptandı (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250)

Değişkenler ve Alt Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	152	60.8
	Erkek	98	39.2
Yaş	18-40	16	6.4
	41-55	122	48.8
	56-65	112	44.8
	Ort.±SS		53.6±8.54
	Medyan (Min-Maks.)	55(20-65)	
Medeni Durum	Evli	223	89.2
	Bekar	27	10.8
	Okur-yazar	89	35.6
Eğitim Durumu	İlköğretim	120	48.0
	Lise mezunu	29	11.6
	Üniversite ve üstü	12	4.8
Çalışma Durumu	Evet çalışıyorum	34	13.6
	Hayır çalışmıyorum	216	86.4
	Gelir giderden fazla	7	2.8
Gelir Durumu	Gelir gidere denk	237	94.8
	Gelir giderden az	6	2.4
	İlçe	242	96.8
Yaşanan Yer	Köy	6	2.4
	Kasaba	2	0.8
	Çekirdek aile	179	71.6
Aile Tipi	Parçalanmış aile	50	20.0
	Geniş aile	21	8.4

Diyabetli bireylerin internet kullanım alışkanlıkları incelendiğinde; sağlıkla ilgili yayın takip etmede %82.8'i takip yapmadığını, internette zaman geçirme sürelerine bakıldığında %51.6'sı günde 1 saatten az internette zaman geçirmekte, üyelik %43.2'si sosyal ağ sitelerine üye, %25.2'si hastalığı konusunda sosyal ağ sitesi takip etmektedir. İnternette hastalıkla ilgili arama yapma sıklığında hiçbir zaman diyenler %71.2 ile en yüksek tercihe sahiptir. Hastalıkla ilgili arama yapanların arama yaptıkları konular incelendiğinde hastalık belirtileri %62.5 ile ilk sırada, hastalıkla ilgili bitkisel tedaviler %51.4 ike ikinci sırada, ilaçlar konusunda arama yapma ise %43.1 ile üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2** Katılımcıların İnternet Kullanım Alışkanlıkları ve Hastalıklarını İnternette Takip Etme Tercihlerine Göre Dağılımı (n=250)

Değişkenler ve alt grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Sağlıkla İlgili Yayın Takip Durumu	Hiçbir zaman	207	82.8
	Nadiren	24	9.6
	Bazen/ara sıra	9	3.6
	Sıklıkla	10	4.0
	Günde 1 saatten az	129	51.6
İnternette Geçirilen Süre	Günde 1-2 saat	71	28.4
	Günde 2-3 saat	41	16.4
	Günde 4 saatten fazla	9	3.6
Sosyal Ağ Sitelerine Üyeligi Olma Durumu	Hayır	142	56.8
	Evet	108	43.2
Hastalığı İle İlgili Takip Ettiği Sosyal Ağ Olma Durumu	Hayır	187	74.8
	Evet	63	25.2
İnternette Hastalıkla İlgili Arama Yapma Sıklığı	Hiç	178	71.2
	Ayda bir veya daha fazla	34	13.6
	Haftada bir	18	7.2
	Haftada 2-4 kez	13	5.2
	Her gün	7	2.8
	Hastalık belirtilerim	45	62.5
İnternette Hastalıkla İlgili Arama Yapılan Konular* (Arama Yapanlar:72 kişi)	Hastalığımla ilgili bitkisel tedaviler	37	51.4
	İlaçlarım	31	43.1
	Diyetim yada beslenme	26	36.1
	Ayak yaraları ve bakımı	25	34.7
	Kan sonuçları	22	30.6
	Hastalığım ile ilgili tıbbi bilgi ve gelişmeler	11	15.3
	Hastalığım ile ilgili kullanılan cihazlar	2	2.8
Hastalığım ile ilgili komplikasyonlar	1	1.4	

\*Birden çok cevap alınmıştır.

Katılımcıları sağlık özellikleri incelendiğinde %42'sinin kilolu, %86.8'inin sigara kullanmadığı, %96'sının alkol kullanmadığı ve %89.2'sinin düzenli egzersiz yapmadığı belirlendi. Katılımcıların %30.4'ünün 6-10 yıldır diyabet tanısı aldığı, %71.6'sının Tip 2 DM, %28.4'ünün Tip 1 DM, %98'inin düzenli DM tedavisi aldığı, %62.8'inin OAD tedavisi aldığı ve %29.2'sinin diyabet diyetine uyduğu saptandı. Diyabetli bireylerin yalnızca %33.6'sının diyabetle ilgili eğitim aldığı, eğitim alanlar arasında ise %79.8'inin ilaç kullanma, %77.4'ünün diyet, %70.2'sinin kan şekeri düşüklüğü/yüksekliği konusunda eğitim aldığı bulundu. Katılımcıların %29.2'sinin diyabet komplikasyonu yaşadığı, %31.6'sının son 1 yıl içinde komplikasyon nedeniyle hastaneye yattığı, %70.4'ünün diyabet dışında kronik hastalığa sahip olduğu ve %66.8'inin ailesinde diyabetli

birey olduğu tespit edildi. Katılımcıların HbA1c ortalamalarının  $6.63 \pm 1.25$  ve %88.4'ünün HbA1c değerinin 8'in altında olduğu bulundu (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3** Katılımcıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250)

Değişkenler ve alt grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)	
	Normal	71	28.4
	Kilolu	105	42.0
<b>Beden Kitle Endeksi</b>	Fazla Kilolu	74	29.6
	Ort.±SS	28.13±5.34	
	Medyan (Min-Maks.)	27(18-51)	
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Evet	33	13.2
	Hayır	217	86.8
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet	10	4.0
	Hayır	240	96.0
<b>Düzenli Olarak Egzersiz Yapma</b>	Evet	27	10.8
	Hayır	223	89.2
	Ort.±SS	11.98±8.12	
	Medyan (Min-Maks.)	10(1-45)	
<b>Diyabet Süresi</b>	5 yıl ve daha az	57	22.8
	6-10 yıl	76	30.4
	11-15 yıl	58	23.2
	16-20	27	10.8
	21 yıl ve daha fazla	32	12.8
<b>Diyabet Tipi</b>	Tip 1	71	28.4
	Tip 2	179	71.6
<b>Diyabet Komplikasyonu Yaşama Durumu</b>	Evet	73	29.2
	Hayır	177	70.8
<b>Düzenli Tedavi Alma Durumu</b>	Evet	245	98.0
	Hayır	5	2.0
<b>Alınan Diyabet Tedavileri</b>	OAD	157	62.8
	İnsülin	70	28.0
	İnsülin ve OAD	23	9.2
<b>Diyabetle İlgili Eğitim Alma Durumu</b>	Evet	84	33.6
	Hayır	166	66.4
<b>Diyabetle İlgili Alınan Eğitimler *</b> (Eğitim Alanlar:84 kişi)	İlaç kullanma eğitimi	67	79.8
	Diyet eğitimi	65	77.4
	Kan şekeri düşüklüğü/yüksekliği	59	70.2
	Egzersiz, fiziksel aktivite eğitimi	34	40.5
	Ayak bakımı	8	9.5
<b>Diyabet Komplikasyonu Yaşama Durumu</b>	Evet	73	29.2
	Hayır	177	70.8
<b>Son 1 Yıl İçinde Diyabet Komplikasyonu Nedeniyle Hastaneye Yatma</b>	Evet	79	31.6
	Hayır	171	68.4
<b>Diyabet Diyetin Uyma Durumu</b>	Evet	73	29.2
	Hayır	177	70.8
<b>Diyabet Dışında Kronik Hastalığı Olma Durumu</b>	Evet	176	70.4
	Hayır	74	29.6
<b>Ailede Diyabet Öyküsü</b>	Evet	167	66.8
	Hayır	83	33.2

Değişkenler ve alt grupları		Sayı (n)	Yüzde (%)
	Ort.±SS - Medyan (Min-Maks.)	6.63±1.25 - 6(5-15)	
HbA1c Değeri	8 'in altı	221	88.4
	8 ve üstü	29	11.6

\*Birden çok cevap alınmıştır.

Diyabetli bireylerin SCÖ puan ortalaması 79.2±27.42, Sağlık Kaygısı Envanteri puan ortalaması 17.84±11.62 olarak bulundu. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Zorlantı alt boyutu puan ortalaması 16.46±6.87, Aşırı kaygı alt boyutu puan ortalaması 17.68±8.06, Aşırılık alt boyutu puan ortalaması 18.82±8.73, İçini rahatlatma alt boyutu puan ortalaması 13.74±6.43 ve Doktora güvensizlik alt boyutu puan ortalaması 12.5±3.56 olarak bulundu (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4** Sağlık Kaygısı Envanteri ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Medyan (Min-Maks.)	
		Ort.±SS	
<b>Siberkondri Ciddiyet Ölçeği</b>	<b>Ölçeği Toplam</b>	33	81(35-153)
	Zorlantı	8	16.46±6.87
	Aşırı Kaygı	8	17.68±8.06
	Aşırılık	8	18.82±8.73
	İçini Rahatlatma	6	13.74±6.43
	Doktora Güvensizlik	3	12.5±3.56
<b>Sağlık Kaygısı Envanteri</b>	<b>Ölçek Toplam</b>	18	17.84±11.62
	Ruhsal Durum	14	16.15±10.05
	Ciddi Hastalık Durumu	4	1.68±2.28

*Ort.:* Ortalama, *SS:* Standart sapma, *Min.:* Minimum değer, *Maks.:* Maksimum değer

Diyabetli bireylerin cinsiyeti ile SCÖ Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.5' te verildi.

Cinsiyete göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Kadınların puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Cinsiyete göre Sağlık Kaygısı Ölçeği Toplam ve Ruhsal Durum alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.001$ ). Kadınların Sağlık

Kaygısı Ölçeği toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamalarının erkek katılımcılarınkinden daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0.001$ ). Sağlık Kaygısı Ölçeği Ciddi hastalık durumu alt boyutu puan ortalaması ile cinsiyet arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5** Cinsiyete Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Kadın (n:152)	Erkek (n:98)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	82.58±28.17 88(40-153)	73.96±25.5 71(35-143)	-2.408	0.016*
	Zorlantı	17.37±7.33 18(8-40)	15.06±5.87 15(8-31)	-2.628	0.009**
	Aşırı Kaygı	18.51±8.4 19(8-40)	16.39±7.34 16(8-40)	-2.012	0.044*
	Aşırılık	19.84±8.94 20(8-40)	17.23±8.2 16(8-40)	-2.223	0.026*
	İçini Rahatlatma	14.33±6.56 15(6-30)	12.82±6.14 12(6-30)	-1.704	0.088
	Doktora Güvensizlik	12.53±3.7 15(3-15)	12.46±3.36 14(3-15)	-0.822	0.411
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	19.7±11.78 20(0-50)	14.94±10.79 16(0-50)	-3.540	0.000***
	Ruhsal Durum	17.82±10.17 18(0-42)	13.57±9.34 14(0-40)	-3.557	0.000***
	Ciddi Hastalık Durumu	1.89±2.38 1(0-10)	1.37±2.08 0(0-10)	-1.741	0.082

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

Diyabetli bireylerin yaşları ile SCÖ Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.6 de verildi.

Yaşa göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam ve Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyutlarında, 18-40 yaş grubunun puan ortalamalarının 41-55 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlendi. Doktora güvensizlik alt boyutunda ise 41-55 yaş grubu ve 56-65 yaş grubu puan ortalamalarının 18-40 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Yaşa göre Sağlık Kaygısı Ölçeği Toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5** Yaşa Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma			H	p	Farklılık Yaratan Gruplar
		Medyan (Minimum-Maksimum)					
		18-40 (n:16) (a)	41-55 (n:122) (b)	56-65 (n:112) (c)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	98.25±31.65 91(49-153)	75.24±27.15 69(35-149)	80.79±26 84(40-153)	6.984	0.030*	a>b
	Zorlantı	22.5±9.67 19(9-40)	15.63±6.67 15(8-37)	16.51±6.23 18(8-40)	8.595	0.014*	a>b
	Aşırı Kaygı	23.69±10.18 22(8-40)	16.65±7.93 15(8-40)	17.95±7.52 19(8-40)	8.438	0.015*	a>b
	Aşırılık	25±9.55 24(8-40)	17.71±8.63 16(8-40)	19.14±8.4 20(8-40)	7.919	0.019*	a>b
	İçini Rahatlatma	18.06±7.01 17(7-30)	12.7±6.31 11(6-30)	14.24±6.21 16(6-30)	9.122	0.010*	a>b
	Doktora Güvensizlik	9±4.32 9(3-15)	12.54±3.45 14(3-15)	12.96±3.31 15(3-15)	15.035	0.001**	a<b a<c
	Ölçek Toplamı	21.31±12.89 23(0-48)	17.06±10.88 18(0-49)	18.19±12.19 18(0-50)	2.375	0.305	
	Ruhsal Durum	19.31±11.01 22(0-41)	15.57±9.46 16(0-39)	16.33±10.52 18(0-42)	2.049	0.359	
Ciddi Hastalık Durumu	2±2.61 1(0-7)	1.48±2.04 0(0-10)	1.86±2.47 0(0-10)	0.846	0.655		

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$ . n:Sayı, H:Kruskal Wallis H Test, a,b,c:Gruplar arasındaki farkların gösterimi

Diyabetli bireylerin medeni durumları ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.7 de verildi.

Medeni duruma göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, içini rahatlatma, Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0.05$ ). Medeni duruma göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum, Ciddi hastalık durumu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7** Katılımcıların medeni durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Evli (n:187)	Bekar (n:63)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	78.4±27.42 76(35-153)	85.81±27.1 88(42-151)	-0.954	0.340
	Zorlantı	16.23±6.79 16(8-40)	18.37±7.42 18(8-39)	-1.395	0.163
	Aşırı Kaygı	17.46±8 17(8-40)	19.52±8.44 19(8-40)	-1.096	0.273
	Aşırılık	18.52±8.72 17(8-40)	21.3±8.62 21(8-40)	-1.600	0.110
	İçini Rahatlatma	13.56±6.43 13(6-30)	15.22±6.31 16(6-30)	-1.162	0.245
	Doktora Güvensizlik	12.63±3.48 15(3-15)	11.41±4.07 12(3-15)	-1.570	0.116
Sağlık Kaygısı Ölçeği	Ölçek Toplamı	17.88±11.44 18(0-50)	17.44±13.2 19(0-50)	-0.117	0.907
	Ruhsal Durum	16.2±9.89 17(0-41)	15.74±11.46 16(0-42)	-0.188	0.851
	Ciddi Hastalık Durumu	1.68±2.28 0(0-10)	1.7±2.33 0(0-8)	-0.021	0.983

Katılımcıların eğitim durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.8’de verildi.

Eğitim durumuna göre SCÖ toplamı, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplamında, lise ve üniversite ve üstü mezunlarının ortalama puanları, ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek, zorlantı alt boyutunda ise üniversite ve üstü mezunlarının puan ortalamaları ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek bulundu. Aşırı kaygı, Aşırılık ve İçini Rahatlatma alt boyutlarında lise ve üniversite ve üstü mezunları puan ortalamalarının ilköğretim mezunlarına, üniversite ve üstü mezunların puan ortalamalarının okur yazarlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Doktora güvensizlik alt boyutunda ise okur yazarların puan ortalamalarının, ilköğretim, lise, üniversite ve üstü mezunlara göre, ilköğretim mezunlarının puan ortalamalarının ise üniversite ve üstü mezunlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Eğitim durumuna göre SC toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyutları puan ortlamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6** Eğitim Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet leği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma				H değeri	p değeri	Farklılık Yaratan Gruplar		
	Medyan (Minimum-Maksimum)								
	Okur-yazar (n:89) (a)	İlköğretim (n:120) (b)	Lise mezunu (n:29) (c)	niversite ve üstü (n:12) (d)					
Siberkondri Ciddiyet leği	<b>lek Toplamı</b>	79.37±23.65 91(42-116)	73.54±27.01 69(38-153)	90.59±28.92 94(35-151)	107±31.56 104(41-143)	18.022	0.000***	c>b d>b	
	<b>Zorlantı</b>	16.07±5.38 18(8-26)	15.47±7.02 15(8-40)	19.03±7.1 18(8-38)	23.17±9.96 21(8-39)	12.778	0.005**	d>b	
	<b>Aşırı Kaygı</b>	16.98±6.21 20(8-26)	16.39±8.05 15(8-40)	21.17±9.05 20(8-40)	27.33±9.73 27(8-40)	19.236	0.000***	c>b d>b d>a	
	<b>Aşırılık</b>	18.51±7.28 22(8-31)	16.97±8.63 15(8-40)	23.59±9.07 24(8-40)	28.17±9.67 29(8-40)	22.472	0.000***	c>b d>b d>a	
	<b>İini Rahatlatma</b>	13.69±5.49 16(6-21)	12.33±6.34 11(6-30)	16.72±6.62 17(6-30)	20.92±6.87 22(6-30)	22.494	0.000***	c>b d>b d>a	
	<b>Doktora Gvensizlik</b>	14.13±1.57 15(8-15)	12.38±3.39 13(3-15)	10.07±4.75 10(3-15)	7.42±4.48 7(3-15)	41.680	0.000**	a>c a>b a>d b>d	
	Sağlık Kaygısı Envanteri	<b>lek Toplamı</b>	18.47±10.94 18(0-49)	17.73±12.21 18(0-50)	16.83±12.62 16(0-49)	16.67±8.45 16(0-30)	1.473	0.688	
		<b>Ruhsal Durum</b>	16.46±9.41 18(0-39)	16.19±10.58 18(0-42)	15.41±10.98 16(0-39)	15.25±7.46 16(0-27)	0.580	0.901	
		<b>Ciddi Hastalık Durumu</b>	2.01±2.36 1(0-10)	1.53±2.23 0(0-10)	1.41±2.34 0(0-10)	1.42±1.98 0(0-6)	3.388	0.336	

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

Diyabetli bireylerin çalışma durumu ile SC ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.9'da verildi.

