



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ACİL SERVİSLERDE SARI VE YEŞİL ALANLARA BAŞVURAN
HASTALARIN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYLERİ VE SİBERKONDRI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Furkan DOĞAN

Birinci Danışman: Doç. Dr. Mehmet ESEN

TOKAT- 2023



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ACİL SERVİSLERDE SARI VE YEŞİL ALANLARA BAŞVURAN
HASTALARIN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYLERİ VE SİBERKONDRI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Furkan DOĞAN

İkinci Danışman: Prof. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT- 2023

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Mehmet ESEN ve Prof. Dr. Nurşah BAŞOL danışmanlığında hazırlamış olduğum “ACİL SERVİSLERDE SARI VE YEŞİL ALANLARA BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYLERİ VE SİBERKONDRİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Furkan DOĞAN

TEŞEKKÜR

Akamedî dünyasının kapılarını aralarken bana anahtar olacak bu tezi yazmanın zorluklarını sırtımda bir yük gibi taşıırken:

Her zaman arkamda olup tüm stres ve sıkıntılarıma ortak olan aynı zaman da maddî ve manevî desteklerini benden esirgemeyen pek kıymetli annem Güllü DOĞAN'a ve babam Hasan DOĞAN'a

Önce pandeminin sonra da depremin bize bıraktığı ağır çalışma şartlarına rağmen desteklerini benden esirgemeyen canım kardeşlerim Turgut Özal Tıp Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım 2 hemşire ekibine

Bana bu zorlu dönemde evini ve sofrasını açan can dostum İsmail UZKAR'a

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında sabrı, hoşgörüsü, titiz ve özverili yaklaşımıyla, engin bilgi ve tecrübeleriyle desteğini her zaman yanımda hissettiğim, mesleki bilgi ve vizyonu ile gelişimime katkısı olan saygı değer hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mehmet ESEN'e ve aynı özveriyle yaklaşım gösteren tez yardımcı danışmanım Prof. Dr. Nurşah BAŞOL'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle gelişimime katkısı olan kıymetli hocalarım Dr. Tuba KARABEY'e, Dr. Bahar ÇİFTÇİ'ye ve Arş.Gör.Seda HAZAR'a

Ve akademik dünyanın dikenli yollarında elimi sımsıkı tutup tüm kalbiyle her daim benimle olan canımın en kıymetli parçası nişanlım Nasiye KURT'a

Hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen iş arkadaşlarıma, dostlarıma, uygulamanın yapıldığı hastanelerdeki sağlık çalışanlarına, teşekkür eder şükran ve minnetlerimi sunarım.

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Furkan DOĞAN tarafından hazırlanan “ Acil Servislerde Sarı ve Yeşil Alanlara Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 22.06.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan) :

.....

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ÖZET

ACİL SERVİSLERDE SARI VE YEŞİL ALANLARA BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYLERİ VE SİBERKONDRI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

DOĞAN,FURKAN

Yüksek Lisans,

1. Tez Danışmanı: Doç.Dr.Mehmet ESEN

2. Tez Danışman:Prof.Dr.Nurşah BAŞOL

Haziran 2023, xiii+ 94 sayfa

Amaç: Bu araştırma acil servislerde sarı ve yeşil alanlara başvuran hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Metot: Araştırma evrenini acil servisin yeşil ve sarı alanlarına kabul edilen hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 18 yaş ve üzeri 414 hasta oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında “Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)” ve “Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ)” kullanıldı. Veri toplama araçları her bir hasta için 15 dakika sürdü. Verilerin analizi SPSS 22 paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analiz için “Bağımsız Gruplarda t Testi”, “Mann Whitney U Testi”, “OneWayAnova”, “Kruskall Wallis” ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”nden $16,63 \pm 7,95$; “Siberkondriya Ölçeği”nden $65,86 \pm 18,48$ aldıkları belirlendi. Araştırmada kadınların, 18-30 yaş aralığında olanların, evli olanların, gelir düzeyi düşük olanların “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”nden aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Diğer taraftan “Siberkondriya Ölçeği”nin toplam puanları ile değişkenler arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Ayrıca “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”nin genel toplam puan ortalaması ile “Siberkondriya Ölçeği”nin genel toplam puan ortalaması arasında istatistiki olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($r = 0,589$; $p < 0,001$).

Sonuç : Hastaların saėlık anksiyetesinin dűşűk, siberkondriya düzeyinin ise orta düzeyde olduėu belirlendi. Arařtırmada kadınların, 18-30 yař aralıėında olanların, evli olanların, gelir düzeyinin dűşűk olanların saėlık anksiyetelerinin daha yűksek olduėu saptandı. Hastaların saėlık anksiyeteleri arttıkça, siberkondriya düzeylerinin de arttıėı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: acil servis, sağlık anksiyetesi, siberkondriya



ABSTRACT

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH ANXIETY LEVELS AND CYBERCHONDRY LEVELS OF PATIENTS APPLYING TO YELLOW AND GREEN AREAS IN EMERGENCY DEPARTMENTS

DOĞAN,FURKAN

Master's Thesis

Advisor 1: Assoc.Doç.Dr.Mehmet ESEN

Advisor 2: Assoc.Prof.Dr.Nurşah BAŞOL

June 2023,xiii + 94 pages

Aim. This study was carried out to determine the relationship between health anxiety levels and cyberchondria levels of patients who applied to yellow and green areas in emergency services.

Method. The research population consisted of patients admitted to the green and yellow areas of the emergency department. The sample of the study consisted of 414 patients aged 18 years and over who accepted the study and met the research criteria. In the collection of research data, "Patient Characteristics Form", "Health Anxiety Scale (Short Version)" and "Cyberchondria Scale (SIBKI)" were used. Data collection tools took 15 minutes for each patient. Data analysis was done using SPSS 22 package program. "Independent Groups t-Test", "Mann Whitney U Test", "OneWayAnova", "Kruskall Wallis" and correlation analysis were used for statistical analysis.

Results. 16.63 ± 7.95 from the "Health Anxiety Scale" of the patients; It was determined that they got 65.86 ± 18.48 from the "Cyberchondria Scale". In the study, it was determined that women, those aged between 18-30, married, and those with low income had higher scores from the "Health Anxiety Scale". On the other hand, it was determined that there was no relationship between the total scores of the "Cyberchondria Scale" and the variables. In addition, it was determined that there was a statistically significant positive moderate correlation between the overall total mean score of the "Health Anxiety Scale" and the overall total mean score of the "Cyberchondria Scale" ($r = 0.589$; $p < 0.001$).

Conclusion. It was determined that the health anxiety of the patients was low and the level of cyberchondria was moderate. In the study, it was determined that women, those between the ages of 18-30, married, and those with low income levels had higher health anxiety. It was concluded that as the health anxiety of the patients increased, the level of cyberchondria also increased.