**Tablo 4.7** Çalışma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=250)

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Çalışıyor (n:34)	Çalışmıyor (n:216)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	80.56±32.33 75(35-153)	78.99±26.65 81(38-153)	-0.047	0.962
	Zorlantı	17.85±8.95 16(8-40)	16.25±6.49 17(8-40)	-0.338	0.735
	Aşırı Kaygı	18.62±9.62 17(8-40)	17.53±7.8 18(8-40)	-0.243	0.808
	Aşırılık	19.38±9.86 17(8-40)	18.73±8.56 19(8-40)	-0.159	0.874
	İçini Rahatlatma	14.47±7.42 13(6-30)	13.62±6.27 14(6-30)	-0.523	0.601
	Doktora Güvensizlik	10.24±4.26 12(3-15)	12.86±3.31 15(3-15)	-3.778	0.000**
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	15.29±11.65 16(0-48)	18.24±11.59 18(0-50)	-1.551	0.121
	Ruhsal Durum	14.32±10.34 16(0-41)	16.44±10 18(0-42)	-1.138	0.255
	Ciddi Hastalık Durumu	0.97±1.9 0(0-7)	1.8±2.32 0(0-10)	-2.190	0.029*

\*p<0.05; \*\*p<0.001

Çalışma durumu ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık ve İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ). Çalışma durumuna göre SCÖ Doktora Güvensizlik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.001$ ). Çalışmayan katılımcıların doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamalarının çalışan katılımcılarınkinden daha yüksek olduğu belirlendi.

Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları ile çalışma durumları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Çalışma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri Ciddi hastalık durumu alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Çalışmayanların ciddi hastalık alt boyut puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi.

Diyabetli bireylerin gelir durumu ile SCÖ Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.10'da verildi.

**Tablo 4.8** Gelir Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma			H değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)				
		Gelir giderden fazla (n:7) (a)	Gelir gidere denk (n:237) (b)	Gelir giderden az (n:6) (c)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	<b>Ölçek Toplam</b>	81.57±27.96 80(45-122)	79.1±27.52 81(35-153)	80.33±27.53 85(48-116)	0.200	0.905
	<b>Zorlantı</b>	16.14±8.03 12(8-31)	16.47±6.88 17(8-40)	16.5±6.32 18(8-26)	0.014	0.993
	<b>Aşırı Kaygı</b>	19.43±9.23(8-33)	17.64±8.09 18(8-40)	17.33±6.28 17(10-26)	0.584	0.747
	<b>Aşırılık</b>	20.14±8.93 18(8-31)	18.78±8.75 18(8-40)	18.67±9.33 21(8-29)	0.392	0.822
	<b>İçini Rahatlatma</b>	15.29±6.78 20(6-21)	13.7±6.46 13(6-30)	13.33±5.65 14(7-20)	1.091	0.580
	<b>Doktora Güvensizlik</b>	10.57±4.54 11(5-15)	12.51±3.55 14(3-15)	14.5±0.84 15(13-15)	2.715	0.257
Sağlık Kaygısı Envanteri	<b>Ölçek Toplamı</b>	11.71±10.29 7(2-28)	17.97±11.67 18(0-50)	19.83±10.44 24(0-30)	2.224	0.329
	<b>Ruhsal Durum</b>	11.29±9.53 7(2-25)	16.27±10.09 17(0-42)	17.17±8.66 20(0-24)	1.410	0.494
	<b>Ciddi Hastalık Durumu</b>	0.43±1.13 0(0-3)	1.7±2.29 0(0-10)	2.67±2.5 3(0-6)	4.119	0.128

Gelir durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Gelir durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Diyabetli bireylerin sağlıkla ilgili yayın takip etme durumları ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.11’de verildi.

**Tablo 4.9** Sağlıkla İlgili Yayın Takip Etme Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma				H değeri	p değeri	Farklılık Yaratılan Gruplar	
	Medyan (Minimum-Maksimum)							
	Hiçbir Zaman (n:207) (a)	Nadiren (n:24) (b)	Bazen/Ara sıra (n:9) (c)	Sıklıkla (n:10) (d)				
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek	76.55±25.75	89.88±29.4	75.22±29	112.1±31.47	13.931	0.003**	d>a
	Toplamı	74(35-151)	92(42-153)	56(48-121)	116(50-153)			
	Zorlantı	15.72±6.13 16(8-39)	19.04±7.87 18(8-40)	15.44±6.44 14(8-27)	26.6±10.28 30(9-40)	13.912	0.003**	d>a
	Aşırı Kaygı	16.81±7.38 17(8-40)	21.38±9.38 21(8-40)	16.67±8.02 14(9-32)	27.7±9.98 27(11-40)	15.106	0.002**	d>a
	Aşırılık	17.97±8.26 17(8-40)	22.42±9.28 23(8-40)	18.22±9.86 14(8-32)	28.3±9.48 29(9-40)	13.915	0.003**	d>a
	İçini	13.01±6.04	16.96±6.69	13.44±6.97	21.2±7	17.400	0.001**	d>a
	Rahatlatma	12(6-30)	17(6-30)	9(6-24)	22(6-30)			b>a
	Doktora	13.03±3.15	10.08±4.16	11.44±3.88	8.3±4.92	23.210	0.000***	a>d
	Güvensizlik	15(3-15)	10(3-15)	13(5-15)	7(3-15)			a>b
	Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek	17.29±10.98	23.63±14.68	15.33±13.15	17.5±12.93	4.377	0.224
Toplamı		18(0-50)	22(0-50)	15(1-41)	16(0-48)			
Ruhsal		15.7±9.63	20.33±11.78	14.89±12.44	16.6±11.2	3.648	0.302	
Durum		17(0-40)	21(0-42)	14(1-38)	15(0-41)			
Ciddi		1.59±2.08	3.29±3.41	0.44±1.01	0.9±2.23	11.505	0.009**	b>c
Hastalık Durumu		0(0-10)	3(0-10)	0(0-3)	0(0-7)			b>d

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Sağlıkla ilgili yayın takip etme durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyutları ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Sağlıkla ilgili yayınları sıklıkla takip eden katılımcıların SCÖ toplamı, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık alt boyut ortalama puanları hiçbir zaman takip etmediğini belirten katılımcılarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İçini rahatlatma alt boyutunda nadiren veya sıklıkla yayın takip eden katılımcıların puan ortalamalarının, hiçbir zaman yayın takip etmediğini belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0.01$ ). Doktora güvensizlik boyutunda ise hiçbir zaman yayın takip etmeyen katılımcıların puan ortalamasının, nadiren ve sıklıkla takip eden katılımcılarınkinden daha yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0.001$ ).

Sağlıkla ilgili yayın takip etme durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Sağlıkla ilgili yayın takip etme durumuna göre Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0.01$ ). Sağlıkla ilgili yayın takibinde nadiren takip eden katılımcıların puan ortalamalarının bazen/ara sıra veya sıklıkla takip eden katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ).

Katılımcıların internette geçirdikleri süre ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.12’de verildi.

**Tablo 4.10** İnternette Geçirilen Süreye Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma				H değeri	p değeri	Farklılık Yaratılan Gruplar	
	Medyan (Minimum-Maksimum)							
	Günde 1 saatten az (n:129) (a)	Günde 1-2 saat (n:71) (b)	Günde 2-3 saat (n:41) (c)	Günde 4 saatten fazla (n:9) (d)				
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek	76.27±23.0	77.25±26.22	84.29±34.17	113.33±38.18	8.530	0.036*	d>a
	Toplamı	2 79(42-116)	73(35-151)	82(40-153)	116(38-153)			d>b
	Zorlantı	15.54±5.39	15.96±6.36	17.88±8.44	27.22±11.84	8.920	0.030*	d>a
		17(8-30)	16(8-38)	18(8-40)	30(8-40)			d>b
	Aşırı Kaygı	16.21±5.95	17.51±8.15	20.12±10.41	29±10.93 29(8-40)	12.317	0.006**	d>a
		18(8-27)	16(8-40)	18(8-40)				d>b
	Aşırılık	17.54±7.13	18.34±8.55	21.05±11.01	30.78±9.95	14.665	0.002**	d>a
		17(8-31)	17(8-40)	21(8-40)	30(8-40)			d>b
	İçini Rahatlatma	12.71±5.38	13.52±6.16	15.63±8.03	21.44±8.19	10.894	0.012*	d>a
		13(6-24)	13(6-30)	16(6-30)	23(6-30)			a>b
Doktora Güvensizlik	14.26±1.39	11.93±3.56	9.61±4.18	4.89±2.09	85.293	0.000***	a>c	
	15(7-15)	13(3-15)	10(3-15)	5(3-8)			a>d	
							b>c	
							b>d	
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek	17.8±11.19	18.58±11.57	15.78±12.69	21.89±13.14	3.089	0.378	
	Toplamı	18(0-50)	18(0-50)	15(0-49)	21(0-48)			
	Ruhsal Durum	16.12±9.73	16.8±10.09	14.24±10.69	20.22±11.16	3.251	0.355	
	Ciddi Hastalık Durumu	1.68±2.28	1.77±2.09	1.54±2.62 0(0-10)	1.67±2.4			2.078
		0(0-10)	1(0-10)	10	0(0-7)			

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

İnternette geçirilen süreye göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Ölçek toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı

ve Aşırılık alt boyutlarında günde 4 saatten fazla internette zaman geçiren katılımcıların puan ortalamalarının günde 1saatten az veya 1-2 saat zaman geçirenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. İçini rahatlatma alt boyutunda ise 4 saatten fazla internette zaman geçiren katılımcıların puan ortalamalarının, 1saaten az zaman geçiren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görüldü. Doktora güvensizlik alt boyutunda ise günde 1saatten az vakit geçirenler, günde 1-2 saat, günde 2-3 saat veya günde 4 saatten fazla vakit geçirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahipti. Günde 1-2 saat vakit geçirenlerin ise günde 2-3 saat veya günde 4 saatten fazla vakit geçirenlere göre daha yüksek puan ortalamaları olduğu görüldü.

İnternette geçirilen süreye göre SCÖ toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Diyabetli bireylerin hastalığı ile ilgili sosyal ağ sitesi takip etme durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.13'te verildi.

**Tablo 4.11** Hastalığı İle İlgili Sosyal Ağ Sitesi Takip Etme Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:187)	Evet (n:63)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	74.84±23.07 73(35-142)	92.14±34.59 94(38-153)	-3.189	0.001**
	Zorlantı	15.31±5.28 16(8-31)	19.89±9.5 18(8-40)	-3.087	0.002**
	Aşırı Kaygı	16.04±6.31 16(8-40)	22.54±10.44 22(8-40)	-4.223	0.000***
	Aşırılık	17.22±7.38 16(8-40)	23.57±10.6 25(8-40)	-4.178	0.000***
	İçini Rahatlatma	12.54±5.29 12(6-29)	17.29±8.06 17(6-30)	-3.971	0.000***
	Doktora Güvensizlik	13.73±2.23 15(3-15)	8.86±4.25 9(3-15)	-8.482	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.03±11.05 18(0-50)	20.22±12.95 19(0-49)	-1.494	0.135
	Ruhsal Durum	15.37±9.62 17(0-42)	18.48±10.97 18(0-41)	-2.023	0.043*
	Ciddi Hastalık Durumu	1.66±2.18 0(0-10)	1.75±2.57 0(0-10)	-0.309	0.757

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

Hastalığı ile ilgili takip ettiği sosyal ağ sitesi olma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma Doktora güvensizlik alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Hastalığı ile ilgili takip ettiği sosyal ağ olan katılımcıların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamalarının takip ettiği ağ olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulundu. Doktora güvensizlik alt boyutunda ise tam tersi bir durum olduğu belirlendi.

Hastalığı ile ilgili takip ettiği sosyal ağ olan katılımcıların Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Hastalığı ile ilgili takip ettiği sosyal ağ sitesi olan katılımcıların Sağlık Kaygısı Envanteri Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları ile olmayan katılımcıların puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ( $p<0.05$ ). Hastalığı ile ilgili takip ettiği sosyal ağ olan katılımcıların Ruhsal durum alt boyut puan ortalamalarının takip ettiği ağ olmayan katılımcılarınkinden daha yüksek bulundu.

Katılımcıların hastalığı ile ilgili arama yapma sıklığı ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.14'de verildi.

Hastalığı ile ilgili internette arama yapma sıklığına göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu ( $p<0.001$ ). Ölçek toplam ve Zorlantı alt boyut puan ortalamalarının hastalığı ile ilgili ayda bir veya daha fazla kez arama yaptığını veya hiç arama yapmadığını belirtenlerin hergün, haftada 2-4 kez, haftada bir kez arama yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Aşırı Kaygı, Aşırılık ve İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları hastalığı ile ilgili ayda bir veya daha fazla arama yaptığını belirtenlerin hergün, haftada 2-4 kez, haftada bir kez arama yapanlara göre, haftada bir kez arama yapanların ise ayda bir veya daha fazla arama yapanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Doktora güvensizlik alt boyutunda hiçbir zaman arama yapmadığını belirtenlerin diğer tüm arama sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görüldü.

Hastalığı ile ilgili internette arama yapma sıklığına göre Sağlık Kaygısı Envanteri Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar saptanmadı ( $p>0.05$ ). Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ( $p<0.05$ ). Ölçek toplam puan

ortalamaları hastalığı ile ilgili haftada bir arama yapanların ayda bir veya daha fazla veya hiç arama yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ruhsal durum alt boyut puan ortalamalarının ise haftada bir arama yapanların hiç arama yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

**Tablo 4.12** İnternette Hastalıkla İlgili Arama Yapma Sıklığına Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma Medyan (Minimum-Maksimum)					H değeri	p değeri	Farklılık Yaratan Gruplar	
	Hergün (n:7) (a)	Haftada 2-4 kez (n:13) (b)	Haftada bir (n:18) (c)	Ayda bir veya üstü (n:34) (d)	Hiç (n:178) (e)				
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	114.14±34.61 122(51-153)	102.54±26.81 98(55-147)	110.06±38.82 122(47-153)	74.09±25.54 76(38-120)	73.98±22.02 73(35-116)	32.544	0.000***	a>d b>d c>d a>e b>e c>e
	Zorlantu	27.29±9.14 30(10-40)	22.38±7.3 20(12-37)	24.78±10.88 27(8-40)	14.59±5.98 16(8-27)	15.12±5.0 316(8-26)	35.110	0.000***	a>d b>d c>d a>e b>e c>e
	Aşırı Kaygı	29.29±11.6 33(10-40)	25.08±8.72 23(12-40)	28.17±12.01 31(9-40)	17.18±7.25 18(8-32)	15.72±5.7 916(8-26)	35.811	0.000***	a>e b>e c>e
	Aşırılık	29.14±11.16 31(9-40)	26.92±8.5 25(11-40)	29±11.75 32(10-40)	18.41±8.33 19(8-32)	16.87±6.9 716(8-31)	36.415	0.000***	a>e b>e c>e
	İçini Rahatlat ma	21.57±7.98 24(7-30)	19.46±6.64 20(6-29)	21.11±9.17 25(6-30)	13.32±6.22 13(6-24)	12.34±5.0 412(6-20)	33.291	0.000***	a>e b>e c>e
	Doktora Güvensizli k	6.86±4.18 6(3-15)	8.69±4.44 10(3-15)	7±4.65 5(3-15)	10.59±3.53 11(3-15)	13.92±1.8 415(5-15)	84.334	0.000***	e>a,b,c,d
	Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	22.14±16.85 22(0-49)	18.31±7.81 16(4-32)	25.78±12.64 28(1-49)	17.06±12.95 16(0-49)	16.98±11.02 18(0-50)	10.900	0.028*
Ruhsal Durum		20.29±13.98 22(0-39)	17.08±6.24 16(4-27)	22.94±10.66 25(1-41)	15.32±11.23 15(0-39)	15.39±9.6 17(0-42)	11.567	0.021*	c>e
Ciddi Hastalık Durumu		1.86±3.76 0(0-10)	1.23±2.42 0(0-7)	2.83±2.57 3(0-10)	1.74±2.4 0(0-10)	1.58±2.14 0(0-10)	6.818	0.146	

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Katılımcıların hastalık belirtileri hakkında internette arama yapma sıklığı ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.15’de verildi.

**Tablo 4.13** İnternette Hastalık Belirtileri Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:205)	Evet (n:45)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	<b>Ölçek Toplamı</b>	74.77±23.46 73(35-143)	99.4±34.57 99(38-153)	-4.269	0.000***
	<b>Zorlantı</b>	15.3±5.45 16(8-31)	21.76±9.74 21(8-40)	-3.928	0.000***
	<b>Aşırı Kaygı</b>	16.15±6.52 16(8-40)	24.64±10.47 22(8-40)	-4.926	0.000***
	<b>Aşırılık</b>	17.28±7.51 16(8-40)	25.82±10.45 26(8-40)	-5.088	0.000***
	<b>İçini Rahatlatma</b>	12.58±5.44 12(6-30)	19.02±7.87 21(6-30)	-5.005	0.000***
	<b>Doktora Güvensizlik</b>	13.45±2.56 15(3-15)	8.16±4.24 7(3-15)	-7.785	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	<b>Ölçek Toplamı</b>	16.93±11.19 18(0-50)	21.98±12.74 21(0-49)	-2.121	0.034*
	<b>Ruhsal Durum</b>	15.36±9.82 16(0-42)	19.78±10.39 19(0-41)	-2.445	0.014*
	<b>Ciddi Hastalık Durumu</b>	1.57±2.09 0(0-10)	2.2±2.96 0(0-10)	-0.746	0.455

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Hastalık belirtileri konusunda arama yapma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.001). Hastalık belirtileri konusunda arama yapanların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları arama yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamalarının ise tam tersi olduğu gözlemlendi.

Hastalık belirtileri hakkında arama yapma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.05). Hastalık belirtileri hakkında arama yapanların toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları arama yapmayanlara göre daha yüksek bulundu. Hastalık belirtileri hakkında arama yapma durumu ile Sağlık

Kaygısı Envanteri Ciddi hastalık durumu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların ayak yaraları ve bakımı hakkında internette arama yapma sıklığı ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.16' da verildi.

**Tablo 4.14** İnternette Ayak Yaraları ve Bakımı Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Hayır (n:225)	Evet (n:25)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	<b>Ölçek Toplamı</b>	76.31±25.06 74(35-151)	105.24±34 104(43-153)	-3.932	0.000***
	<b>Zorlantı</b>	15.69±6.04 16(8-38)	23.44±9.67 24(8-40)	-3.897	0.000***
	<b>Aşırı Kaygı</b>	16.67±7.11 17(8-40)	26.76±10.32 26(8-40)	-4.749	0.000***
	<b>Aşırılık</b>	17.87±7.99 17(8-40)	27.36±10.56 27(8-40)	-4.217	0.000***
	<b>İçini Rahatlatma</b>	13.02±5.84 12(6-30)	20.2±7.92 22(6-30)	-4.305	0.000***
	<b>Doktora Güvensizlik</b>	13.06±3.02 15(3-15)	7.48±4.18 7(3-15)	-6.353	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	<b>Ölçek Toplamı</b>	17.31±11.33 18(0-50)	22.6±13.26 23(0-49)	-1.781	0.075
	<b>Ruhsal Durum</b>	15.66±9.86 16(0-42)	20.6±10.84 22(0-41)	-2.163	0.031*
	<b>Ciddi Hastalık Durumu</b>	1.65±2.2 0(0-10)	2±2.97 0(0-10)	-0.057	0.954

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

Ayak yaraları ve bakımı hakkında internette arama yapma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ( $p<0.001$ ). Ayak yaraları ve bakımı konusunda arama yapanların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma alt boyutları ortalama puanları bu konuda arama yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamalarının ise ayak yaraları ve bakımı hakkında arama yapmayanların yapanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Ayak yaraları ve bakımı konusunda arama yapma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmazken ( $p>0.05$ ), Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları ile istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.05$ ). Ayak yaraları ve bakımı konusunda arama yapanların Ruhsal durum alt boyut puan ortalamalarının arama yapmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Diyabetli bireylerin kan testi sonuçları hakkında internette arama yapma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.17’de verildi.

**Tablo 4.15** İnternette Kan Testi Sonuçları Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
	Medyan (Minimum-Maksimum)			
	Hayır (n:228)	Evet (n:22)		
<b>Ölçek Toplamı</b>	76.39±24.97 74(35-151)	108.36±34.65 118(38-153)	-3.980	0.000***
<b>Zorlantı</b>	15.78±6.2 16(8-39)	23.59±9.3 26(8-40)	-3.786	0.000***
<b>Aşırı Kaygı</b>	16.68±6.96 17(8-40)	28.09±10.99 31(8-40)	-4.485	0.000***
<b>Aşırılık</b>	17.9±7.94 17(8-40)	28.32±10.91 32(8-40)	-4.244	0.000***
<b>İçini Rahatlatma</b>	13.03±5.82 13(6-30)	21.09±7.9 24(6-30)	-4.375	0.000***
<b>Doktora Güvensizlik</b>	13±3.04 15(3-15)	7.27±4.41 6(3-15)	-5.493	0.000***

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Hayır (n:228)	Evet (n:22)		
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.19±11.01 18(0-50)	24.55±15.46 25(0-49)	-1.937	0.053
	Ruhsal Durum	15.62±9.64 17(0-42)	21.68±12.53 23(0-41)	-2.179	0.029*
	Ciddi Hastalık Durumu	1.57±2.12 0(0-10)	2.86±3.4 2(0-10)	-1.676	0.094

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Kan testi sonuçları hakkında arama yapma durumuna göre SCÖ Toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.001). Kan testi sonuçları hakkında arama yapanların SCÖ Toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamalarının yapmayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Doktora güvensizlik alt boyutunda ise tam tersi bir durum olduğu gözlemlendi.

Kan testi sonuçları hakkında arama yapma durumu ile Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamazken (p>0.05), Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0.05). Kan testi sonuçları hakkında arama yapanların Ruhsal durum alt boyut puan ortalamalarının arama yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Diyabetli bireylerin ilaçlar hakkında internette arama yapma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.18'de verildi.

İlaçlar hakkında arama yapma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.001). İlaçlar hakkında arama yapanların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamalarının arama yapmayanlara göre yüksek olduğu belirlendi. Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamalarında ise tam tersi olduğu saptandı.

İlaçlar hakkında arama yapma durumuna göre SCÖ Toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.16** İnternette İlaçlar Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:219)	Evet (n:31)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	76.44±25.46 74(35-153)	98.68±32.94 96(42-153)	-3.403	0.001**
	Zorlantı	15.78±6.24 16(8-40)	21.32±9.03 21(8-40)	-3.410	0.001**
	Aşırı Kaygı	16.74±7.24 16(8-40)	24.29±10.31 22(8-40)	-3.812	0.000***
	Aşırılık	17.82±8.03 17(8-40)	25.87±10.31 26(8-40)	-4.131	0.000***
	İçini Rahatlatma	13.03±5.91 12(6-30)	18.74±7.73 18(6-30)	-3.787	0.000***
	Doktora Güvensizlik	13.07±3.01 15(3-15)	8.45±4.49 8(3-15)	-5.610	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.52±11.38 18(0-50)	20.06±13.17 16(0-49)	-0.671	0.502
	Ruhsal Durum	15.85±9.89 18(0-42)	18.26±11.02 16(0-39)	-1.134	0.257
	Ciddi Hastalık Durumu	1.67±2.21 0(0-10)	1.81±2.74 0(0-10)	-0.191	0.849

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

Hastalıkla ilgili bitkisel tedaviler konusunda arama yapma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma ve Doktora Güvensizlik alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ( $p<0.001$ ). Bitkisel tedaviler konusunda arama yapanların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma alt boyutları ortalama puanları bu konuda arama yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Doktora Güvensizlik alt boyutunda ise tam tersi bir durum söz konusudur.

Hastalıkla ilgili bitkisel tedaviler konusunda internette arama yapma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal Durum ve Ciddi Hastalık Durumu alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Diyabetli bireylerin hastalıkla ilgili bitkisel tedaviler hakkında internette arama yapma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.19'da verildi.

**Tablo 4.17** İnternette Hastalıkla İlgili Bitkisel Tedaviler Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:213)	Evet (n:37)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	76.31±24.39 74(35-153)	95.84±36.97 100(40-151)	-2.997	0.003**
	Zorlantı	15.76±5.99 16(8-40)	20.51±9.79 22(8-39)	-2.943	0.003**
	Aşırı Kaygı	16.59±6.8 17(8-40)	23.95±11.35 22(8-40)	-3.556	0.000***
	Aşırılık	17.76±7.71 17(8-40)	24.92±11.51 26(8-40)	-3.551	0.000***
	İçini Rahatlatma	12.96±5.65 13(6-30)	18.22±8.6 21(6-30)	-3.521	0.000***
	Doktora Güvensizlik	13.24±2.82 15(3-15)	8.24±4.36 8(3-15)	-6.672	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.51±11.18 18(0-50)	19.73±13.87 16(0-49)	-0.749	0.454
	Ruhsal Durum	15.83±9.7 17(0-42)	18.03±11.84 16(0-39)	-1.125	0.260
	Ciddi Hastalık Durumu	1.68±2.22 0(0-10)	1.7±2.61 0(0-10)	-0.526	0.599

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabetli bireylerin diyetleri hakkında internette arama yapma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.20'de verildi.

**Tablo 4.18** İnternette Beslenme Konusunda Arama Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:224)	Evet (n:26)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	78.36±26.36 79(35-153)	86.46±35.08 85(40-153)	-0.805	0.421
	Zorlantı	16.2±6.38 17(8-40)	18.77±10.08 17(8-40)	-0.851	0.395

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:224)	Evet (n:26)			
Aşırı Kaygı	17.31±7.7 18(8-40)	20.88±10.24 19(8-40)	-1.672	0.095	
Aşırılık	18.44±8.44 17(8-40)	22.08±10.54 22(8-40)	-1.608	0.108	
İçini Rahatlatma	13.46±6.15 13(6-30)	16.15±8.22 16(6-30)	-1.359	0.174	
Doktora Güvensizlik	12.96±3.2 15(3-15)	8.58±4.15 8(3-15)	-5.192	0.000***	
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.83±11.58 18(0-50)	17.88±12.19 16(0-49)	-0.212	0.832
	Ruhsal Durum	16.11±10.02 18(0-42)	16.54±10.44 16(0-39)	-0.172	0.863
	Ciddi Hastalık Durumu	1.72±2.25 0(0-10)	1.35±2.51 0(0-10)	-1.456	0.145

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyet konusunda arama yapma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmezken ( $p>0.05$ ), Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ( $p<0.001$ ). Diyet hakkında arama yapmayanların Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları yapanlara göre yüksek bulundu.

Diyet hakkında arama yapma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmedi ( $p>0.05$ ).

Diyabetli bireylerin Diyabet tipi ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.21’de verildi.

**Tablo 4.19** Diyabet Tipine Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
	Medyan (Minimum-Maksimum)			
	Tip 1 (n:71)	Tip 2 (n:179)		
Siber kondri : Ölçek Toplamı	82.48±28.74 85(38-153)	77.9±26.86 78(35-151)	-0.952	0.341

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
	Medyan (Minimum-Maksimum)			
	Tip 1 (n:71)	Tip 2 (n:179)		
<b>Zorlantı</b>	17.3±7.73 18(8-40)	16.13±6.5 16(8-38)	-0.709	0.478
<b>Aşırı Kaygı</b>	18.69±8.29 19(8-40)	17.28±7.95 17(8-40)	-1.136	0.256
<b>Aşırılık</b>	20±8.78 20(8-40)	18.35±8.69 17(8-40)	-1.192	0.233
<b>İçini Rahatlatma</b>	14.24±6.79 13(6-30)	13.54±6.29 13(6-30)	-0.748	0.454
<b>Doktora Güvensizlik</b>	12.25±3.73 14(3-15)	12.6±3.5 15(3-15)	-0.772	0.440
<b>Ölçek Toplamı</b>	19.87±12.86 21(0-50)	17.03±11.02 18(0-50)	-1.681	0.093
<b>Ruhsal Durum</b>	17.54±10.8 19(0-41)	15.6±9.71 16(0-42)	-1.430	0.153
<b>Ciddi Hastalık Durumu</b>	2.34±2.64 2(0-10)	1.42±2.07 0(0-10)	-2.820	0.005**

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Katılımcıların Diyabet tipine göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Diyabet tipine göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamazken ( $p>0.05$ ), Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0.01$ ). Tip 1 diyabeti olanların Ciddi hastalık durumu puan ortalamalarının Tip 2 diyabeti olanlara göre yüksek olduğu görüldü.

Katılımcıların Diyabet süresi ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.22’de verildi.

**Tablo 4.20** Diyabet Süresine Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma					H değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)						
		5 yıl ve daha az (n:57) (a)	6-10 yıl (n:76) (b)	11-15 yıl (n:58) (c)	16-20 yıl (n:27) (d)	21 yıl ve daha fazla (n:32) (e)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	75.07±27.57 73(41-153)	75.91±26.86 73(35-153)	85.38±26.6 92(38-147)	77.56±30.98 69(45-143)	84.56±25.6 96(40-143)	8.534	0.074
	Zorlantı	15.51±7.12 15(8-40)	16.12±7.06 16(8-40)	17.48±6.14 18(8-35)	16.19±8.12 15(8-39)	17.38±6.15 18(8-31)	6.098	0.192
	Aşırı Kaygı	16.82±8.18 16(8-40)	16.74±7.76 16(8-40)	19.43±7.93 21(8-40)	16.93±9.31 16(8-39)	18.91±7.41 20(8-40)	8.316	0.081
	Aşırılık	17.79±8.83 16(8-40)	17.37±8.18 16(8-40)	20.98±8.91 24(8-40)	18.22±9.61 16(8-38)	20.69±8.15 23(8-40)	9.801	0.052
	İçini Rahatlatma	12.89±6.22 12(6-30)	12.91±6.18 12(6-30)	15.4±6.43 17(6-29)	13.04±7.2 12(6-28)	14.78±6.36 17(6-30)	9.304	0.054
	Doktora Güvensizlik	12.05±3.53 13(3-15)	12.78±3.33 14(3-15)	12.09±3.81 14(3-15)	13.19±3.67 15(3-15)	12.81±3.64 15(3-15)	6.482	0.166
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.44±10.97 18(0-48)	17.99±11.62 18(0-50)	19±11.63 18(0-49)	16.37±11.91 16(0-49)	17.31±12.92 16(0-50)	1.552	0.817
	Ruhsal Durum	16.12±9.88 17(0-41)	16.33±9.87 18(0-40)	17.19±10.04 18(0-39)	14.96±10.49 14(0-39)	14.91±10.79 15(0-42)	1.770	0.778
	Ciddi Hastalık Durumu	1.32±1.88 0(0-7)	1.66±2.47 0(0-10)	1.81±2.2 1(0-10)	1.41±2.19 0(0-10)	2.41±2.6 3(0-8)	5.341	0.254

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabet süresine göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (p>0.05).

Diyabet süresine göre Sağlık Kaygısı Ölçeği toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi. (p>0.05).

Katılımcıların Diyabet tedavi türü ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.23'te verildi.

**Tablo 4.21** Diyabet Tedavi Türüne Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma			H değeri	p değeri	Farklılık Yaratıcı Gruplar
		Medyan (Minimum-Maksimum)					
		OAD (n:157) (a)	İnsülin (n:70) (b)	İnsülin ve OAD (n:23) (c)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	77.03±27.05 74(35-151)	81.8±26.89 86(42-153)	86.13±30.82 92(38-153)	2.249	0.325	
	Zorlantı	15.99±6.54 16(8-38)	17.13±7.14 18(8-40)	17.65±8.21 18(8-40)	1.169	0.557	
	Aşırı Kaygı	17.04±8.03 16(8-40)	18.41±7.63 19(8-40)	19.78±9.22 19(8-40)	3.446	0.178	
	Aşırılık	18.03±8.74 16(8-40)	19.71±8.26 20(8-40)	21.52±9.62 23(8-40)	3.525	0.172	
	İçini Rahatlatma	13.27±6.31 13(6-30)	14.14±6.37 14(6-30)	15.7±7.2 17(6-30)	3.016	0.221	
	Doktora Güvencesizlik	12.69±3.51 15(3-15)	12.4±3.47 14(3-15)	11.48±4.13 13(3-15)	3.303	0.192	
	Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	16.29±10.99 17(0-49)	20.21±11.65 21(0-50)	21.13±14.11 20(0-50)	8.148	0.017*
Ruhsal Durum		15±9.74 16(0-39)	18.06±9.88 19(0-42)	18.22±11.73 16(0-41)	5.707	0.058	
Ciddi Hastalık Durumu		1.29±1.96 0(0-10)	2.16±2.48 2(0-10)	2.91±2.98 3(0-10)	13.231	0.001**	c>a

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabet tedavi türüne göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvencesizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Diyabet tedavi türüne göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ciddi hastalık alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ). Ölçek toplam puan ortalamalarının insülin tedavisi alanlarda OAD tedavisi alanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. İnsülin ve OAD tedavisini birlikte alan Diyabetli bireylerin Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları yalnızca OAD tedavisi alanlara göre daha yüksek bulundu.