Keywords: emergency department, health anxiety, cyberchondria



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	iiii
TEŞEKKÜR.....	iv
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Servis Kapsamı.....	3
2.1.1.Triyaj Alanları.....	4
2.1.1.1. Sarı Alan.....	5
2.1.1.1.2. Yeşil Alan	6
2.1.2. Acil Servis ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi	7
2.1.3. Acil Servis ve Siberkondri İlişkisi	8
2.2. Siberkondri Genel Tanımı	9
2.3. Siberkondri Gelişim Süreci	11
2.4. Siberkondri ve İlgili Açıklamalar.....	12
2.4.1.Sağlık Bilgisi Arayışında İnternet Kullanımı	13
2.4.2. Çevrimiçi Sağlık Bilgilerinin Doğruluk Payı	14
2.4.3. Sağlık Bilgisi Arayışında İnternet Kullanımının Olası Riskleri	14
2.4.4. Siberkondri Önleme ve Tedavi	15
2.5. Sağlık Anksiyetesi Tanımı.....	17
2.5.1. Sağlık Anksiyetesinin Meydana Gelmesini Sağlayan Etmenler	18
2.6. Sağlık Anksiyetesi Kavramı	19
2.7. Kuramsal Perspektifte Sağlık Anksiyetesi	22
2.7.1. Psikodinamik Yaklaşımda Sağlık Anksiyetesi.....	23
2.7.2. Kişilerarası Yaklaşımda Sağlık Anksiyetesi	23
2.7.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımda Sağlık Anksiyetesi	23
2.8. Sağlık Anksiyetesinin Tanılanma Süreci.....	24

2.8.1. DSM-V'e Göre "Bedensel Belirti Bozukluğu" Tanı Kriterleri	25
2.8.2. DSN-V'e göre "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" tanı kriterleri aşağıdadır:.....	26
2.9. Sağlık Anksiyetesinin Yordayıcıları	27
2.9.1. Genetik faktörler.....	27
2.9.2. Erken Dönem Deneyimleri.....	27
2.9.3. Ebeveyn Tutumları	28
2.9.4. Kişilik	28
2.9.5. Bağlanma Faktörü:	29
2.9.6. Sağlık Ve Hastalık İle İlgili Bilgilere Ulaşımı.....	29
2.9.7. Toplumsal ve Kültürel Etmenler.....	29
2.10. Sağlık Anksiyesinde Eş Tanı	30
2.11. Sağlık Anksiyetesinin Tedavisi	30
2.12. Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi	32
2.13. Sağlık Anksiyetesi ve Acil Servis	32
2.14. Araştırmalar.....	34
3. MATERYAL VE METOT.....	36
3.1. Araştırmanın Türü	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları	36
3.4.1. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu	37
3.4.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)	37
3.4.3. Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ)	37
3.5. Verilerin Toplanması	38
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri Arasındaki İlişki.....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKLAR	75

EKLER.....	87
ÖZGEÇMİŞ	95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Sarı Triyaj Alanı.....	5
Tablo 1.2. Yeşil Triyaj Alanı	6
Tablo 4.1. Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi.....	40
Tablo 4.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Siberkondriya Ölçeğinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu.....	41
Tablo 4.3. Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları için Normallik Varsayımının İncelenmesi.....	41
Tablo 4.4. Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği İçin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları.....	42
Tablo 4.5. Cinsiyet Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	43
Tablo 4.6. Yaş Grupları için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	44
Tablo 4.7. Medeni Durum Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	45
Tablo 4.8. Çocuk Sayısı Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	46
Tablo 4.9. Eğitim Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	47
Tablo 4.10. Gelir Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	49
Tablo 4.11. Anne Eğitim Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	51
Tablo 4.12. Baba Eğitim Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	52
Tablo 4.13. Ailenin Gelir Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	53
Tablo 4.14. Sağlık Personeli Yakınıınız Var mı Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	54

Tablo 4.15. Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Tablosu	55
---	----

KISALTMALAR LİSTESİ

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

VB: Ve Benzeri

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ÖRN: Örneğin

SİBKO: Siberkondriya Ölçeği

KARF: Kaygıyı Arttıran Faktörler

KAZF: Kaygıyı Azaltan Faktörler

İOTK: İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yetişkin İnternet kullanıcıları arasında sağlıkla ilgili endişelerin eşlik ettiği internette sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı aranması giderek yaygınlaşmaktadır. “Siberkondri” olarak adlandırılan bu fenomen, çevrimiçi tıbbi bilgi için sık ve tekrarlayan arama ile karakterize edilir ve sağlıkla ilgili endişeli düşünce ve duyguların alevlenmesi ile ilişkilidir (Bajcar & Babiak, 2021). Siberkondri olgusu, özellikle kamu krizleri bağlamında belirgindir. Örneğin, koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi sırasında internet, evde karantinaya alınanların virüsle ilgili bilgileri edinmeleri için ana kaynak haline geldi. Bu tür İnternet kullanımı, virüs enfeksiyonuna karşı önlemleri araştırmak gibi güvenlik arayan bir davranış olsa da çevrimiçi olarak çok sayıda doğrulanmamış bilgi, insanların durum hakkında daha belirsiz hissetmelerine ve sağlıkları hakkında endişelenmelerine neden olabilir (Zheng ve ark., 2020).

Aynı zamanda, artan sağlık anksiyetesi ve aşırı çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı, bu tanımlarda yer alan iki ortak unsurdur, ancak hangi faktörün siberkondrinin başlangıç noktası olduğu konusunda fikir birliği yoktur. Örneğin, bazı bilim adamları, sağlık durumları hakkında endişe duyan bireylerin aktif olarak ilgili sağlık bilgilerini çevrimiçi olarak aradıklarını ve bunun da sağlık anksiyetesi düzeyini artırdığını belirtmişlerdir. Diğer araştırmacılar, bireylerin başlangıçta sağlıkları için endişelenip endişe duymadıklarına bakılmaksızın, tekrar tekrar çevrimiçi bilgi arama davranışının artan sağlık anksiyetesinin birincil nedeni olduğunu tanımlamaktadırlar (Zheng & Tandoc, 2022). Bununla birlikte bilinmelidir ki belirsizliğe tahammülsüzlük, teorik temellerde siberkondri ile ilgili bir yapıdır. Ayrıca, siberkondri ile ilişkili yapılar olan hem sağlık anksiyetesi hem de OKB, belirsizliğe tahammülsüzlük ile bağımsız ve güçlü ilişkilere sahiptir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, araştırmalar, siberkondri ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında orta ila güçlü korelasyonlar olduğunu defalarca göstermiştir (Starcevic ve ark., 2020).