Diyabet tedavi türüne göre Sağlık Kaygısı Ölçeği Ruhsal Durum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların Diyabet eğitimi alma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.24'te verildi.

**Tablo 4.22** Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:166)	Evet (n:84)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	75.16±24.32 73(35-153)	87.18±31.36 93(38-153)	-2.861	0.004**
	Zorlantı	15.55±5.85 16(8-40)	18.26±8.3 18(8-40)	-2.138	0.033*
	Aşırı Kaygı	16.27±6.76 17(8-40)	20.46±9.58 21(8-40)	-3.333	0.001**
	Aşırılık	17.35±7.67 16(8-40)	21.73±9.96 23(8-40)	-3.172	0.002**
	İçini Rahatlatma	12.7±5.6 12(6-30)	15.79±7.43 17(6-30)	-3.069	0.002**
	Doktora Güvensizlik	13.29±2.68 15(3-15)	10.94±4.48 13(3-15)	-3.961	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.56±10.68 18(0-50)	18.38±13.34 17(0-49)	-0.200	0.841
	Ruhsal Durum	15.91±9.26 18(0-42)	16.63±11.5 16(0-41)	-0.308	0.758
	Ciddi Hastalık Durumu	1.65±2.17 0(0-10)	1.75±2.5 0(0-10)	-0.264	0.792

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabet eğitim alma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.001, p<0.05). Diyabet eğitimi alanların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları bu konuda eğitim almayanlara göre yüksek bulunurken Doktora güvensizlik alt boyutunda puan ortalamaları tam tersi düşük bulundu.

Diyabet ile ilgili eğitim alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi (p>0.05).

Katılımcıların Kan Şekeri Düşüklüğü/Yüksekliği ile ilgili eğitim alma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.25'te verildi.

**Tablo 4.23** Kan Şekeri Düşüklüğü/Yükseklığı Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:191)	Evet (n:59)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	75.79±25.61 73(35-153)	90.25±30.3 95(38-151)	-3.344	0.001**
	Zorlantı	15.65±6.26 16(8-40)	19.1±8.09 18(8-39)	-2.934	0.003**
	Aşırı Kaygı	16.51±7.22 16(8-40)	21.46±9.42 21(8-40)	-3.788	0.000***
	Aşırılık	17.56±8.07 16(8-40)	22.9±9.57 24(8-40)	-3.774	0.000***
	İçini Rahatlatma	12.85±5.87 12(6-30)	16.59±7.33 17(6-30)	-3.566	0.000***
	Doktora Güvensizlik	13.21±2.86 15(3-15)	10.2±4.54 10(3-15)	-4.589	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.59±11.13 18(0-50)	18.64±13.13 16(0-49)	-0.067	0.947
	Ruhsal Durum	15.93±9.7 18(0-42)	16.88±11.15 16(0-39)	-0.172	0.863
	Ciddi Hastalık Durumu	1.66±2.14 0(0-10)	1.76±2.71 0(0-10)	-0.566	0.571

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Kan Şekeri Düşüklüğü/Yükseklığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görüldü ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Kan Şekeri Düşüklüğü/Yükseklığı eğitimi alanların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları bu konuda eğitim almayanlara göre yüksek bulunurken, Doktora güvensizlik alt boyutunda ise düşük bulundu.

Kan Şekeri Düşüklüğü/Yükseklığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların diyet eğitim alma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.26'da verildi.

**Tablo 4.24** Diyet Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:185)	Evet (n:65)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	76.17±25.37 73(35-153)	87.82±31.21 94(38-151)	-2.609	0.009**
	Zorlantı	15.83±6.28 16(8-40)	18.26±8.12 18(8-39)	-1.842	0.065
	Aşırı Kaygı	16.65±7.19 17(8-40)	20.6±9.59 21(8-40)	-2.910	0.004**
	Aşırılık	17.66±7.97 17(8-40)	22.12±9.95 23(8-40)	-3.044	0.002**
	İçini Rahatlatma	12.9±5.87 12(6-30)	16.11±7.35 17(6-30)	-2.951	0.003**
	Doktora Güvensizlik	13.12±2.88 15(3-15)	10.72±4.6 13(3-15)	-3.579	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.69±10.97 18(0-50)	18.25±13.36 16(0-49)	-0.010	0.992
	Ruhsal Durum	15.96±9.5 18(0-42)	16.69±11.52 16(0-39)	-0.369	0.712
	Ciddi Hastalık Durumu	1.73±2.19 0(0-10)	1.55±2.52 0(0-10)	-1.264	0.206

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabetli bireylerin Diyet eğitimi alma durumuna göre SCÖ toplam, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı(p<0.01, p<0.001). Diyet eğitimi alanların SCÖ toplam, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları bu konuda eğitim almayanlara göre yüksek bulunurken, Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlendi. Diyet eğitimi alma durumuna göre SCÖ Zorlantı alt boyut puan ortalamaları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (p>0.05).

Diyet eğitimi alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi (p>0.05).

Katılımcıların ilaç kullanma eğitim alma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.27’de verildi.

**Tablo 4.25** İlaç Kullanma Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Hayır (n:183)	Evet (n:67)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	76.23±25.15 74(35-153)	87.31±31.65 92(38-153)	-2.445	0.014*
	Zorlantı	15.77±6.15 16(8-40)	18.36±8.31 18(8-40)	-1.961	0.050
	Aşırı Kaygı	16.61±7.09 17(8-40)	20.61±9.72 21(8-40)	-2.856	0.004**
	Aşırılık	17.7±7.95 17(8-40)	21.88±10.03 23(8-40)	-2.782	0.005**
	İçini Rahatlatma	12.99±5.79 12(6-30)	15.78±7.61 17(6-30)	-2.436	0.015*
	Doktora Güvensizlik	13.16±2.9 15(3-15)	10.69±4.48 13(3-15)	-4.168	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.45±10.9 18(0-50)	18.88±13.42 18(0-49)	-0.680	0.497
	Ruhsal Durum	15.86±9.44 18(0-42)	16.94±11.59 16(0-41)	-0.578	0.563
	Ciddi Hastalık Durumu	1.59±2.2 0(0-10)	1.94±2.48 0(0-10)	-0.818	0.413

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

İlaç kullanma eğitimi alma durumuna göre SCÖ toplam, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma ve Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.05, p<0.01, p<0.001). İlaç kullanma eğitimi alanların SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları bu konuda eğitim almayanlara göre yüksek bulunurken, Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları düşük bulundu. İlaç kullanma eğitimi alma durumuna göre SCÖ Zorlantı alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi (p>0.05).

İlaç kullanma eğitimi alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmedi (p>0.05).

Katılımcıların egzersiz/fiziksel aktivite eğitimi alma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.28’de verildi.

**Tablo 4.26** Egzersiz/Fiziksel Aktivite Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:216)	Evet (n:34)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	78.4±26.94 78(35-153)	84.29±30.29 88(38-143)	-0.880	0.379
	Zorlantı	16.28±6.74 17(8-40)	17.62±7.71 18(8-37)	-0.797	0.425
	Aşırı Kaygı	17.33±7.77 18(8-40)	19.88±9.49 20(8-40)	-1.409	0.159
	Aşırılık	18.48±8.51 18(8-40)	21±9.89 23(8-40)	-1.317	0.188
	İçini Rahatlatma	13.53±6.3 13(6-30)	15.03±7.19 16(6-30)	-1.075	0.282
	Doktora Güvensizlik	12.77±3.34 15(3-15)	10.76±4.4 12(3-15)	-2.578	0.010*
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	18.12±11.43 18(0-50)	16.03±12.77 16(0-49)	-1.598	0.110
	Ruhsal Durum	16.36±9.92 18(0-42)	14.82±10.87 15(0-39)	-1.234	0.217
	Ciddi Hastalık Durumu	1.76±2.23 1(0-10)	1.21±2.56 0(0-10)	-2.194	0.028*

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Egzersiz/Fiziksel Aktivite eğitimi alma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ). Egzersiz/Fiziksel Aktivite eğitimi alma durumuna göre SCÖ Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Egzersiz/Fiziksel Aktivite eğitimi almayanların Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları yüksek bulundu.

Egzersiz/Fiziksel Aktivite eğitim alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ruhsal durum alt boyut puan ortalamaları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Egzersiz/Fiziksel Aktivite eğitim alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Egzersiz/Fiziksel Aktivite eğitimi almayanların puan ortalamaları alanlara göre yüksek bulundu.

Katılımcıların ayak bakımı eğitimi alma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.29'da verildi.

**Tablo 4.27** Ayak Bakımı Eğitimi Alma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Hayır (n: 242)	Evet (n:8)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	78.85±27.39 79(35-153)	89.75±28.07 96(49-139)	-1.039	0.299
	Zorlantı	16.39±6.82 17(8-40)	18.75±8.71 18(9-37)	-0.773	0.440
	Aşırı Kaygı	17.58±8.05 18(8-40)	20.63±8.33 21(9-37)	-1.181	0.238
	Aşırılık	18.68±8.73 18(8-40)	23.13±8.24 25(11-36)	-1.438	0.150
	İçini Rahatlatma	13.67±6.43 13(6-30)	15.88±6.58 17(6-26)	-0.919	0.358
	Doktora Güvensizlik	12.54±3.52 15(3-15)	11.38±4.9 14(3-15)	-0.428	0.669
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.79±11.76 18(0-50)	19.13±5.87 16(13-31)	-0.169	0.866
	Ruhsal Durum	16.09±10.17 18(0-42)	18.13±5.28 16(12-27)	-0.401	0.689
	Ciddi Hastalık Durumu	1.71±2.29 0(0-10)	1±1.85 0(0-4)	-0.898	0.369

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Ayak bakımı hakkında eğitim alma durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma ve Doktora Güvensizlik alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (p>0.05).

Ayak bakımı hakkında eğitim alma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal durum ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi (p>0.05).

Katılımcıların diyabetle ilgili komplikasyon yaşama durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.30'da verildi.

**Tablo 4.28** Diyabetle İlgili Komplikasyon Yaşama Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Hayır (n:178)	Evet (n:72)		
Siber kond	Ölçek Toplamı	77.71±28.25 74(38-153)	82.89±25.09 90(35-153)	-1.603	0.109

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:178)	Evet (n:72)			
Zorlantı	16.26±7.07 16(8-40)	16.97±6.38 18(8-40)	-0.999	0.318	
Aşırı Kaygı	17.33±8.39 16(8-40)	18.56±7.14 20(8-40)	-1.638	0.101	
Aşırılık	18.23±9 16(8-40)	20.28±7.89 22(8-40)	-1.974	0.048*	
İçini Rahatlatma	13.37±6.59 12(6-30)	14.64±5.96 17(6-30)	-1.877	0.060	
Doktora Güvensizlik	12.52±3.57 15(3-15)	12.44±3.57 15(3-15)	-0.111	0.912	
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	16.81±11.44 18(0-50)	20.38±11.73 20(0-50)	-2.218	0.027*
	Ruhsal Durum	15.4±9.97 17(0-42)	18±10.07 18(0-41)	-1.714	0.087
	Ciddi Hastalık Durumu	1.4±2.16 0(0-10)	2.38±2.43 3(0-10)	-3.523	0.000***

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabetle ilgili komplikasyon yaşama durumuna göre SCÖ toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma ve Doktora Güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmazken ( $p>0.05$ ), Aşırılık alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0.05$ ). Diyabetle ilgili komplikasyon yaşayanların Aşırılık alt boyut puan ortalamalarının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Diyabetle ilgili komplikasyon yaşama durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Diyabetle ilgili komplikasyon yaşayanların Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve Ciddi hastalık durumu alt boyut puan ortalamalarının yaşamayanlara göre yüksek olduğu görüldü.

Diyabetle ilgili komplikasyon yaşama durumuna göre Ruhsal Durum alt boyut puan ortalamaları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların diyabetle ilgili son 1 yıl içinde hastaneye yatma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.31’de verildi.

**Tablo 4.29** Diyabetle İlgili Son 1 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:171)	Evet (n:79)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	78.07±27.51 76(35-151)	81.65±27.24 85(41-153)	-1.089	0.276
	Zorlantı	16.22±6.85 16(8-39)	17±6.93 18(8-40)	-0.868	0.385
	Aşırı Kaygı	17.5±8.11 17(8-40)	18.08±7.97 19(8-40)	-0.669	0.504
	Aşırılık	18.5±8.78 17(8-40)	19.52±8.64 20(8-40)	-1.015	0.310
	İçini Rahatlatma	13.68±6.51 13(6-30)	13.86±6.29 15(6-30)	-0.299	0.765
	Doktora Güvensizlik	12.18±3.66 14(3-15)	13.19±3.25 15(3-15)	-2.406	0.016*
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	16.86±10.84 18(0-50)	19.95±12.97 18(0-50)	-1.385	0.166
	Ruhsal Durum	15.5±9.61 18(0-42)	17.57±10.86 16(0-41)	-1.173	0.241
	Ciddi Hastalık Durumu	1.36±1.98 0(0-10)	2.38±2.7 2(0-10)	-3.219	0.001**

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabetle ilgili son 1 yıl içinde hastaneye yatma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (p>0.05).

Diyabetle ilgili son 1 yıl içinde hastaneye yatma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Doktora güvensizlik alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p<0.05). Son 1 yıl içinde hastaneye yatanların puan ortalamalarının yatmayanlara göre yüksek olduğu belirlendi.

Diyabetle ilgili son 1 yıl içinde hastaneye yatma durumuna göre Sağlık Kaygısı Ölçeği Ciddi Hastalık Durumu alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0.01). Son 1 yıl içinde hastaneye yatanların puan ortalamalarının yatmayanlara göre yüksek olduğu bulundu.

Katılımcıların diyabetle ilgili son 1 yıl içinde hastaneye yatma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.32’de verildi.

**Tablo 4.30** Egzersiz Yapma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri
		Medyan (Minimum-Maksimum)			
		Hayır (n:223)	Evet (n:27)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	77.76±25.98 78(35-153)	91.07±35.72 92(41-153)	-1.690	0.091
	Zorlantı	16.05±6.32 17(8-40)	19.89±9.89 18(8-40)	-1.569	0.117
	Aşırı Kaygı	17.16±7.54 17(8-40)	21.96±10.73 21(8-40)	-2.263	0.024*
	Aşırılık	18.3±8.23 17(8-40)	23.11±11.46 24(8-40)	-2.074	0.038*
	İçini Rahatlatma	13.38±6.1 13(6-30)	16.67±8.28 16(6-30)	-1.836	0.066
	Doktora Güvensizlik	12.87±3.21 15(3-15)	9.44±4.78 10(3-15)	-3.990	0.000***
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.86±11.82 18(0-50)	17.67±9.95 17(1-48)	-0.107	0.915
	Ruhsal Durum	16.18±10.24 18(0-42)	15.89±8.48 16(1-41)	-0.198	0.843
	Ciddi Hastalık Durumu	1.67±2.3 0(0-10)	1.78±2.1 1(0-7)	-0.562	0.574

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Egzersiz yapma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam, Zorlantı ve İçini Rahatlatma alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Egzersiz yapma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Aşırı Kaygı, Aşırılık ve Doktora Güvensizlik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlendi ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Egzersiz yapanların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Aşırı Kaygı, Aşırılık alt boyut puan ortalamaları egzersiz yapmayanlara göre yüksek bulunurken Doktora Güvensizlik alt boyut puan ortalamaları ise düşük bulundu.

Egzersiz yapma durumuna göre Sağlık Kaygısı Ölçeği Toplam, Ruhsal Durum ve Ciddi Hastalık Durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı ( $p<0.05$ ).

Katılımcıların diyetine uyma durumu ile SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.33'te verildi.