Siberkondri, belirgin bir bozukluk gibi görünmese de, önemli halk sağlığı etkileri olan işlevsel bozulma ve artan sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (Starcevic ve ark., 2019). Sağlık anksiyetesi ile çevrimiçi sağlık bilgisi arama arasındaki ve sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasındaki ilişkinin büyüklüğüne ilişkin literatürde farklılıklar var gibi görünmektedir. Örneğin, bazı araştırmalar internet kullanımı ile

sağlık anksiyetesi arasında küçük ila orta (örn., $r = 0.21$) düzeyde ilişkiler bulmuştur (Baumgartner ve Hartmann, 2011). Benzer şekilde, sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkinin gücünde farklılıklar vardır, öyle ki bir çalışmada küçük bir ilişki bildirilirken ($r = 0.23$;) (Selvi ve ark., 2018), bazı çalışmalarda ise güçlü bir ilişki bulunmuştur (örneğin, $r = 0.62$;) (Fergus, 2015). Hem sağlık anksiyetesi hem de çevrimiçi sağlık bilgisi arama ile sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkinin büyüklüğünü iyi anlamamız çok önemlidir, böylece gelecekteki araştırmalarda olası mekanizmalar ve sürdürme faktörleri araştırılabilir (McMullan ve ark., 2019).

Hem sağlık anksiyetesi hem de çevrimiçi sağlık bilgisi arama ile sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasındaki ilişkinin araştırılması hemşirelik bakımının kalitesi açısından çok önemlidir. Böylece gelecekteki araştırmalarda olası mekanizmalar ve sürdürme faktörleri araştırılabilir. Siberkondri ve sağlık anksiyetesi ile ilgili çalışmaların birlikte acil servise başvuran hastalarla yürütülmemesi, hastanelerin giriş kapısı olan acil servislerin sarı ve yeşil alanların birlikte ele alınıp literatürde yer verilmemesi nedeniyle bu araştırma tıp ve sağlık alanında literatürde yeni bir bakış açısı katacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırma sonucundaki bulgular doğrultusunda toplumun siberkondri düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki tespit edilerek, topluma gereken eğitim ve programlar düzenlenmesinde öncülük edip acil servislerde oluşan yoğunluğun azaltılması hatta daha bilinçli bir toplumun temellerinin atılması hedeflenmektedir. Bu nedenle bu araştırma acil servislerde sarı ve yeşil alanlara başvuran hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları

- S1. Acil servislere başvuran hastaların sağlık anksiyetesi ne düzeydedir?
- S2. Acil servislere başvuran hastaların siberkondri düzeyini ne kadardır?
- S3. Acil servislere başvuran hastaların sağlık anksiyetesi ile siberkondri düzeyi arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Servis Kapsamı

Acil servisler, her türlü hasta veya yaralının günde 24 saat takip edilip tedavi edildiği hastanenin en önemli birimlerinden biridir (Durak-Batigun ve ark., 2018). Hastalar göğüs ağrısı, baş dönmesi, baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma ve solunum problemleri gibi acil bir durumla her karşılaştığında acil servise başvururlar (Aydemir ve ark., 2013). Bu hastaların bir kısmında acil müdahale gereken durumlar saptanmakla birlikte, bazılarında herhangi bir sağlık sorunu tespit edilmemektedir. Bu grupta bazen, ciddi bir hastalığa yakalanmaktan sürekli olarak korkmak ve endişe duymak mevcuttur. (Köse ve ark., 2011). Vücuttaki belirtilerin ciddi bir hastalık belirtisi olarak yorumlanması sonucu ortaya çıkan bu hastalık korkusu sağlık anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır (Ekwall ve Sweden, 2013; Gül ve ark., 2016).

Acil servisler; Birinci ve ikinci basamak arasında yer alan, sevk edilen veya evden gelen hastaların rahatlıkla ulaşabileceği, her an kesintisiz hizmet verebilen hastanelerin vazgeçilmez birimleridir (Jones ve ark., 2015). Hizmete kolay erişim ve çeşitli kolaylıkların sağlanması nedeniyle, herhangi bir hastalık durumunda hastalar için ilk başvuru yeri acil servislerdir. Bu nedenle acil servislere başvuran hasta sayısı artmakta, bu da aşırı kalabalık ve uzun bekleme sürelerine neden olmaktadır (Asmundson ve ark., 2012). Yüksek hasta sayıları acil serviste triyaj gerektirir. Triyaj, hastanın durumunun aciliyetine göre hasta bakım önceliğinin değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasıdır (Reiser ve ark., 2014). Triyaj alanları kırmızı, sarı ve yeşil alanları içerir. Sağlık anksiyetesi, herhangi bir fiziksel hastalığın yokluğunda sıradan bedensel duyuların olumsuz aşırı yorumlanmasının ortaya çıkmasıdır. Sağlık anksiyetesinin iki temel bileşeni vardır, bunlar ciddi bir hastalığı olduğu ve sahip olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçları olduğu algısıdır (Taylor, 2004).

Sağlık anksiyetesinin görüldüğü başlıca psikiyatrik bozukluk hipokondriyaz olup, bu iki durumun bile birbirini takip eden bir süreklilik olduğu düşünülmektedir (Krautwurst ve ark., 2016). Diğer somatoform bozukluklarda da sağlık anksiyetesinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

2.1. 1.Triyaj Alanları

Triyaj, acil servislere başvuran hastaların hastalık şikayetleri, semptomların şiddeti ve sağlık durumlarının aciliyeti dikkate alınarak doktor veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulanan öncelik belirleme sürecini ifade eder. Hasta sayısının hizmet verilebilecek kişi sayısından fazla olduğu durumlarda öncelikli olarak verilecek sağlık hizmetini alması gereken hastaların belirlenmesi ve bu önceliğe göre hizmet sırasının belirlenmesi amacıyla uygulanır (Ersel ve ark., 2006). Acil servise başvuran tüm hastalar arasında acil servisin hizmet kapasitesi ve olanakları göz önünde bulundurularak acil durumu öncelikli olan hastalara gerekli tıbbi müdahalelerin yapılması hasta sağlığı, hasta refahı ve hizmet kalitesi açısından önemlidir (İncesu ve ark., 2016).

Acil servislerde bekleme süresi; Acil bakımda hasta memnuniyetinin en önemli ve güçlü göstergesidir ve bu birçok kuruluştaki kalite ölçüsü olarak ölçülmektedir. Acil servislerdeki aşırı kalabalık, acil servislerin etkin bir şekilde uygulanabilme kapasitesini azaltmaktadır. Acil servislere kabul ile sağlık hizmetlerinin sağlanması arasındaki uzun bekleme süreleri, yalnızca alınan hizmetten memnuniyetsizliğe neden olmakla kalmaz, aynı zamanda tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilir. Hastanelerin acil servisleri aynı anda birden fazla acil durumla ilgilenmesi gereken klinikler olduğundan, bu tür uygulamalara yanıt vermenin en etkili yöntemi triyaj sistemidir. Triyaj, yukarıda belirtilen nedenlerle kısa sürede ve sınırlı bilgi ile verilen bir değerlendirmedir (Kaya ve Karakayali, 2016). Bu nedenle triyajı yapacak kişilerin iyi bir gözlemci olması, kısa sürede kaliteli bilgi toplayabilmesi ve klinik yorumlama konusunda yüksek deneyime sahip olması gerekmektedir (Olatunji ve ark., 2010; Tyrer ve ark., 2011).