**Tablo 4.31** Diyabet Diyetine Uyma Durumuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	Hayır (n:177)	Evet (n:73)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	75.48±25.09 73(35-147)	88.22±30.75 92(41-153)	-2.932	0.003**
	Zorlantı	15.59±5.91 16(8-35)	18.59±8.46 18(8-40)	-2.392	0.017*
	Aşırı Kaygı	16.49±7.21 16(8-40)	20.58±9.24 20(8-40)	-3.220	0.001**
	Aşırılık	17.5±7.96 16(8-40)	22.01±9.7 23(8-40)	-3.351	0.001**
	İçini Rahatlatma	12.85±5.9 12(6-30)	15.88±7.16 17(6-30)	-3.011	0.003**
	Doktora Güvensizlik	13.05±3.03 15(3-15)	11.16±4.35 13(3-15)	-3.153	0.002**
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.37±11.16 18(0-50)	18.96±12.67 17(0-49)	-0.493	0.622
	Ruhsal Durum	15.82±9.81 18(0-42)	16.95±10.62 16(0-41)	-0.377	0.706
	Ciddi Hastalık Durumu	1.55±2.03 0(0-10)	2.01±2.79 0(0-10)	-0.623	0.533

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Diyabet diyetine uyma durumuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma ve Doktora Güvensizlik alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ). Diyetine uyanların Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma alt boyutları ortalama puan ortalamalarının uymayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Doktora güvensizlik alt boyut puan ortalamaları ise tam tersi düşük bulundu ( $p<0.01$ ).

Diyabet diyetine uyma durumuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam, Ruhsal Durum ve Ciddi Hastalık Durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların HbA1c Grubuna Göre SCÖ ve Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanları ve alt boyut puanları açısından farklılık olup olmadığı Tablo 4.34'te verildi.

**Tablo 4.32** HbA1c Grubuna Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±Standart Sapma		z değeri	p değeri	
	Medyan (Minimum-Maksimum)				
	8'in altı (n:221)	8'in üstü (n:29)			
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Ölçek Toplamı	78.38±26.81 79(35-153)	85.41±31.56 85(40-153)	-0.706	0.480
	Zorlantı	16.34±6.71 17(8-40)	17.41±8.12 18(8-40)	-0.284	0.777
	Aşırı Kaygı	17.42±7.84 18(8-40)	19.66±9.43 18(8-40)	-0.580	0.562
	Aşırılık	18.53±8.54 18(8-40)	21±10.01 20(8-40)	-1.029	0.303
	İçini Rahatlatma	13.51±6.3 13(6-30)	15.45±7.26 14(6-30)	-1.162	0.245
	Doktora Güvensizlik	12.58±3.46 15(3-15)	11.9±4.26 14(3-15)	-0.588	0.557
Sağlık Kaygısı Envanteri	Ölçek Toplamı	17.62±11.31 18(0-50)	19.45±13.86 19(0-50)	-0.584	0.559
	Ruhsal Durum	16.01±9.81 17(0-42)	17.21±11.83 19(0-41)	-0.545	0.586
	Ciddi Hastalık Durumu	1.61±2.26 0(0-10)	2.24±2.4 3(0-10)	-1.513	0.130

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

HbA1c değeri grubuna göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı Kaygı, Aşırılık, İçini Rahatlatma ve Doktora Güvensizlik alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı ( $p>0.05$ ).

HbA1c değeri grubuna göre Sağlık Kaygısı Envanteri toplam, Ruhsal Durum ve Ciddi Hastalık Durumu alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi ( $p>0.05$ ).

Diyabetli bireylerin Sağlık Kaygısı Envanteri ve SCÖ puanları arasındaki korelasyon Tablo 4.35'te verildi.

Sağlık Kaygısı Ölçeği toplam ve alt boyutları ile Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sağlık kaygısı Envanteri toplam ve alt boyutları ile SCÖ toplam ve tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf (0.20-0.40) veya orta (0.40-0.60) düzey 0.237 - 0.574 arasında değişen ilişkiler bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Sağlık Kaygısı Envanteri toplam veya alt boyut skorları arttıkça Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam veya alt boyut skorları artmakta veya tam tersi her iki değerde azalmaktadır.

**Tablo 4.33** Sağlık Kaygısı Envanteri ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

		Sağlık Kaygısı		
		Envanteri Toplamı	Ruhsal Durum	Ciddi Hastalık Durumu
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	r	0.567	0.574	0.319
Toplamı	p	0.000***	0.000***	0.000***
Zorlantı	r	0.511	0.529	0.237
	p	0.000***	0.000***	0.000***
Aşırı Kaygı	r	0.549	0.552	0.321
	p	0.000***	0.000***	0.000***
Aşırılık	r	0.557	0.562	0.326
	p	0.000***	0.000***	0.000***
İçini Rahatlatma	r	0.543	0.549	0.313
	p	0.000***	0.000***	0.000***
Doktora Güvensizlik	r	-0.094	-0.112	-0.022
	p	0.138	0.076	0.733

r: Spearman Korelasyon Katsayısı. \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Regresyon analizi sonuçları standardize edilmiş regresyon katsayıları( $\beta$ ) dikkate alınarak incelendiğinde; Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanı ( $\beta=0.545$ ) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puanını anlamlı düzeyde yordalamaktadır (F (1,248) =105.044, p<0.001). (Tablo 4.36). Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanı, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puanındaki değişimin %30'unu açıklamaktadır. Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanının (Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanı 1 puan arttıkça, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puanı 0.527 puan artmaktadır) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puanı üzerine pozitif/artırıcı bir etkisi bulunmaktadır.

**Tablo 4.34** Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t değeri	p değeri	R <sup>2</sup>	F	p değeri
	B	SH <sub>B</sub>	$\beta$					
Sabit	56.233	2.673		21.039	0.000***	0.30	105.044	0.000***
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı	1.288	0.126	0.545	10.249	0.000***			

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001. SH<sub>B</sub>: Regresyon Katsayısının Standart Hatası

## 5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Son yıllarda teknolojinin baş döndürücü bir hızla gelişmesi, internet kullanımının yaygınlaşması ve akıllı telefonların hayatımıza girmesi ile birlikte internette araştırma yapmak kolaylaştı. Bu süreç Covid 19 pandemisi sürecinde bireylerin bu ölümcül hastalığı araştırma isteği ve merakı ile birlikte ivme kazandı. Özellikle sağlık kaygısı fazla olan bireylerin internette uygun olmayan sağlık bilgilerine kolayca ulaşmaları ve araştırma yapmalarını arttırmış olabilir. Bu nedenle bu çalışma Diyabetli bireylerin sağlık kaygılarının siberkondri düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Literatürde Diyabetli bireylerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile anksiyete ve depresyon durumunu araştıran çalışmalar bulunmaktadır (Liu vd., 2020; Şimşek, 2023). Ancak Diyabetli bireylerin sağlık kaygısını değerlendiren (Janzen Claude vd., 2014) çok az çalışma vardır. Siberkondria ise son yıllarda gündemde olan ve farklı popülasyonlarda araştırılan bir konudur. Literatürde Diyabetli bireylerin siberkondria düzeylerini araştıran çalışma sayısı çok azdır (Öcal, 2022).

### 5.1 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Kaygısı Envanteri Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan Diyabetli bireylerin sağlık kaygısının  $17.84 \pm 11.62$  ve siberkondri düzeylerinin ise  $79.2 \pm 27.42$  olduğu tespit edilmiştir. Janzen Claude ve diğerlerinin (2014) yaptığı çalışmada Diyabetli bireylerde sağlık kaygısının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. (Janzen Claude, Hadjistavropoulos & Friesen, 2014). Golden ve diğerlerinin (2017) Tip 2 diyabetli bireyler ile yaptıkları çalışmada katılımcının %26'sının anksiyete bozukluklarına sahip olduğunu bildirmişlerdir (Golden vd., 2017). Altıntaş ve diğerlerinin Tip II diyabetli bireyler ile yaptığı çalışmada katılımcıların % 31.2'sinin orta, % 40.8'inin yüksek düzeyde sağlık kaygısına sahip olduklarını belirtmişlerdir (Altıntaş vd., 2023). Diyabetli bireyler ile yapılan bir başka çalışmada katılımcıların % 27.5'inde anksiyete semptomları olduğu tespit edilmiştir (Liu vd., 2020). Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin sağlık kaygısının değerlendirildiği bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kalmaz, 2022). Araştırmada Diyabetli bireylerin orta düzeyde sağlık kaygısına sahip olduğu bulunmuştur ve literatür de yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada kadınların sağlık kaygısı envanteri ve ruhsal durum alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ciddi hastalık boyutunda ise cinsiyet ile anlamlı fark tespit edilmemiştir. Aydoğan Gedik ve diğerlerinin (2023) Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin sağlık kaygısını değerlendirdiği çalışmada, kadınların sağlık kaygısının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. (Aydoğan Gedik vd., 2023). Şimşek'in (2023) 200 Tip II diyabetli birey ile bireylerin deneyimledikleri damgalama, anksiyete, depresyon ve diyabet öz bakım arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada kadınların anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha fazla olduğunu saptamıştır (Şimşek, 2023). Doğan'ın (2023) "Acil Servislerde Yeşil ve Sarı Alanlara Başvuran Hastaların Sağlık Kaygısı ve Siberkondria" düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada kadınların sağlık kaygısının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Doğan, 2023). Çalışma bulgularımız literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup kadınların doğası gereği sağlık kaygılarının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada diyabetli bireylerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir gider durumu ile sağlık kaygısı arasında fark saptanmamıştır. Janzen Claude ve diğerlerinin (2014) çalışmasında daha genç bireylerde sağlık kaygısının daha fazla olduğu bildirilmiştir Doğan'ın (2023) çalışmasında 18-30 yaş arası bireylerin ve gelir durumu düşük olanların sağlık kaygısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Doğan, 2023). Covid-19 Pandemi Sürecinde Bireylerin Sağlık Kaygılarının Siberkondri Üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada 18-25 yaş aralığındaki bireylerin ve gelir durumu düşük olan bireylerin sağlık kaygılarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Doğanyığıt ve Keçeligil, 2022). Altıntaş ve diğerlerinin (2023) çalışmasında eğitim durumu ve gelir durumu yüksek olan bireylerin sağlık kaygısının daha az olduğu bildirilmiştir (Altıntaş vd., 2023). Literatürdeki çalışmalarla çalışma bulgularımız benzerlik göstermemektedir. Bunun çalışma popülasyonunun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada çalışmayan diyabetli bireylerin Sağlık Kaygısı Envanteri Ciddi hastalık durumu düzeyleri yüksek bulunmuştur. Şimşek'in (2023) çalışmasında da çalışmayan bireylerin anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (Şimşek, 2023). Çalışmayan bireylerin dikkatlerinin daha çok kendileri ile ilgili olduğu ve bu nedenle sağlık kaygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sağlıkla ilgili nadiren yayın takip eden bireylerin ciddi hastalık durumu düzeyleri nadiren ve sıklıkla yayın takip edenlere göre daha fazla bulunmuştur. Sağlıkla ilgili yayın takip etmeyen bireylerin bilgi eksikliğine bağlı kaygılarının daha fazla olabileceği düşünülmektedir. İnternette geçirilen süre ile sağlık kaygısı toplam ve alt boyut düzeyleri arasında fark bulunamamıştır. Literatürde yapılan bir çalışmada çalışma bulgularımız ile benzer şekilde internette geçirilen süre ile sağlık kaygısı arasında fark bulunamamıştır (Doherty-Torstrick vd., 2016). Günümüzde bireyler internette işleri gereği yada oyun oynamak, haber takip etmek, sosyal medya takibi vb. nedenlerle çok kullanmaktadır. Bu nedenle fark olmadığı düşünülmektedir.

Hastalığı ile ilgili sosyal ağ sitelerini takip etme durumu ile ruhsal durum düzeyleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. İnternette hastalıkları ile ilgili haftada bir arama yapanların sağlık kaygısı envanteri toplam ve ruhsal durum alt boyut puanları ayda bir ve hiç arama yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ruhsal durumu kötü olan bireylerin yardım arayışı yada psikososyal destek arama nedeniyle de sosyal ağ siteleri ve internette hastalık ile ilgili daha çok arama yapabilirler. Literatürde “Siberkondri: Sağlık Kaygısını Çevrimiçi Davranışlardan Ayırıştırmak” adlı bir çalışmada hastalık kaygısının şiddeti ile çevrimiçi semptom aramanın ilişkili olduğu ve bunun sonucunda ortaya çıkan kaygı artışının da en güçlü belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (Doherty-Torstrick vd., 2016). Bu nedenle bu bulgu neden sonuç ilişkisini tam olarak açıklamamaktadır ve üzerinde daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. İnternette hastalık belirtileri ile ilgili arama yapan bireylerin sağlık kaygısı envanteri toplam ve ruhsal durum alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnternette ayak yaraları ve bakımı ve kan testleri ile ilgili arama yapan bireylerin ruhsal durum alt boyut düzeyleri, arama yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çevirim içi sağlık bilgisi aramak dağınık ve belirsiz bilgi edinmeye ve sağlık kaygısının artmasına neden olabilir. İnternette ilaçlar, bitkisel tedaviler ve beslenme konusunda arama yapan bireylerin sağlık kaygısı envanteri ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmada Tip II diyabetli bireylerin ciddi hastalık durumu düzeyleri Tip I Diyabetli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Yüksel (2006), Tip I ve Tip II Diyabetli hastaların anksiyete durumlarını Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) kullanarak karşılaştırmış ve fark olmadığını bildirmiştir (Şimşek, 2023). Araştırma bulgularımızdaki farklılığın Tip I diyabetli bireylerin genellikle çocukluk döneminde tanı almaları ve zamanla hastalık ve tedavi sürecine uyum sağlamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların Diyabet süresi ile sağlık kaygısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Şimşek'in Tip II Diyabeti olan bireylerle yaptığı çalışmada diyabet süresinin anksiyete riskini etkilemediğini saptamıştır (Şimşek, 2023). Sayın ve diğerlerinin (2019) tip 2 diyabetli hastaların anksiyete ve depresyon risklerini ve bu risklerle ilişkili durumlarını belirlemek için 636 Tip 2 diyabetli birey ile Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada, diyabet süresi fazla olanların anksiyetelerinin fazla olduğunu bildirmişlerdir (Sayın vd., 2019). Yapılan çalışmalarda ölçme araçlarının farklı olması ve Tip I ve tip II diyabetli bireylerin ayrı yada birlikte değerlendirilmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada insülin ile tedavi gören bireylerin sağlık kaygısı daha yüksek bulunmuştur. İnsülin ve OAD tedavisi alan bireylerin ise ciddi hastalık durumu düzeyleri sadece OAD kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde insülin kullanan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar vardır (Işık ve Buzlu, 2016; Sayın vd., 2019). İnsülin kullanan Diyabetli bireylerin hastalığın daha kötüye gittiğini düşünmesi, insüline bağlı komplikasyon yaşamaları, sürekli insülin enjeksiyonu yapma ve daha sık hastane kontrollerinin ve yatışlarının olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Kan şekeri, diyet ve ilaç kullanma eğitimi alan ve almayan Diyabetli bireyler arasında sağlık kaygısı envanteri ve alt boyutlarına ilişkin anlamlı farklılık bulunamamıştır. Diyabet ile ilgili komplikasyon yaşayan katılımcıların Sağlık Kaygısı Envanteri toplam ve ciddi hastalık durumu alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabetle ilgili son bir yılda hastaneye yatan bireylerin ciddi hastalık durumu düzeyleri yatmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Komplikasyon yaşayan ve komplikasyon nedeniyle hastaneye yatan bireylerin durumlarına ilişkin kaygılı olmalarının olağan olduğu düşünülmektedir. Diyabet diyetine uyma, egzersiz yapma ve HbA1c düzeyleri ile Sağlık Kaygısı Envanteri ve alt boyutlarına ilişkin anlamlı farklılık bulunamamıştır.