Ülkemizde kullanılan triaj sistemine göre triyaj alanları kırmızı, sarı ve yeşil alanları içerir. Kırmızı alanda hayatı tehdit eden ve acil müdahaleye ihtiyacı olan hastalar, yeşil alanda diğer polikliniklere başvurması gereken hastalar, sarı alanda ise acil serviste değerlendirilmesi, muayenesi ve tedavisi gereken hastalar vardır.

Hastalığın yaşandığı alan ne olursa olsun kişiyi ruhsal, duygusal, sosyal ve biyolojik olarak olumsuz etkiler. Fiziksel hastalıklar hasta ve yakınlarının beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amacını, sosyal statüsünü, kişilerarası iletişimini ve çevresel ilişkilerini olumsuz etkileyerek kaygı gibi akıl hastalıklarının gelişmesine yol açabilir (Olatunji ve ark., 2010; Musey ve ark., 2018).

Tüm bu kritik öneme sahip önceden belirlenmiş kriterler ile gerçekleştirilen triyaj farklı şekillerde uygulanabilir. Trijaj uygulayıcıları arasında bilgi, deneyim, psikolojik durum, fiziksel yorgunluk vb. Faktörlere göre farklı kişiler arasında veya aynı kişinin farklı zamanlarında değişiklik gösterebilir. Sınırlı hizmet kapasitesinin mevcut duruma göre önceliklendirilmesini de içerdiği için dinamik bir süreç olan triyaj, yüksek bilgi, deneyim ve mevcut duruma uyum gerektirir.

Ek olarak, uygulama kategorileri ve triyaj alanları açıkça tanımlanmış olmasına rağmen, etkili uygulama ilkeleri ve hastanın risk durumuna göre aynı kategori içinde sıralama için belirlenmiş belirli bir standart yoktur. Bütünsel bir tam standart oluşturmak çok zor olsa da kaliteli bir acil durum organizasyonu için ideal ve standartlaştırılmış bir triyaj yaklaşımı önemlidir. Bu konuda dünya çapında çalışmalar ve araştırmalar devam etmektedir (Salkovskis ve ark., 2002).

2.1.1.1. Sarı Alan

Bu kod grubundaki bireyler, izlemeye ve olası yeniden triyaj incelemesine ihtiyaç duyan bireyleri içerir. Trijaj sırasında durumu stabil olan ancak ani ölüm tehlikesi altında olmayanlardan oluşurlar. Bu nedenle sarı olarak etiketlenirler, bu da hastane bakımına ihtiyaç duyacakları ve normalde derhal tedavi edilecekleri anlamına gelir (Aydemir ve ark., 2013).

Tablo 1.1. Sarı Triyaj Alanı

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
SARI	Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği
		* Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı
		* Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı
		* Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)
		* Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta
		* İnatçı kusma
		* Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta
		* Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı
		* 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta
		* Şiddetli karın ağrısı olan hasta
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.	* Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması
		* Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk
		* Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
		* Basit kanamalar
		* Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları
		* Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu
		* Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları
		* Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller
		* Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim
		* Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular

2.1.1.1.2 Yeşil Alan

Daha kritik yaralanmalar tedavi edildikten sonra bir noktada tıbbi bakıma ihtiyacı olacak, bekleyebilen ayakta tedavi gören hastalar için ayrılan renktir (Zincir ve ark., 2014).

Tablo 1.2. Yeşil Triyaj Alanı

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
YEŞİL	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	*Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı *Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü *Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti *Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler *Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

2.1.2. Acil Servis ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi

Acil servise başvuran hastaların sağlık anksiyetesi ve depresyon oranlarında ki değerler toplamı, toplum nüfusunun tamamına oranlandığında ciddi ölçüde yüksek bir değere sahip olduğu görülmektedir. Fakat zaman kısıtlılığı nedeniyle tedavi ve bakım arasında oluşan yarıştan dolayı sağlık anksiyetesi gibi ruhsal sorunlar sıklıkla ele alınamamaktadır. Bu durumun doğurduğu en büyük problem acil servislerin yükünü arttırmakla birlikte aşırı bir kalabalığa yok açabilmektedir (Abar ve ark., 2017). Halihazırda toplumda sağlık anksiyetesi ve panik belirtileri yaygınlık göstermektedir. Bu durum sağlık anksiyetesi ve paniğin ruhsal yahut fiziksel belirtilerinin genel olarak acil servislere başvuran kişilerin sahip olduklarına denk geldiği bilinmektedir. Özellikle acil servis personelinin bu nedenden ötürü hem sağlık anksiyetesi hem de paniğin saymakla bitmeyen nedenleri hakkında gereken bilgi ve becerilere sahip olması gerekir. acil servis çalışanları için Doğru bir yaklaşım sergileyebilecek donanım ve tecrübe son derece elzemdir (Derrick ve ark., 2019). Son yıllardaki acil servislere artan talep; oluşturduğu aşırı kalabalıkla birlikte ekonomik anlamda maliyetlerde yükseliş, tedavi sürecinde zamansal artış ve aşırı uzatılmış sağlık hizmetleri gibi problemleri içermektedir (Coster ve ark., 2017). Sağlık problemlerinin çözüme kavuşması

konusunda öncülük yapan acil servislerin kullanım yükü arttıkça, özellikle sağlık anksiyetesi taşıyıp acil servisleri sık sık ziyaret eden vakaların ziyaret sebepleri ile aralarındaki ilişkilerin detaylı incelenmesi toplumsal bir ihtiyaç halini almıştır (Fergus ve ark., 2015). Karmaşanın çok olduğu acil servislere gelen hasta ve yakınları ansızın beklenmedik bir olayla karşı karşıya kalabilmekte ve bu durumun ağrı benzeri birkaç semptomla birleşmesi ile farklı düzeylerde kaygı yaşamalarına ve anksiyetenin artmasına sebebiyet vermektedir. Multidisipliner ekip yaklaşımı gereken acil servislerde uygulanan tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinde hasta memnuniyeti son derece önemlidir. Özellikle sağlık anksiyetesi yaşayan hasta bireylerde memnuniyetin sağlanması bu durumun giderilmesini sağlayacaktır (Parlar-Kilic ve ark., 2015). Acil servise başvuran hasta bireyler genel olarak yapılan tıbbi tedavi yahut hemşirelik hizmetlerinin uygulandığı sırada muhakkak refakat eden bir ebeveyn ya da herhangi bir yakının olmasını talep eder. Tedavi veya işlemler sırasında birinin yanında olmasının sağlık anksiyetesini azalttığı görülmektedir (İşlekdemir ve Kaya, 2016). Hasta bireye eşlik eden hasta yakını acil servisten ayrılırken bildirdikleri kaygı düzeyinin düşük olması; tedavi ve bakımdan duydukları memnuniyetle doğru orantılıdır. Aslında hastası hakkında gereken bilgiyi alan ve sağlık anksiyetesi düşük olan hasta yakınları, daha kaliteli hasta bakımı için son derece önem arz etmektedir (Ekwall ve ark., 2009).

2.1.3. Acil Servis ve Siberkondri İlişkisi

Bireylerin sağlık konusunda özellikle kendi sağlığı söz konusu olduğunda endişe duyması gayet normal karşılanmaktadır. Temelde geçmiş sağlık öyküsünde birtakım rahatsızlıklar barındıran bireylerde bu kaygı çok daha yüksektir. Bu kaygıdan olayı semptom taşımasa bile kişi kendini psikolojik açıdan hasta hissedip bilinçaltındaki hastalanma duygusunu gün yüzüne çıkarır. Bununla birlikte hekimden hasta olmadıkları tescilini alsalar bile güven duymayıp çevrimiçi sağlık arayışına geçebilir. Bundan dolayı da acil servisleri sık sık ziyaret ederler (Nadeem ve ark., 2022).Yapılan araştırmalar göstermektedir ki sağlık anksiyetesinin sık değişkenlik göstermesi ve düzeyindeki aşırılık hipokondri olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun Devamında siberkondri kavramının ortaya çıkması ve acil servislere olan talebin artması kaçınılmazdır (Abramowitz ve ark., 2007).

Sağlık anksiyetesi ya da bir diğer adıyla sağlık fobisi dediğimiz durum hipokondriyazis olarak da adlandırılır. Belirli kriterler dahilinde bu tanıyı alan kişiler somatik semptom bozukluğu olarak da bilinmektedir (Williams, 2004). Sağlık anksiyetesi yaşıyıp çevrimiçi sağlık arayışı (siberkondri) içine giren kişiler aslında hastalanmalarının habercisi olan vücut semptomları hakkında endişe duyarlar (Nadeem ve ark., 2022). Herhangi bir kronik hastalığı olan kişilerdeki yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi, kendini güvence altına alma konusunda birçok davranış sergileyebilir. Bahsedilen güvenlik durumları, anksiyeteyi azaltma yahut korkulan hastalık sonucundan kaçınma çabalarıdır. İstenmeyen hastalık durumunu çevrimiçi sağlık arayışı dahilinde görmekten kaçınmaktır (Tang ve ark., 2007). Aslında bu kişiler istenmeyen sonuçlarla karşılaşmaktan korksalar dahi çevrimiçi sağlık bilgisi arayışından kendilerini alıkoyamazlar. İnternet kullanımındaki ana faktör de güvence arama çabasıdır. Ve bu doğrultuda başvuru alan ilk yerlerden biri de acil servislerdir (Starcevic ve Berle, 2013). Hepimizin bildiği gibi çevrimiçi sağlık arayışı siberkondria olarak tanımlanmaktadır. Belirli sınırların dışına çıkıp olumsuz durumlar teşkil edecek seviyeye gelmesine ise siberkondri adı verilmektedir. Anlaşılan şudur ki siberkondri varlığı bulunan bir psikolojiyi taşıyan bireylerin uğrak mekanlarından biri acil servislerdir (Fergus, 2013).

2.2. Siberkondri Genel Tanımı

Kavramsal bazda ele almak gerekirse siberkondri, kişinin sağlığı hakkında normalin çok üstünde çevrimiçi arayış halinde olmasıdır. Siberkondri bulgularına göz atmak istersek karşılaşacağımız tanıları şöyle sıralayabiliriz: Hipokondriya-sağlık anksiyetesi bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, tip olarak somatik olan sanrısız bozukluk ve prodromal şizofreni bu bulgulardan bazılarıdır. Çevrimiçi sağlık arayışında ki aşırıktan ötürü en mükemmel yanıt bulma arzusunun kabarması oluşmakta ve bu durum kişiyi hastalık boyutuna ulaşacak bir çıkmaza sokmaktadır. Tıbbi bilgilerde yer alan sağlık kaygısı ve siberkondri tedavi basamakları bu durumda devreye sokulmaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Dijital çağın büyük nimetlerinden olan internet popüler kültürde yerini aldığından beri bilgi yoksunluğu yaşama durumu azalmıştır. Fakat söz konusu sağlık bilgisi olduğu zaman temelde gereken tıbbi terminoloji ve ileri derecede uzmanlığın olmaması bu konudaki bilgi arayışında

yetersizlik olduğunu belirtmektedir. Çevrimiçi sağlık arayışının getirdiği kolaylıklardan bazıları da işin uzmanına gidip bilgi alma zorunluluğunu azaltıp, halkın kısmende olsa idrak edebileceği düzeye indirebilme yetisi sağlamıştır (Yılmaz, 2014). Günler (2015) bir yayınında şu şekilde bir tanıma ulaşmıştır; *“gelişen internet kullanımıyla birlikte tıbbi bilgilerin tek sahibi olarak bilinen sağlık personelinin otoritesinde bazı değişiklikler yaşanabilmekte, bu değişiklikler sağlık personeli ile hastasının ilişkisini de etkileyebilmektedir. İnternet kullanımı ile birlikte kişiler kendi sağlıklarından sorumlu olabilmektedir.”* (Günler, 2015).

Genel bir tanımlama yapmak gerekirse internet, daha önce hiç tanışmamış hatta yaşadığı yerleri bile farklı olan fakat aynı hastalıkla mücadele eden bireylerin ortak bir paydada buluşmasını sağlayan sosyal ağlar oluşturmaktadır. Bu durum özellikle belirli hastalıklar sebebiyle damgalanmış bireylerin başkalarından destek almasında ve farklı çözümler bulmasında kolaylık sağlamaktadır. Tıbbi bilgilerin yanı sıra geleneksel tıbbında uygulamaları hakkında gerekli bilgi toplamalarını sağlamaktadır (Çınarlı, 2008).