## **5.2 Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Düzeylerinin Tartışılması**

Araştırmaya katılan Diyabetli bireylerin siberkondri ciddiyet ölçeği düzeyleri  $79.2 \pm 27.42$  olarak tespit edilmiştir. Öcal (2022) tarafından yapılan "Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlık, İlaç Uyumu ve Siberkondria Düzey İlişkisi" adlı çalışmada diyabetli

bireylerin siberkondri ciddiye ölçeği düzeyleri  $76,7179\pm 18,93$  olarak bildirilmiştir. Literatürde diyabetli bireylerin siberkondri düzeyini belirlemeye yönelik Öcal'ın çalışması dışında başka çalışmaya rastlanmamış olup farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalar incelenmiştir. Pawar ve diğerlerinin (2022) 379 metabolik sendrom tanılı bireyle yaptığı çalışmada katılımcıların %42,5'inin siberkondriden ciddi şekilde etkilendiğini, %28'inin ise orta derecede etkilendiğini bildirmiştir. Gültekin'in (2023) aile hekimliği polikliniğine başvuran 341 hasta ile yaptığı "Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi" adlı çalışmada katılımcıların siberkondri ciddiye ölçeği puanlarının orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (Gültekin, 2023). Kalmaz'ın (2022), kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yaptığı çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerin Siberkondri Ciddiye Ölçeği puan ortalaması  $79,13\pm 23,32$  olarak bildirilmiştir (Kalmaz, 2022). şahinkaya (2022) tarafından yapılan "Aile Hekimliğine Başvuran Hastalar Siberkondria Düzeyi ve Sosyal Medya Bağımlılığı" adlı çalışmada katılımcıların siberkondria ciddiye ölçeği puan ortalaması  $69,38\pm 22,638$  olarak bildirilmiştir (şahinkaya, 2022). Özer ve Güzel'in (2022) kalp hastaları ile yaptıkları bir başka çalışmada da katılımcıların siberkondri ciddiye ölçeği puan ortalamalarının  $75,47\pm 30,83$  olarak bulunmuştur (Güzel & Özer, 2022). Kalp hastası kadınlarla yapılan bir başka çalışmada siberkondri puan ortalaması  $68\pm 27,04$  olarak belirlenmiştir (Güleşen ve Beydağ, 2020). Yapılan çalışmalarda SCÖ puanlarının 68 ila 79 arasında değiştiği, siberkondria düzeylerinin orta seviyede olduğu ve araştırmamız ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmamızda kadın diyabetli bireylerin siberkondri düzeyi ve Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırlık alt boyut düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı. Uzun (2016) ve Tüter'in (2019) çalışmasında araştırmamıza benzer şekilde kadınların SCÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Uzun, 2016; Tüter, 2019). Diyetisyene başvuran kişilerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri ile siberkondri arasındaki ilişkisini inceleyen bir çalışmada kadınların siberkondri düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Tiritoğlu, 2019) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastalarda Siberkondri ile Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiği bir çalışmada kadınların SCÖ doktora güvensizlik alt boyutu puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuş, toplam ve diğer boyutlarda fark bulunmamıştır (Kaya, 2023). Araştırmamız ile benzerlik gösteren çalışmaların yanı sıra göstermeyen çalışmalarda bulunmaktadır. Öcal'ın (2022) Diyabetli

bireler ile yaptığı çalışmada cinsiyet ile SCÖ düzeyleri arasında fark bulunamamıştır. Gültekin'in (2023) aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sosyodemografik özellikler ile siberkondri ciddiyeti arasındaki ilişkiyi inceleyerek, siberkondrinin, fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini azaltmasıyla birlikte hasta-hekim ilişkisine zarar veren ve ekonomiye büyük bir yük oluşturan bu henüz yeni ve bilinmeyen kavramın anlaşılmasına katkıda bulunmayı amaçladığı çalışmada da cinsiyet ile SCÖ arasında fark bulunamamıştır. Kalmaz'ın (2022) çalışmada da cinsiyet ile SCÖ düzeyleri arasında fark saptanamamıştır. Doğan'ın (2023) Acil Servislerde Sarı ve Yeşil Alanlara Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi adlı çalışmada da cinsiyet ile SCÖ arasında fark bulunamamıştır. Literatürde bulunan çalışmalar ile araştırmamız arasındaki farklılıkların popülasyon ve yaş grubu dağılımlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada genç yaş grubunun (1-40) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam, Zorlantı, Aşırı kaygı, Aşırılık, İçini rahatlatma alt boyut puanları (41-55) yaş grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı. Doktora güvensizlik boyutunda ise bu grubun puanı en düşük olarak tespit edildi. Güleşen ve Beydağ'ın (2020) kalp hastalığı olan kadınlarla yaptığı çalışmada 50 yaş ve altındaki katılımcıların SCÖ düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Güzel ve Özer' in (2022) kalp hastaları ile yaptığı çalışmada 30 yaş altı katılımcıların zorlantı, aşırı kaygı, içini rahatlatma alt boyutları ile SCÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu, doktora güvensizlik alt boyutunda ise 51-60 yaş arası bireylerin en yüksek puana sahip oldukları bildirilmiştir (Güzel & Özer, 2022). Tüter' in (2019) yaptığı çalışmada 25-44 yaş aralığında olan katılımcıların siberkondri düzeyleri diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur(Tüter, 2019). Erdoğan Özyurt ve diğerlerinin (2020) aile sağlığı merkezine başvuran 18-75 yaş arası, 318 kişi ile gerçekleştirdiği "İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler" adlı çalışmada da 35 yaş altı grubunun SCÖ düzeylerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu bildirmişlerdir. (Erdoğan Özyurt vd., 2020). Hem çalışmamızda hem de literatürdeki çoğu çalışmada genç bireylerin SCÖ düzeyleri daha yüksek bulunmasının nedeni teknoloji ve interneti yaşlı bireylere göre daha rahat kullanmalarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada lise ve üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip bireylerin ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek SCÖ düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Zorlantı boyutunda üniversite ve üstü mezunlarının, Aşırı kaygı, aşırılık, içini rahatlatma alt

boyutlarında lise ve üniversite ve üstü mezunlarının daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. Doktora güvensizlik boyutunda ise en yüksek puan okur yazarlarındır. Öcal'ın çalışmasında aşırılık alt boyut puanı üniversite mezunu olanlarda diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Öcal, 2022). Kalmaz'ın (2022) çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerin eğitim durumu ile SCÖ düzeyleri arasında fark bulunmaz iken aşırılık boyutunda üniversite mezunlarının daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur (Kalmaz, 2022). Güleşen'in (2020) kadın kalp hastaları ile yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitime sahip bireylerin siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Güleşen & Beydağ, 2020). Erdoğan Özyurt ve diğerleri (2020), Tüter (2019) ve Tiritoglu' nun (2019) çalışmalarında da katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça siberkondri düzeyleri artmıştır (Erdoğan Özyurt vd., 2020; Tiritoglu, 2019; Tüter, 2019). Araştırma bulguları literatürdeki birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça internet ve sosyal medya kullanımı ve farkındalıklarının artmasına bağlı siberkondri düzeylerinin de arttığı düşünülmektedir.

Araştırmada çalışmayan katılımcıların SCÖ doktora güvensizlik alt boyut puanı çalışan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Erdoğan Özyurt ve diğerlerinin (2020) çalışmasında katılımcıların çalışma durumları ile SCÖ-15 (kısa formu) arasında fark bulunamamıştır. Bizim çalışmamızdaki farkın çalışmayanların daha fazla internet ve sosyal medyada zaman harcamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada gelir durumu ile SCÖ düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Erdoğan Özyurt ve diğerlerinin (2020) çalışmasında da katılımcıların gelir durumlarıyla SCÖ düzeyleri arasında fark saptanamamıştır (Erdoğan Özyurt vd., 2020). Kaba'nın (2021) çalışmasında ekonomik düzeyi orta olan grubun SCÖ düzeylerinin iyi ve kötü olan gruplara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kaba, 2021). Güleşen ve Beydağ'ın (2019) kalp hastalığı olan kadınlarla yaptığı çalışmada gelir düzeyi orta ve üzerinde olan katılımcıların SCÖ düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Güleşen ve Beydağ, 2020). Araştırma bulgumuz Erdoğan Özyurt ve diğerleri ile benzerlik gösterirken Kaba ve Güleşen & Beydağ' ın çalışması ile benzerlik göstermemektedir. Bu farkın günümüzde internet erişiminin daha kolay olmasından kaynaklanabilir. TÜİK verilerine göre de ülkemizde her geçen yıl internet erişim oranı artmaktadır (TÜİK, 2023).

Araştırmada sağlığı ile ilgili sıklıkla yayın takip edenlerin SCÖ düzeyleri, hiç takip etmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. İnternette geçirdikleri süre ve hastalıkla ilgili bilgi arama sıklıkları fazla olan diyabetli bireylerin SCÖ düzeyleri de daha yüksek çıkmıştır. Kaba'nın (2021) çalışmasında sağlıkla ilgili bazen yayın takip eden ve hiç takip

etmeyen katılımcılar karşılaştırıldığında bazen takip eden katılımcıların SCÖ düzeyi yüksek bulunmuştur (Kaba, 2021). Uzun'un (2016) çalışmasında sağlıkla ilgili yayın takip edenlerin siberkondri düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur. Öcal'ın (2022) diyabetli bireyler ile yaptığı çalışmada günlük 3-5 saat arasında internet kullanımı olan bireylerin SCÖ aşırılık boyutu puanları yüksek bulunmuştur.

Sezer ve diğerlerinin (2022), aile sağlığı merkezine başvuran üreme çağındaki (18-49 yaş arası) 422 kadında siberkondri ile sürekli kaygı, psikolojik iyi oluş ve diğer faktörler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, internet kullanım süresi arttıkça SCÖ düzeylerinin de arttığını bildirmişlerdir (Sezer vd., 2022). Erdoğan Özyurt ve diğerlerinin çalışmasında her zaman internette sağlıkla ilgili bilgi arayanların SCÖ-15 düzeyleri yüksek bulunmuştur. Araştırmada hastalıkla ilgili haftada bir ve daha fazla arama yapanların SCÖ toplam ve alt boyut puanları ayda bir veya hiç arama yapmayanlardan yüksek bulunmuştur. Araştırma bulguları literatürdeki birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir. Günümüzde internet tarayıcıları ve çevrimiçi platformlar, kullanıcıların çevrimiçi davranışlarını izlemekte ve bu verileri toplayarak yapay zekanın katkısıyla analiz edilmektedir. Sonrasında kişinin ilgi alanları ve ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmiş reklamlar oluşturulmaktadır. Tüm bu nedenlerle internet kullanımı arttıkça SCÖ düzeylerinin yüksek olması olağandır.

Hastalığı ile ilgili sosyal ağ sitesine üyeliği olan katılımcıların SCÖ toplam, zorlantı, aşırılık, aşırı kaygı ve içini rahatlatma boyutlarında üyeliği olmayanlara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları, doktora güvensizlik boyutunda ise tam tersi olduğu bulunmuştur. Sezer ve diğerlerinin (2022) çalışmasında sosyal medyada geçirilen fazladan her saatin siberkondri düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (Sezer vd., 2022). Sosyal medyada alanında uzman yada değil herkes bilgi paylaşımı yapabilmektedir. Bu nedenle yanlış ve eksik bilgiler kişilerin kaygılarını arttırabilir. Ayrıca belirli ürünleri veya hizmetleri tanıtmak amacıyla yapılan pazarlama taktikleri olabilir. Bu tür bilgiler genellikle objektiflikten uzak olabilir ve kişilerin sağlıkları ile ilgili yanlış düşünce ve karar almalarına neden olabilir.

Diyabetli bireylerin internette hastalıkları ile ilgili arama yaptıkları konular ve SCÖ puanları karşılaştırıldığında hastalık belirtileri, ayak yarası ve bakımı, kan testi sonuçları, ilaçlar ve bitkisel tedaviler hakkında arama yapanların SCÖ toplam ve alt boyut puanları yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın tersine Öcal (2022) ve Uzun'un (2016) çalışmalarında tamamlayıcı tedavi veya alternatif tıp yöntemlerine başvurma durumu ile SCÖ arasında fark tespit edilmemiştir. Çalışmamızda arama yapan

bireylerin bu konularda eksik bilgileri olduğu yada farkındalıklarının daha fazla olması nedeniyle araştırma ihtiyacı duydukları düşünülmektedir.

Araştırmada Diyabet tipi, Diyabet süresi ve Diyabet tedavi türü ile SCÖ toplam ve alt boyut düzeyleri arasında fark bulunamamıştır. Benzer şekilde Öcal'ın (2022) çalışmasında hastalık süresi, tedavi türü ile SCÖ arasında fark tespit edilmemiştir (Öcal, 2022). Güleşen ve Beydağ'ın (2020) çalışmasında bir yıldan daha az süredir kalp hastalığı tanısı almış olan bireylerin SCÖ düzeyleri yüksek bulunmuş ve hastaların yeni tanı alması nedeniyle bilgi gereksinimlerinin fazla olabileceği ve bu nedenle de daha fazla internete başvurdukları düşünülmüştür (Güleşen & Beydağ 2020). Araştırmamızda diyabet tanı yılı 5 yıllık gruplar halinde düzenlendiği için fark bulunmamış olabilir.

Araştırma da Diyabet ile ilgili eğitim alanların SCÖ toplam, zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma alt boyut düzeyleri yüksek bulunmuştur. Doktora güvensizlik boyutunda ise eğitim almayanların puanları yüksek bulunmuştur. Kan şekeri düşüklüğü/yüksekliği, ilaç kullanma ve diyet eğitimi alan katılımcıların SCÖ toplam, zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma düzeyleri daha yüksek bulunurken Doktora güvensizlik boyutunda daha düşük bulunmuştur. Egzersiz eğitimi alan Diyabetli bireylerin doktora daha çok güvendikleri bulunmuştur. Eğitim alanların doktora daha çok güvenmelerine rağmen SCÖ toplam ve diğer boyutlarda yüksek puanlara sahip olmaları eğitim ile farkındalıklarının artmasına bağlı internette daha çok bilgi arama ihtiyacı duymuş olabilirler.

Diyabetli bireylerin komplikasyon yaşayan diyabetli bireylerin SCÖ aşırılık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Güleşen ve Beydağ'ın (2020) çalışmasında kalp hastalığı ile ilgili ameliyat olamayanların daha fazla internette araştırma yaptığı ve bunun bilinmeyen ile ilgili kaygıdan kaynaklanmış olabileceği bildirilmiştir (Güleşen & Beydağ 2020). Bizim çalışmamızda ise komplikasyon yaşayan bireylerin yaşadıkları komplikasyona yönelik bilgi edinme ihtiyacına bağlı internette sürekli araştırma yapmalarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma da son bir yıl içinde Diyabet hastalığı ile ilgili hastaneye yatanları doktora daha az güvendikleri bulunmuştur. Hastaneye yatan bireylerin komplikasyon yaşadıkları için hastanede yattıkları ve bu nedenle daha fazla kaygılı oldukları için daha güvensiz olabilecekleri düşünülmüştür. Egzersiz yapan bireylerin aşırılık ve aşırı kaygı boyut düzeyleri yüksek çıkmış, doktora güvensizlik boyut puanları ise düşük bulunmuştur. Egzersiz yapan bireylerin ise hastalıklarını daha fazla önemsedikleri ve daha fazla kaygılı olmaları nedeniyle internette daha çok araştırma yapmış olabilirler.

Araştırmada diyetine uyduğunu belirten bireylerin SCÖ toplam, toplam, zorlantı, aşırı kaygı, aşırılık ve içini rahatlatma alt boyut düzeyleri yüksek ve doktora güvensizlik alt boyutları ise daha düşük bulunmuştur. Diyetine uyan bireylerin internette daha fazla araştırma yaptığı ve bunun olumlu bir katkısı olduğu söylenebilir. Araştırma da HbA1c düzeyleri ile SCÖ toplam ve alt boyutları arasında fark tespit edilmemiştir.

### **5.3. Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı envanteri ve siberkondri ciddiye ölçeği düzeylerine etkisinin tartışılması**

Araştırmada sağlık kaygısı ve siberkondri ciddiye ölçeği arasında zayıf ve orta düzeylerde ilişki bulundu. Özdemir ve diğerleri (2022) tarafından gerçekleştirilen “Anksiyete Bozukluğu ve Depresif Bozuklukta Siberkondri Sıklık ve Ciddiyetinin Sağlıklı Gönüllülerle Karşılaştırılması” adlı çalışmada, depresif bozukluk hastaları, Alzheimer hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında siberkondri ve sağlık kaygısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Siberkondri seviyelerinin sağlık kaygısı ile anlamlı düzeyde bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Özdemir, vd., 2021). Özyıldız ve Alkan (2022) Akademisyenlerin sağlık anksiyeteleri ile sberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir araştırma’ adlı çalışmasında Sağlık anksiyetesi ölçeği ile siberkondri ciddiye ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır (Özyıldız & Alkan, 2022). Çalışmamız literatürdeki farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı arttıkça, siberkondri düzeyleride artmaktadır. Diyabetli bireylerin sağlık kaygısının siberkondri düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz araştırmada;

Diyabetli bireylerin SCÖ puan ortalaması  $79.2 \pm 27.42$ , Sağlık Kaygısı Envanteri puan ortalaması  $17.84 \pm 11.62$  olarak bulunmuştur.

Kadın, 18-40 yaş arası bireylerin ve eğitim durumu lise ve üstü olan diyabetli bireylerin internette daha çok sağlıkla ilgili araştırma yaptığı belirlenmiştir.

Çalışmayan DM’li bireylerin doktora daha az güvendiği ve hastalıklarını daha ciddi algıladıkları belirlenmiştir.

Sosyal ağ sitelerine üye olanların hem SCÖ hemde ruhsal durum puanlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İnternette hastalıkla ilgili arama yapma sıklığı fazla olanların sağlık kaygısı ve siberkondri düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hastalık belirtileri, ayak yarası ve bakımı, kan testi sonucu, ilaçlar, bitkisel tedaviler hakkında arama yapan bireylerin siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tip 1 diyabetli ve insülin kullanan bireylerin hastalıklarını daha ciddi algıladıkları belirlenmiştir.

Diyabet ile ilgili eğitim alan bireylerin internette sağlık ile ilgili daha fazla araştıma yaptığı tespit edilmiştir.

Diyabet ile ilgili komplikasyon yaşayan bireylerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadığı belirlenmiştir.

Son bir yıl içinde hastaneye yatan DM li bireylerin doktora daha az güvendikleri ve hastalıklarını daha ciddi gördükleri belirlenmiştir.

Egzersiz yapan bireylerin daha az doktora güvendikleri, aşırı kaygı yaşadıkları ve daha fazla internette araştıma yaptıkları belirlenmiştir.

Diyetine uyan DM li bireylerin internette daha fazla sağlık araştırması yaptıkları tespit edilmiştir.

Diyabetli bireylerin sağlık kaygısı arttıkça, siber kondri düzeylerinin de arttığı saptanmıştır ( $p<0.001$ ,  $r=0.567$ ).

## **Öneriler**

Günümüzde teknolojiye gelişmeler ve artan internet kullanımı ile birlikte sağlıkla ilgili bilgilere erişim kolaylaşmış ve geleneksel yöntemlerin (sağlık personeli, sağlık/tıp kitapları, aile, arkadaş çevresi, medya) yerini almıştır. Bireyler kendileri ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu olunca ya da sağlıklarını geliştirmek amacıyla daha hızlı ve daha az maliyetle sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilmektedirler. Ancak bu bilgiler kişilerin yararına olduğu kadar zararına da olabilir. Bu nedenle özellikle kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı yönetmelerine ilişkin eğitim programlarına bilinçli internet kullanımı ve güvenilir kaynaklar hakkında eğitimler eklenmelidir. İnternette ve sosyal medyada verilen bilgiler ile teşhis, tedavi yapılamayacağı sağlık ile ilgili tüm konularda alanında uzman kişilerden destek almaları gerektiği öğretilmeli,

Genç, kadın, eğitim alma gibi sosyodemografik verilere göz önüne alındığında; hastalık hakkında farkındalığı fazla olan bireylerin daha fazla internette sağlıkla ilgili arama yaptıkları bu nedenle bu bireylere verilecek eğitimlerin bireyin sorularına cevap verecek şekilde güncellenmesi,

Eğitim verilirken teknolojiden nasıl faydalanmaları gerektiği, internette güvenilir bilgilere nasıl ulaşacakları ve bunun kullanımını hakkında da eğitim verilmesi,

Tip 1 Diyabeti olan, komplikasyon yaşayan ve bu nedenle hastaneye yatan bireylerde siberkondri ve sağlık kaygılarının daha fazla olmasına bağlı olarak bu bireylerde bireye özgü eğitimlerin yapılması, takiplerinin daha sık yapılarak zamanın da önlemler alınması,

Diyabetli bireylerin sağlık kaygılarının tanı aşamasından itibaren değerlendirilmesi ve kaygılarının giderilmesine yönelik önlemlerin erken dönemde alınması,

Diyabetli bireylerin SCÖ düzeyleri ve ilişkili faktörleri değerlendiren araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Birol, Ogun & Çelik (2020). Endokrin Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.N. Akdemir, L Birol (EDT.) *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. (ss.893-937)* Akademisyen Kitabevi.
- American Diabetes Association, *Standards of Medical Care in Diabetes-2022*. Diabetes Care, 45(suppl.1), 567-570
- Altintas, E., Bagir, G. S., Haydardedeoglu, F. E., & Bag, H. (2023). Effect of Health Anxiety on Glycemic Control in Patients with Type II Diabetes Mellitus: A Single Center, Cross Sectional Study. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, 19(1), 73.
- Ambrosini, F., Truzoli, R., Vismara, M., Vitella, D., & Biolcati, R. (2022). The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: the mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction. *Heliyon*, 8(5).
- American Diabetes Association Professional Practice Committee, & American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement\_1), S125-S143.
- Atkinson, M.A., Eisenbarth, G.S., Michels A.W. Tip 1 diyabet. *Lancet*. 2014 Ocak 4;383(9911):69–82
- Uluslararası Diyabet Federasyonu Diyabet Atlası (2021).
- Dağdelen, S., Balcı, M., Deyneli, O., Karadeniz, Ş., Sargın, M., Demir, T., ... & Yılmaz, M. (2023). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi.
- Aydemir, Ö., Kirpinar, I., Satı Tülay, S., Uykur, B., & Cengisiz, C. (2013). Reliability and validity of the Turkish version of the health anxiety inventory. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(4), 325.
- Aydoğan, S., Atay, E., Pala, S., Zencirci, S., Öcal, E., Demirtaş, Z., ... & Metintaş, S. (2023). Evaluation Of Health Anxiety İn Adults Admitting To Primary Healthcare Institutions. *İstanbul Kuzey Klinikleri*, 10(1).
- Baran, S. (2021). *Zeytin yaprağının obez bireylerde hiperglisemi ve hipertansiyon üzerine etkisi*. [Yüksek lisans tezi, Batman Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International journal of behavioral medicine*, 23, 595-605.
- Bulutlar, O.N. (2015). Diyabet hastalarına beslenme açısından yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31, 39-44.
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *The lancet*, 389(10085), 2239-2251.
- Coşansu, G. (2015). Diyabet: Küresel bir salgın hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31, 1-6.
- Çalışkan, S. G., Hacıağaoğlu, N., Tuzun, S., Öner, C., Şimşek, E. E., & Cetin, H. (2022). Diyabet Merkezden Takipli Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Hipoglisemi Sıklığı ve Hipoglisemi Korkusu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(4), 681-689.

- Çapoğlu, İ. Ç., Yıldırım, A., Aşlar, R. H., & Çayköylü, A. (2019). Diyabete eşlik eden ruhsal sorunlar ve diyabet yönetimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 67-74.
- Celik, S., & Pınar, R. (2014). Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyon Ve Parmak Delme Korkusu. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 5(2).
- Demirağ, H., Hintistan, S., & Bulut, E. (2022). The effect of topically administered lavender aromatherapy on the pain of insulin injection in diabetic patients: a double-blind randomized controlled clinical trial. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 52(6), 1845-1853.
- Demirhan, H., & Eke, E. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı Açısından Dijitalleşmenin Etkileri: Siberkondri Hastalığı Üzerine Bir İnceleme.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.
- DiMeglio, L. A., Evans-Molina, C., & Oram, R. A. (2018). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 391(10138), 2449-2462.
- Dinççağ, N. (2011). Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 18(4), 181-223.
- Doğan, F. (2023). Acil Servislerde Sarı ve Yeşil Alanlara Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi) Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- Doğanyığıt, P. B., & Keçeligil, H. T. (2022). Covid-19 pandemi sürecinde bireylerin sağlık kaygılarının siberkondri üzerindeki etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 355-362.
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390-400.
- Ekinci, Y., Tutgun-Ünal, A., Bayse, R., Ekinci, A., & Tarhan, N. (2021). Siberkondri, Sağlık Okuryazarlığı Ve Sosyo-Ekonomik Statü İlişkisi Bağlamında X Ve Y Kuşağına Yönelik Bir Araştırma. *İstanbul Arel Üniversitesi İletişim Çalışmaları Dergisi*, 9(20), 117-148.
- Elciyar, K., & Taşçı, D. (2017). Siberkondri ciddiyet ölçeği'nin anadolu üniversitesi iletişim bilimleri fakültesi öğrencilerine uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 57-70.
- Erdoğan, S., & Özcan, Ş. (2021). Diyabet Hemşireliği (Diabetes nursing). *Nobel Tıp Kitabevi*.
- Erdoğan, T., Aydemir, Y., Aydın, A., İnci, M. B., Ekerbiçer, H., Muratdağı, G., & Kurban, A. (2020). İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 1-10.
- Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 504-510.
- Gerich, J. E. (2002). Is reduced first-phase insulin release the earliest detectable abnormality in individuals destined to develop type 2 diabetes?. *Diabetes*, 51(suppl\_1), S117-S121.

- Göksu, Ö., & Kumcağız, H. (2020). Covid-19 Salgınında Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi ve Kaygı Düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Golden, S. H., Shah, N., Naqibuddin, M., Payne, J. L., Hill-Briggs, F., Wand, G. S., ... & Lyketsos, C. (2017). The prevalence and specificity of depression diagnosis in a clinic-based population of adults with type 2 diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 58(1), 28-37.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053 – 1060.
- Güzel, S., & Özer, Z. (2021). Cyberchondria levels and affecting factors in heart patients. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(27), 36-46.
- Gül, Ş., Aşiret, G. D. & Okatan, C. (2021). Tip 2 Diyabetes Mellituslu bireylerin hipoglisemi korkusunun incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14 (3), 179- 187.
- Gülen, A. H., Korkusuz, N. A., & Korkusuz, E. (2023). Diyabet teknolojilerinin diyabetli bireyler üzerindeki etkisi ve diyabet kabul durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(3), 348-355.
- Güleşen, A., & Beydağ, K.D. (2020). Cryberchondria level in women with heart disease and affecting factors. *Archives of health science and research (Online)*, 7(1),1-7.
- Gültekin, İ. E. (2023). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi.
- International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas, (2019), 9. Baskı, IDF Diyabet Atlası (2019), [https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133351\\_IDFATLAS9e-final-web.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf). Erişim tarihi: 15.01.2024.
- International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas, (2021), 10. Baskı, IDF Diyabet Atlası (2021), [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf). Erişim tarihi: 17.03.2024.
- Işık, N. A., & Buzlu, S. (2016). Tip 2 Diabetli Oral Antidiyabetik Kullanan Hastalar ile İnsülin Kullanan Hastaların Depresyon Yönünden Karşılaştırılması. *Gazi Medical Journal*, 27(4).
- Janzen Claude, J. A., Hadjistavropoulos, H. D., & Friesen, L. (2014). Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 312–322.
- Janzen Claude, J. A., Hadjistavropoulos, H. D., ve Friesen, L. (2014b). Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 312–322.
- Kaleci, F., Bozbaş, Karabulut, T. İ. (2023). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yorgunluk ve Diyabet Öz Yönetim Arasındaki İlişki [Yüksek lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Tez Merkezi.
- Kalmaz, A. (2022). *Kronik hastalığı olan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile ilişkisi* [Yüksek lisans tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Karabulut, T. İ. (2023). *Tip 2 diyabetli bireylerde yorgunluk ve diyabet öz yönetim arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

- Karaçadır, V., & Çelik, R. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 225-238.
- Kartal, Y. A., & Kaya, L. (2021). Covid-19 Salgınında Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 541-555.
- Kavak, F., & Aktürk, Ü. (2019). Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi.
- Kaya, O. (2023). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastalarda Siberkondri ile Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, 7(9), 148-152.
- Kocaeli, A. A., & Gül, Ö. Ö. Diabetes Mellitusun Epidemiyolojisi. Ş. İmamoğlu ve C. Özyardımcı Ersoy (Edt), 44.
- Korkut, Y., Kayabaşı, A., & Onbaşı, K. (2020). Tip 2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin tedavi tipine göre karşılaştırılması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(2), 58-67.
- Kumsar, A. K., Yılmaz, F. T., & Gündoğdu, S. (2019). Tip 2 diyabetli bireylerde algılanan semptom düzeyi ile HbA1c ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44, 61-68.
- Liu, X., Haagsma, J., Sijbrands, E., Buijks, H., Boogaard, L., Mackenbach, J. P., ... & Polinder, S. (2020). Anxiety and depression in diabetes care: longitudinal associations with health-related quality of life. *Scientific reports*, 10(1), 8307.
- Maftai, A., & Holman, A. C. (2020). Cyberchondria during the coronavirus pandemic: the effects of neuroticism and optimism. *Frontiers in Psychology*, 11, 567345.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 259-265.
- Mubeen Akhtar, T. F. (2019). Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *JPMA*, 70(3), 90-95.
- Norr, A. M., Allan, N. P., Boffa, J. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *Journal of anxiety disorders*, 31, 58-64.
- Ocak, S., Özkan, M. A., Ozkan, F., Öz, B., Celkan, T. T., & Apak, H. (2019). Prognostic and clinical significance of expressions of P53, Erbb2, c-Kit and Bcl2 in childhood medulloblastoma. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 1-6.
- Olgun & Çetinkaya (2021). Diyabetin Tanı Kriterleri, Etyolojik Sınıflaması, Klinik Dönemleri ve Fizyopatolojisi. S. Erdoğan ve Ş. Özcan (Edt.), Diyabet Hemşireliği. (ss.19-36). Nobel Tıp Kitabevler.
- Öcal, E. E., & Önsüz, M. F. (2018). Diyabet Hastalığının Ekonomik Yükü. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1), 24-41.
- Ozdemir, M., Erdogan, A., & Eryilmaz, M. M. (2022). Levels of Cyberchondria in Anxiety Disorder and Depressive Disorder. *Israel Journal of Psychiatry*, 59(1), 36-41.
- Özişli, Ö., & Ağcadağ, A. (2022). E-Sağlık Okuryazarlık ve Siberkondri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Saha Araştırması. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 9(88), 1979-1985.

- Öztürk, K. (2020). E-sağlık okuryazarlığının siberkondriye etkisinde güven iletişiminin aracı rolü [Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Özyıldız, K. H., & Alkan, Ö. Ü. A. (2022). Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri İle Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*, 13(33).
- Palabıyık Yılmaz, D. (2011). *Diyabetik hastaların diyabetik ayak ile ilgili bilgi ve tutumlarının diyabetik ayak lezyonlarının gelişimi üzerine etkileri* [Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Sabandüzen, H., & Kavaklı, Ö. (2022). 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.
- Salcan, T. (2022). Tip 2 diyabet tanılı bireylerde diyabet eğitiminin hastalığın öz yönetimi ve tam kontrolü üzerine etkisi: *Adana örneği* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi) Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.
- Sargın, G., Yavaşoğlu, İ., Kadıköylü, G., & Bolaman, Z. (2011). Laktik asidoz: Olgular üzerinden kısa bir gözden geçirme. *Yoğun Bakım Derisi*, 3, 63-6.
- Satman, İ., & Grubu, T. I. Ç. (2011). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (Turdep-1) Sonuçları.
- Sezer, Ö., Başoğlu, M. A., & Dağdeviren, H. N. (2022). An examination of cyberchondria's relationship with trait anxiety and psychological well-being in women of reproductive age: A cross-sectional study. *Medicine*, 101(46), e31503.
- Sivrikaya, S. K., & Ergün, S. (2018). Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 25-36.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert review of neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Şahin, E., & Öncel, M. (2014). Diyabet tanı ve takibinde geleneksel ve yeni biyokimyasal belirteçler.
- Şimşek, M. G. (2023). Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabette Damgalama, Anksiyete, Depresyon Ve Diyabet Öz Bakımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 7 (4) 248-255.
- Şireci, E., & Karabulutlu, E. Y. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., & Ekinci, Y. (2021). Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(37), 4253-4297.
- Tiritoğlu, S. (2019). *Diyetisyene başvuran bireylerin beslenme ve diyet hakkındaki düşünceleri ile siberkondri ilişkisi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi] YÖK Tez Merkezi.

- Tuna, D. C., Marakoğlu, K., & K6rez, M. K. (2023). ¼niversite 6đrencilerinin siberkondri ve anksiyete d¼zeyleri ve ilişkili fakt6rler: Kesitsel bir 7alışma. *Turkish Journal of Family Practice*, 27(2), 36-44.
- Turan, H. (2022). İnternet Bağımlılığı ve Siberkondri. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-27.
- Tutuncu, Y., Satman, I., Gedik, S., Canbaz, B., Turker, F., Dinccag, N., ... & Omer, B. (2012, September). Glucose tolerance status and hsCRP in a large population-based survey. *In Immunology*, 137, 540-540.
- T¼rkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. 2022.
- T¼ter, M. (2019). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri d¼zeyinin ve ilişkili fakt6rlerin değerlendirilmesi*. [Doktora tezi, Sağlık Bilimleri ¼niversitesi]. Y6K Tez Merkezi.
- Uzun, S. U. (2016). *Pamukkale ¼niversitesi 7alışanlarında siberkondri d¼zeyi ve etkileyen etmenler*. [Doktora tezi, Pamukkale ¼niversitesi]. Y6K Tez Merkezi.
- ¼ren, Y., & Karabulutlu, E. Y. (2018). Tip 2 diyabet hastalarında diyabet kontrol¼n¼ zorlaştıran fakt6rlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 376-386.
- Yıldırım, T. D., Soyaltın, U. E., Develi, A., Yıldırım, M., Elyiğit, F. ve Akar, H. (2014). *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24 (3), 163-166.
- Yılmaz, 6., & Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *T¼rk Psikoloji Dergisi*, 35(85), 21-36.
- Yorulmaz, E. G., & Dirik, G. (2014). Diyabet hastalarının ruhsal sorunlarının Kaynakların Korunması kuramı kapsamında incelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 27(3), 199-206.
- Yurtseven, M. (2023). *Tip 2 diyabetli hastalarda hareket etme korkusunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi* [Y¼ksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu ¼niversitesi]. Y6K Tez Merkezi.
- Zhou, Y., Dai, L., Deng, Y., Zeng, H., & Yang, L. (2022). The moderating effect of alexithymia on the relationship between stress and cyberchondria. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1043521.