Belirtmek gerekir ki siberkondri kavramının ortaya çıkmasında en büyük pay sağlık ve çevrimiçi sosyal ağların ortak ilişkisidir. Temelinde sağlık anksiyetesini barındıran siberkondri, kişinin sıkıntı ve kaygılarını yansıtmakla birlikte aşırı düzeyde duyuşal semptomların yanlış yorumlanmasına ve kişinin kendini olmadığı hastalılar kabına sokmasına yol açmaktadır. Siberkondri kısacası çevrimiçi sağlık arayışında ki aşırılık olarak da tanımlanabilmektedir (Alpaslan, 2016). Köken bakımından araştırıldığında siberkondri, aslında internet çağındaki hipokondria tanısına denk düşen bir karşı tanı olarak yer almaktadır. Kavramsal açıdan hipokondri ele alındığında kaygı ve anksiyeteyi içerisinde barındırdığı için siberkondri ile özellikler bakımında aynı diyebilmekteyiz (Hart ve Björgvinsson, 2010). Literatüre girdiği günden beri akademik dünya tarafından ilgiyle karşılanan siberkondri kavramının ortaya çıkış tarihi çok eskiye dayanmamaktadır (Fergus, 2013). Toparlamak gerekirse kişide oluşan normal olmayan ve aşırılığa kaçan bir durum olarak da tanımlanan siberkondrinin başlangıç noktası çevrimiçi sağlık arayışındaki orantısızlıktır (Fergus ve Russell, 2016).

2.3. Siberkondri Gelişim Süreci

Dijital çağda olduğumuz için internet kullanımının artışı ile orantılı olarak siberkondri kavramı da gelişim göstermektedir. Sağlık bilgilerine erişimde internetin en büyük kaynak olması bu duruma sebep gösterilebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tahminlere dayanarak yaklaşık 100 milyon bireyin üzerinde aktif olarak çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı için interneti kullanmaktadır. İhtiyaç gereği internet üzerinden sağlık bilgisi aramaya yönelik her geçen gün yeni siteler kurulmaktadır (Bennett ve Glasgow, 2009). Northwestern Üniversitesi bünyesinde yapılan bir araştırma da genç neslin sağlık bilgisi arayışında sergiledikleri davranışlar göz önüne alınmıştır. Ortaya çıkan bulgular doğrultusunda gençlerin yaklaşık %83-%85 arası sağlık bilgisi elde etmek için dijital çağın en büyük nimetlerinden olan interneti kullanmaktadır. Aynı zamanda çevrimiçi sağlık bilgisi arayışındaki gençlerin %36'lık kısmının sağlık uygulama ve davranışlarında farklılıklar gösterip, rutinin dışına çıktığı izlenmiştir (Teens, 2019).

Sağlık bilgilerine erişim konusunda internet çok büyük bir öneme sahip olmakla birlikte faydaları kadar orantısız kullanımda zararları da mevcuttur. Özellikle sağlık kaygısı yaşayan bireylerin endişe verici bilgilere ulaşması onları farklı düşüncelere yönlendirebilmektedir (Whiye ve Horvitz, 2009). Aynı zamanda internet üzerinden ulaşılan sağlık bilgileri her zaman belirli bir düzen çerçevesinde karşımıza çıkmayıp, kanıta dayalı olmayan kümülatif bilgi yığını olarak görülmektedir ve maalesef bu durum kişide olan anksiyete oranını arttırmaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Bu anksiyetik durumun yapılan çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı ile etkilenip etkilenmediği kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bilimsel bir perspektiften konuya bakıldığı zaman sağlık anksiyetesindeki artışın beraberinde çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında arttırdığı belirlenmiştir. Bu durumun bir diğer açıdan değerlendirilmesi de internet üzerindeki sağlık bilgisi arayışının sağlık anksiyetesinde artışa neden olabileceği yönündedir (Fergus, 2014; Barke ve ark., 2016).

Yapılan literatür taramalarında siberkondri adına geliştirilen ölçekleri görmek mümkündür. Bu ölçeklerin oluşmasındaki sebeplerin başında sadece sağlık ile alakalı olmasından ziyade sağlık için yapılan harcamalar ile de alakalı olmasından dolayıdır. Ölçeklere örnek olarak Fergus (2014)'un beş faktörlü bir yapı şeklinde geliştirdiği ölçekle siberkondriyi ölçmesi hedeflenmiştir (Fergus, 2014).

Literatürde Shevlin ve McElroy'un geliştirdiği bir ölçek de mevcuttur. Bu ölçeğin geliştirilmesindeki amaç farklı boyutlarda siberkondri tanısı koyabilmek ve kaygı düzeyi ile örtüşen sonuçlar elde etmektir. Asıl amaç kişilerin çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında kullandıkları yöntemleri gözlemlemek ve araştırmaları sonucunda oluşan geri dönütleri incelemektir (McElroy ve Shevlin, 2014).

2.4. Siberkondri ve ilgili Açıklamalar

Siberkondri, aşırı derece de sağlık anksiyetesine sahip bireyler ile alakalıdır. Yaşamakta olduğumuz dijital çağda sağlık anksiyetesinin artış oranı teknolojinin gelişimi ile doğru orantılıdır. Bununla birlikte henüz kanıt temeline dayanmayan bilgilerin varlığından ötürü bireylerde sağlık anksiyetesinde artış görülebilmektedir. Tabi sadece hastalık düzeyinde sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde görülmekten ziyade sıradan insanlarda da yer bulabilmektedir (Doherty-Torstrick, 2016; Fergus, 2015).

Siberkondrinin ruhsal sağlıkla birlikte bedensel sağlıkla da ilişkisinin olması ve sağlık anksiyetesi ile ortak değerler taşıması nedeniyle birçok araştırma yapılmasına sebebiyet vermiştir (Fergus, 2015; Önder, 2014; McElroy ve Shevlin, 2014; Nörofizyolojisi, 1990). Siberkondriyi rutin yaşamın dışında kişinin yaşamsal kalitesi hatta sunulan sağlık hizmetlerinin değişkenlerini gözetmeksizin sadece halk sağlığı açısından ele alan proje ve çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Ama kısmi de olsa yürütülen çalışmalar bildirmektedir ki sağlık anksiyetesini çevrimiçi sağlık bilgisi arayışının arttırdığı ve psikolojik bozukluklar ile pozitif ilişki içindedir. Bu tür çalışmaların bir tanesinde belirtilmektedir ki siberkondri düzeyinde ki artış veya sağlık anksiyetesinde ki aşırı düzey kişiyi çevrimiçi sağlık arayışına itmekle birlikte; sağlık kurum, kurulu ve servisleri kullanmaya yöneltmiştir. Aslında yapılan çalışmaları genel olarak incelediğimizde siberkondri ve devamında giderek artan sağlık anksiyetesi kişiyi günlük yaşamından alıkoyup tedavi gerektirecek seviyelere ulaşabilmektedir (Copelton ve Valle, 2009; Aiken ve Kirwan, 2013).

2.4.1.Sağlık Bilgisi Arayışında İnternet Kullanımı

Dijital platformların içinde barındırdığı sağlık konulu bilgilerin tamamına yakını tüm dünya üzerindeki neredeyse tüm canlılar için ziyadesiyle faydalı olan bilgileri içinde barındırmaktadır. Ama bu durumu fırsat bilip bireyler kendilerine tıbbi tanı, teşhis koyup, daha da ötesi tedavi yapmamalıdır. Literatürde genel olarak incelendiğinde çevrimiçi sağlık bilgisi arayışının düşük gelir düzeyi olan bireyleri daha çok kapsadığı bildirilmiştir. Daha önce de belirttiğimiz gibi hem gelişmemiş hem de gelişmekte olan ülkelerin primer sorunu ekonomi olduğu için çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı bu ekonomik şartlardan etkilenmektedir. Özellikle kişinin yeterli maddi imkanlara sahip olmaması, tedavi için sağlık kuruluşuna başvurmasına engel teşkil edebileceği için çevrimiçi sağlık bilgisi arayışına yönlendirmektedir. Çözüm odaklı politikaların en kısa sürede aktifleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin ekonomik sebeplerden minimum etkilenmesinin sağlanması, ilaç temininde kolaylık sağlanması ve benzeri durumlar kişileri çevrimiçi sağlık bilgisi arayışındaki olası olumsuz ihtimallerden alıkoyacaktır (TUİK, 2019; Bouwman ve ark., 2010).

Yapılan araştırmalar ve edinilen bilgiler doğrultusunda görülmektedir ki; çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında bulunan bireylerin elde ettikleri tıbbi bilgi ve belgeler için herhangi bir ücret ödemesine gerek kalmamaktadır. Kişiyi çevrimiçi bilgi arayışına ileten en büyük etmenlerden biri budur. Bireyin kolayca ve herhangi bir ücret ödmeden bu bilgilere ulaşması uzun dönemde hem hekim hem de sağlık kuruluşundan uzaklaşmasına neden olabilir (Korp, 2006).

Sağlık temalı mobil uygulamalar ve dijital platformlar bireylerin rahatça ulaşabildiği sağlık bilgilerine erişim sağladığı için kişilerde kendi hastalık durumlarında baş etme yöntemlerini değiştirebilmektedir. Fakat bilinmelidir ki internet her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de çok büyük öneme sahip konumdadır. Hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli gerekli tıbbi bilgiler için internete başvurmaktadır (Wangberg ve ark., 2009). Bu uygulamaları veya içerikleri engellemek yerine kötü kullanımının önlenmesi sadece kişilerin bu konudaki farkındalıklarını arttırarak mümkündür.

2.4.2. Çevrimiçi Sağlık Bilgilerinin Doğruluk Payı

Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında kullanılan internet; sağlık politikalarını belirleyen devlet, temel sağlık sistemleri ve tüm sağlık profesyonelleri için kabul görülmekte ve halk tarafından yadırganan ve kişi tarafından gizlenmesine sebep olan damgalayıcı hastalığa sahip bireyler için oldukça faydalı olabilmektedir (Baker ve ark., 2003). Bizlere sunduğu kolaylıklarla birlikte internet kullanarak elde edilen sağlık bilgilerine her zaman tam bir güven duyulmamalıdır ve gerektiği yerde şüpheyile yaklaşılması gerektiği uzmanlar tarafından sıkça dile getirilmektedir (Baumgartner ve Hartmann, 2011). Daha detaylı bilgi aktarılması bireylerin yapmış olduğu çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında elde ettiği bilgilerin niteliğini ve doğruluğunu tespit etmekte yetersiz kalmaktadır. Oluşan bu durumu ortadan kaldırmak kolay görünmemektedir. Özellikle sağlık konulu bilgi paylaşımı yapan sitelerdeki bilgi kirliliğinin gidişatı ne olacak gibi sorular henüz cevabını bulmuş değildir (Powell ve ark., 2003). İnternet üzerinden yapılan bilgi araştırmaları ile elbette doğru bilgilere ulaşmak mümkündür fakat asıl problem kişilerin elde ettikleri bilgilerin doğru veya yanlış olduğunu teyit etmeden kendi başına teşhis koyup tedavi uygulamaya çalışmasıdır (White ve Horvitz, 2009).

İnternet kullanımı dahilinde çevrimiçi sağlık bilgisi arayışının bize sunmuş olduğu kolaylıklar ve anlaşılabilirliğinin artmasının yanı sıra kısmen de olsa anksiyete ve hasta bazlı izolasyonu azaltmaktadır. Hekim ve hasta ilişkisine olumlu etkileri olmakta birlikte, sağlık açısından alınan kararları etkilemektedir. Farklı bir olumlu tarafı da eğer doğru şekilde sağlık bilgisi arayışı yapıp gereken teyitleşmeler doğrultusunda doğruluğu tasdiklenirse, bireyin hem kendi başına sorumluluk sahibi olma konusunda bilinç kazanması hem de var olan hastalıkla ilgili baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlamaktadır. Bu durum hem hasta hem de hekim bazlı olumlu sonuçlar oluşturabilmektedir (Andersson ve ark., 2005; Skinner ve ark., 2003).

2.4.3. Sağlık Bilgisi Arayışında İnternet Kullanımının Olası Riskleri

Çevrimiçi bilgi arayışı standart hayat şartlarında bile birçok riski içinde barındırmaktadır. Ciddi manada problem yaşatan bu riskleri sıralamak gerekirse ilk

sırayı dolandırıcılık ve türevleri almaktadır. Diğer durumlarda olduğu gibi çevrimiçi sağlık bilgisi aramalarında bu risk oldukça yüksektir. Bireyin sorgulayıp ulaştığı sağlık bilgisini mutlaka daha dikkatli incelemesi gerekmektedir. Ayrıca kişi yapmış olduğu çevrimiçi araştırmalar doğrultusunda elde ettiği bulgulardan fayda görse dahi kendini bir hekim gibi görüp tanı koyma yahut tedavi uygulamak gibi bir role bürünmemelidir (Mantar ve ark., 2011).

Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında olan bireylerin bir kısmı maalesef elde ettiği bilgiler doğrultusunda kendi yanlış teşhis koyup yine yanlış tedavi uygulayabilirler. Profesyonel sağlık personelinin temel prensiplerinden olan kanıta dayalı tedavi ve bakım sürecine kıyasla hem etkili hem de güvenilir olmadığı görülmektedir (Barsky ve Ahern, 2004).

Bu konuda yapılan araştırmaların birinde Copelton ve Valle; çevrimiçi sağlık bilgisi aramaları sonunda kişinin kendine koyduğu teşhis ve uyguladığı tedavi süreci sonunda tekrardan hekime başvurmak zorunda kaldığını ve bununla birlikte hekimin de uyguladığı farklı tedavi süreçlerinin kişide kafa karışıklığına sebebiyet verdiğini belirtmiştir (Copelton ve Valle, 2009). Yapılan diğer araştırmalara göre, bireylerin yaptıkları çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı sonrası, profesyonel sağlık hizmetlerini reddettiği bildirilmiştir. Bir diğer hususta bireyin hekimden ziyade kendine koyduğu teşhisin kişide bir özgüven oluşturduğu yönündedir (Aiken ve ark, 2012; McElroy ve Shevlin, 2014).