## 7. EKLER

### EK 1

## ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı : 08.08.2022-80785

T.C.

### ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

#### Sağlık Bilimleri Alanı Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
03	09	07.07.2022

#### Karar Numarası: 2022/03

Dr. Öğr. Üyesi Arife ALBAYRAK COŞAR'ın araştırmanın yürütücüsü olduğu (Diğer araştırmacılar - Üniversitemiz Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Memnune Gizem TÜREDİ) "Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısı ve Siberkondri Düzeylerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait başvurusunun görüşülmesi istemi.

Dr. Öğr. Üyesi Arife ALBAYRAK COŞAR'ın araştırmanın yürütücüsü olduğu (Diğer araştırmacılar - Üniversitemiz Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Memnune Gizem TÜREDİ) "Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısı ve Siberkondri Düzeylerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait etik kurul başvurusunun fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğun başvurucuya ait olmak üzere araştırma süresince uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi. **07.07.2022**

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Eroğan ASLAN  
Kurul Başkanı

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Mehmet SEÇER  
Üye

(Mazeretli)

Prof. Dr. Zülfiyar KARABULUT  
Üye

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Tarkan ERGÜN  
Üye

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Tamer DEMİR  
Üye

(Mazeretli)

Prof. Dr. Nalan KOZACI  
Kurul Başkan Yrd.


(Mazeretli)

Prof. Dr. Gülsün YILDIRIM  
Üye


Bu belge, güvendi elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2

KURUM ONAYI



T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - ALANYA  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KIZILIRMAKI YOLU, 07070000, 401 01 02, 20205  
  
00573411363

Sayı : E-69706591-604.01.02  
Konu : Tez Çalışması İzni (Memnune  
Gizem TÜREDİ)

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı


İlgi : 08/09/2022 tarihli ve 98360293-604.01.02-02-5094 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda bahsi geçen Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Turizmi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Memnune Gizem TÜREDİ'nin "Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısı ve Siberkonduktör Düzeylerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Alper ÖZTÜRK  
Başhekim V.

Her belge, güvenli elektronik ortamda imzalanmıştır.  
Belge Doğrulama Kodu: c8e20b06-0bda-4410-a0ef-9afe0b355cda Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yan İşlet Birimi Bilgi için: Osman DUVAN  
Telefon: Faks No: 0 242 513 48 40 SÜREKLİ İŞÇİ  
e-Posta: osman.duvan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: [www.alanyasah.saglik.gov.tr](http://www.alanyasah.saglik.gov.tr) Telefon No: (0 242) 513 48 41



## EK 3

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi MEMNUNE GİZEM TÜREDİ tarafından yürütülen “ Diyabet Hastalarında Sağlık Kaygısı ve Siberkondri Düzeylerine Etkisi ” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

#### 1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Diyabet hastalarında sağlık kaygısı ve siberkondria düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.
- b. Araştırmanın İçeriği: Siberkondri kavramı, internetten sağlıkla ilgili aramaların kaygı artışını artıran etkilerini ifade etmek için kullanılan bir terimdir. İnternette sağlıkla ilgili araştırmalar ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkideki nedenselliğin yönü, kişiden kişiye değişebilir. Bazı durumlarda, belki de çoğunluk, artan bir sağlık kaygısı ve onu hafifletmeye teşebbüsü internetten sağlıkla ilgili araştırmaların ana nedenidir; ancak bu araştırmalar sadece daha çok sıkıntıya neden olur ve sağlık kaygısını artırabilir. Çalışmamızda Diyabetli bireylerde siberkondri düzeyini saptamak ve sağlık kaygılarına etkisini belirlemek için araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu doldurulacaktır. Anket formunda; sizlere diyabet hastalığı ve tedavisi ile ilgili internetten araştırma yapıp yapmadığınız ve kaygılarınız ile ilgili sorular sorulacak ve cevaplamamız istenecektir. Çalışma sırasında size herhangi bir tıbbi girişim yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ücret ödenmeyecektir. Verecek olduğunuz kişisel bilgiler gizli tutulacaktır.
- c. Araştırmanın Nedeni:  Bilimsel araştırma  Tez çalışması
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 Ay
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 285
- f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Alanya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

#### 2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı: .....

Mail ve/veya Telefon: .....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

**Not:** Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:



## EK 4

### TANITICI BİLGİ FORMU

#### BÖLÜM 1

##### Sosyodemografik Özellikler

1. Yaş :.....
2. Cinsiyet                      1. Kadın              2. Erkek
3. Boy:.....                      Kilo:.....                      BKİ:.....
4. Kan Basıncı: ...../.....
5. Sigara kullanıyor musunuz?
  - a) Evet ( .....adet/günde..... yıldır)
  - b) Hayır
6. Alkol kullanıyor musunuz?
  - a) Hiç kullanmıyorum
  - b) Ayda bir veya daha az
  - c) Haftada bir veya daha az
  - d) Haftada 2-4 kez
  - e) Haftada 5 kez veya daha fazla
7. Eğitim durumunuz?
  - b) Okur-yazar
  - c) İlköğretim mezunu
  - d) Lise mezunu
  - e) Üniversite ve üstü
8. Çalışıyor musunuz?
  - a) Evet, çalışıyorum
  - b) Hayır, çalışmıyorum
  - c) Hastalık sebebiyle çalışmıyorum
  - d) Hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyorum
9. Mesleğiniz?
  - a) İşçi
  - b) Memur
  - c) Ev kadını
  - d) Emekli
  - e) Serbest meslek
  - f) Diğer .....
10. Sosyal güvenceniz var mı?
  - a) Var
  - b) Yok
11. Gelir durumunuz
  - a) Gelir giderden fazla
  - b) Gelir gidere denk
  - c) Gelir giderden az
12. Şu anda yaşadığınız yer?
  - a) Köy

- b) Kasaba  
c) İlçe  
d) İl
13. En uzun yaşadığınız yer?  
a) Köy  
b) Kasaba  
c) İlçe  
d) İl
14. Aile tipiniz nedir?  
a) Çekirdek aile  
b) Geniş aile  
c) Parçalanmış aile
15. Sağlıkla ilgili yayın (kitap, dergi, gazete eki vb) takip durumunuzu belirtiniz.  
a ) Hiçbir zaman    b) Nadiren    c) Bazen/Ara sıra    d) Sıklıkla    e) Her zaman
16. Televizyon izliyor musunuz?  
a) Evet  
b) Hayır
17. Televizyonda sağlıkla ilgili yayınları izler misiniz?  
a ) Evet  
b ) Hayır
18. Televizyonda sağlıkla ilgili yayınları hangi sıklıkla izlersiniz?  
a ) Hiçbir zaman    b) Nadiren    c)Bazen/Ara sıra    d)Sıklıkla    e)Her zaman
19. Son bir yıl içinde sağlıkla ilgili herhangi bir toplantıya (panel, konferans, sempozyum, söyleşi vb.) katıldınız mı?  
a ) Hayır    b) Evet .....kez katıldım.
20. Kendinize ait akıllı telefonunuz var mı? ( ) Var ( ) Yok
21. Kendinize ait/evinizde bilgisayarınız var mı? ( ) Var ( ) Yok
22. İnternete bağlanmak için aşağıdakilerden hangisini kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).  
( ) Bilgisayar    ( ) Cep telefonu    ( ) Tablet PC  
( ) Televizyon ( ) Diğer (Lütfen yazınız): .....
23. İnternette geçirdiğiniz ortalama süre  
( ) Günde 1- 2 saat  
( ) Günde 2-3saat  
( ) Günde 3-4 saat  
( ) Günde 4-5 saat ve üstünde

24. Sosyal ağ sitelerinde üyeliğiniz var mı? (Cevabınız Hayır ise 17. soruyu cevaplamayınız)  
 Evet  Hayır
25. Hangi sosyal ağ sitelerine üyesiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)  
 Facebook  Twitter  Instagram  Youtube  Google Plus  
 LinkedIn  Badoo  V Kontakte   Foursquare  Myspace) Tumblr (  
)  
Flickr  Reddit  
 Diğer (Lütfen yazınız): .....
26. Hastalığınız ile ilgili takip ettiğiniz sosyal ağ siteleri var mı?  
 Evet  Hayır
27. İnternette hastalığınız ile ilgili konularda ne sıklıkta arama yaparsınız?  
a) Ayda bir veya daha fazla  
b) Haftada bir  
c) Haftada 2-4 kez  
d) Her gün  
e) Günde birkaç kez  
f) Hiç
28. İnternette hastalığınız ile ilgili hangi konularda arama yaparsınız? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.  
a) Hastalık belirtilerim  
b) Ayak yaraları ve bakımı  
c) Kan sonuçları  
d) İlaçlarım  
e) Hastalığımla ilgili bitkisel tedaviler  
f) Diyetim yada beslenme  
g) Hastalığım ile ilgili tıbbi bilgi ve gelişmeler  
h) Hastalım ile ilgili kullanılan cihazlar (şeker ölçme cihazı, insülin pompaları vb.)  
i) Hastalığım ile ilgili komplikasyonlar  
j) Diğer:.....

## **BÖLÜM 2**

### ***Diyabet ve tedavisine ilişkin Sorular***

29. Kaç yıldır diyabet hastalığınız var?  
.....
30. Diyabet tipiniz ?  
a) Tip 1 b) Tip 2 c) Diğer.....
31. Ailenizde diyabet tanısı almış birey var mı?  
a) Evet b) Hayır
32. Tedavinizi düzenli olarak alıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
33. Diyabetiniz için hangi tedavi / tedaviler almaktasınız?  
a) Diyet tedavisi  
b) Fiziksel aktivite /egzersiz  
c) Oral antidiyabetik (Ağızdan alınan şeker düşürücü hap)  
d) İnsülin

e) Oral antidiyabetik (Ağızdan alınan şeker düşürücü hap) + İnsülin

34. Diyabet ile ilgili daha önce eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

35. Diyabet eğitiminizi kim verdi ?

a) Doktor b) Diyabet Hemşiresi  
c) Servis hemşiresi d) Diğer .....

36. Diyabet eğitiminizi kaç kere aldığınızı belirtiniz?

.....

37. Daha önce diyabet konusunda almış olduğunuz eğitimleri işaretleyiniz.

Kan şekeri düşüklüğü - yüksekliği  
 Diyet eğitimi  
 İlaç kullanma eğitimi  
 Egzersiz, fiziksel aktivite eğitimi  
 Ayak bakımı  
 Düzenli hekim kontrolü  
 Akut ve kronik komplikasyonlar

38. Diyabet komplikasyonu yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

39. Evet ise hangi problem yaşadınız?

Kalp Problemleri  
 İnme  
 Görme Problemleri  
 Böbrek Problemleri  
 Ayak Problemleri  
 Cinsel fonksiyon bozukluğu  
 Diğer .....

40. Diyabet ya da komplikasyonları için son bir yılda kaç kez hastaneye yattınız mı?

a) Hayır  
b) Evet

Cevabınız evet ise kaç kez yaşadınız? ..... kez

41. Düzenli egzersiz yapabiliyor musunuz? ( ) Evet ( ) hayır

Cevabınız Evet ise egzersiz yapma sıklığınızı: Haftada ..... gün/ .....dk/saat

42. Diyabet hastalığınız için verilen diyetle uyabiliyor musunuz?

a) Evet  
b) Hayır

43. Öğün sayısını: ..... Ana - ..... ara öğün

44. Diyabet dışında kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet (..... / .....aydır/yıldır)  
b) Hayır

45. Diyabet dışında hastalıklarınız için kullandığınız ilaç var mı? Varsa nelerdir?

46. İlaçlarınızı düzenli kullanabiliyor musunuz?

a) Evet  
b) Hayır

### BÖLÜM 3

Biyokimyasal Parametreler	Tarih :
---------------------------	---------

Açlık Kan şekeri	.....mg/dl
HbA1c	.....%
Kolesterol	.....mg/dl
LDL	.....mg/dl
HDL	.....mg/dl
Kan Basıncı	.....mg/dl

## EK 5

### SAĞLIK KAYGI ENVANTERİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade eden seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin.

- (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.

(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.

(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.

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

(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim

(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim

(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
- (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.
- (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 hiç karşı koymaya çalışmıyorum.
- (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

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

(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

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

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

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

(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
- (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 düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.  
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.  
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.  
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.  
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.  
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.  
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.  
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.  
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.  
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.  
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.  
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

- (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
  - (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.



## EK 6

### SİBERKONDRİ CİDDİYET ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1- Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum fark edersem bunu internette araştırırım.					
2- Aynı hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette birçok kez araştırırım.					
3- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, Facebook/Twitter/diğer sosyal ağlarda harcadığım zamanı engeller.					
4- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, aile hekimime başvurmama neden olur.					
5- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra rahatlayamam.					
6- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, diğer çalışmalarımı engeller.					
7- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra tedirginliğim artar.					
8- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette yaptığım boş zaman aktivitelerimi (Ör: film izlemek...vs) engeller.					
9- Aile hekimimin/uzman doktorun görüşünü, internette yaptığım araştırmalardan daha fazla ciddiye alırım.					
10- Hastalık belirtilerimin/şikâyetlerimin, nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta bulunduğunu internette okuduğumda paniğe kapılırım.					
11- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, o hastalığı olan kişilerin tıbbi durumlarını, hastalık belirtilerini ve deneyimlerini tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					

12- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, işimi engeller.					
13- Aynı sağlık durumuyla ilgili farklı internet sayfalarını okurum.					
14- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışındaki sosyal aktivitelerimi engeller (Ör: ailemle/arkadaşlarımla geçirdiğim zamanı azalır).					
15- İnternette edindiğim tıbbi bilgileri, aile hekimimle/sağlık çalışanlarıyla görüşürüm.					
16- İnternette okuduğum, ihtiyacımın olabileceği tanı yöntemini (biyopsi, BT, MR, özel kan testi...vs) aile hekimime/uzman doktora öneririm.					
17- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internette haber / spor / eğlence ile ilgili yazıları okumamı engeller.					
18- Hastalık belirtilerim/şikâyetlerim ile ilgili olarak aynı internet sayfasını birçok kez okurum.					
19- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi arama motoruna girdiğimde; sonuç sayfasındaki sıralamanın, hastalık yaygınlığına göre olduğunu ve daha üstte yer alanların en olası tanı olduğunu düşünürüm.					
20- Ciddi bir hastalık hakkında internette bilgi okuyuncaya kadar iyi olduğumu düşünürüm.					
21- Hastalık belirtilerimi/şikâyetlerimi internette araştırırken, sadece güvenilir internet sitelerine girerim.					
22- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra kendimi daha endişeli/sıkıntılı hissederim.					
23- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra iştahımı kaybederim.					
24- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet üzerinden yaptığım görüşmelerimi (Skype, WhatsApp, Messenger, Viber) engeller/yavaşlatır.					
25- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, internet dışında yaptığım işlerimi engeller.					
26- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırmak, farklı branşlardaki uzman doktorlara başvurmama neden olur.					

27- Sağlık sorunlarım ile ilgili internetten edindiğim bilgileri aile hekimimle konuşmak beni rahatlatır.					
28- Aile hekimimin/uzman doktorun koyduğu tanıya, internette kendi kendime koyduğum tanıdan daha fazla güvenirim.					
29- Internette araştırdığım hastalık belirtilerim/şikâyetlerim hakkındaki kaygılarımı gidermekte güçlük çekerim.					
30- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırırken, hem güvenilir internet sitelerini ve hem de hastaların bilgi alışverişi yapıp tartıştığı internet sitelerini ziyaret ederim.					



31- Hastalık belirtilerini/şikâyetlerimi internette araştırdıktan sonra, bulduğum bilgiler nedeniyle uyumakta zorlanırım.					
32-“Eğer internette hastalık belirtim/şikâyetim ile ilgili araştırma yapmasaydım doktora gitmezdim” diye düşünürüm.					
33- Aile hekimim/uzman doktor internetten elde ettiğim bilgileri ‘önemseme’ derse endişem gider.					



## EK 7

### ÖZGEÇMİŞ

Adı: Soyadı: Memnune Gizem TÜREDİ

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Giriş Yılı	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek Lisans</b>	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı	2021	Devam ediyor
<b>Lisans</b>	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2010	2015

#### 1. İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Sorumlu Hemşire	Alanya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi- Palyatif Bakım Servisi	01/04/2022 – Devam ediyor
Hemşire	Alanya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi- Palyatif Bakım Servisi	2016-2021
Hemşire	Van Bölge Ve Araştırma Hastanesi – Kadın Doğum Servisi	2016
Hemşire	İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi- Kadın Doğum Servisi	2015-2016
Hemşire	Özel Ege Liva Hastanesi Kadın Doğum servisi ve Yenidoğan Ünitesi	2015

#### 2. Katıldığı Eğitim ve Sertifika Programları

- 2.1 Neonatal Resüsitasyon Sertifikası
- 2.2 Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Kursu