2.4.4. Siberkondriyi önleme ve tedavi

Toplum düzeyinde hastalık boyutuna ulaşan siberkondrinin etkilerini azaltmak yahut oluşumunu önlemek için gösterilen çabaların etki düzeyinin yüksek olabilmesi için siberkondrinin çıkış kapısı olan internetin ele alınması gerekmektedir. İnternet hizmetleri konusunda alanında uzman internet sitesi tasarımcıları, bilgi teknolojileri uzmanları, arama motoru yapımcıları, psikiyatristler, psikologlar, profesyonel sağlık personeli ve halk sağlığı uzmanları arasında yapılacak etkili bir değerlendirme gerekmektedir (Starcevic ve Berle, 2015).

Bu durumda siberkondriyi önlemek için kullanılan yöntemler arasında bireyin çevrimiçi olarak yapmış olduğu sağlık bilgisi arayışında gözlemlediği tanı, teşhis gibi bulgular arasındaki bağlantının, gerçek bilgiler ile kıyaslama yapmasına yer verilmektedir (Ghaddar ve ark., 2012). Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında bireyin sorularına karşılık verebilecek belirli kanıt düzeyine sahip, gerçekçi ve doğru bilgiler yer almalıdır. Özellikle bu tür bilgi paylaşımı yapan çevrimiçi sitelerin fazlalığı gereken düzenlemeyi zorlaştıracığından ötürü okul çağından itibaren halkın bilinçlenmesi için sağlık okuryazarlığı konusunda daha çok politika uygulanmasının siberkondriyi önlemek adına doğru adım olacağı öngörülmektedir (Ghaddar ve ark., 2012).

Siberkondri adına hali hazırda herhangi bir tedavinin tıp dünyasına kazandırılmamasına karşın uzmanların siberkondrinin görüldüğü bağlam dikkate alınmaksızın tek başına bir tedavi sürecine sokulmasına sıcak bakmamaktadır (Starcevic ve Berle, 2015).

Sağlık anksiyetesi ve hipokondriyazis gibi bozuklukların tedavi sürecin en etkili çözüm olarak önerilen tedavi biçimi bozukluğun oluşumunu etkileyen faktörleri merkeze alarak uygulanan bilişsel davranışçı terapi biçimidir (Bouman, 2014). Hedeflenen tedavi içerisinde bireyin kendini güvende hissetmesi ve kaçınma gibi güvenlik davranışları, kendine gösterdiği semptomlar ve ileri sürdüğü olası durumlar, inanç ve yaşam tarzının farklılıkları, kendisinde belirttiği hastalığın iç dış uyarıcıları göz ardı edilmeden bir yol çizilmelidir (Starcevic ve Berle, 2015).

Siberkondriyi önleme yahut etkilerini azaltmada kullanılan terapötik yöntemler mevcuttur. Asıl olarak yapılmak istenen bireyin normalin üstüne çıkmadan gereken dozda sağlık bilgisi arayışı içinde olması ve gereksiz tıbbi bilgilerle kendini doldurup ruhsal olarak kaygısını daha arttırmasını engellemektir. Bireylerin belirli bir süre çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı halinde olması onlarda alışkanlık haline geleceği için edindikleri her bilgide endişeleri artıp psikolojik olarak kendilerini daha kötü hissetmelerine sebep olacaktır. Bu durumda kişilere çevrimiçi sağlık bilgisi arayışında uzman kontrolünde kısıtlamalar getirilip takibi yapılmalıdır. Bu minvaldeki asıl hedef kişinin yapmış olduğu aramalardaki fayda ve zararları kendilerinin farkına vararak bir düzene sokmalarıdır (Starcevic ve Berle, 2015).

Geçmiş yıllarda yapılan bir akademik çalışmada, sağlık anksiyetesi ve bedensel belirti bozukluğu olan bireylere uygulanan siberkondria şiddet ölçeği ve internet tabanlı bilişsel davranışçı terapinin, bireyde siberkondri düzeyinde azalma yaptığı gösterilmiştir (Newby ve McElroy, 2020).

2.5. Sağlık Anksiyetesi Tanımı

Bireylerde var olan bedensel sağlığın tam bir iyilik halinde olması yine bireylerde günlük hayatı devam ettirmede ve yaşama tutunma konusunda önemli bir yere sahiptir. Bundan ötürü kişinin bireysel sağlığı hakkında endişeye kapılıp olumsuz düşünceler içine girmesi gayet normal karşılanmaktadır (Looper ve Kirmayer, 2001). Kişisel bazlı bu kaygıların temelinde ansızın ortaya çıkan sağlık problemleri yer alabilmektedir. Normal sınırlar dışına çıkmadığı süre zarfında bu endişelerin var olması normal karşılanabilmektedir. Fakat bu endişelerin artması bireye zarar verebilmektedir. Toplumsal bazda ele alındığında bu tür vakalar az görülse de klinik bazda bakıldığında fazla olduğu bildirilmektedir (Taylor, 2004).

Son yüzyılın en büyük psikolojik problemlerinden biri olan sağlık anksiyetesi, kişinin kendi sağlığı hakkında duyduğu kaygıdaki düzeyi mübalağa diye tasvir edilecek seviyede tutmasıdır. Aslında tıbbi olarak herhangi bir bedensel yahut ruhsal sağlık sorunu olmadığı bireye ifade edilse bile maalesef anksiyete düzeyinde değişiklik olmamaktadır (Reiser ve ark., 2014). Kişilerde var olan sağlık anksiyetesinin temelinde bireyin kendi bedensel bulgularını doğru olmayan şekilde yorumlayıp hastalık olarak düşünmesidir. Daha ileri bir seviyede ise kişi kronik bir sağlık problemiyle karşılaşacağı düşüncesi ile kendini ruhsal olarak sıkıntıya sokmaktadır (Hedman ve ark., 2013; Jones ve ark., 2014).

Bireylerin taşımakta olduğu sağlık anksiyetesinin seviye bazlı düşüklüğü, kişinin ihtiyaç durumunda gerekli tıbbi yardımı aramasını sağlamakta olup faydalı olabilmektedir. Fakat var olan sağlık kaygısı normal düzeyin üzerine çıktığı takdirde kişiye zarar vermektedir. Aynı zamanda bireyin günlük rutin hayatına devam etmesine engel teşkil etmekle birlikte sürekli tıbbi destek ihtiyacının doğmasına sebep olabilmektedir (Taylor, 2004).

Bireylerde ansızın ortaya çıkan fiziksel sağlık problemleri yahut fiziki açıdan gözle görülebilen değişiklikler sağlık anksiyetesine kapılmalarına neden olabilmektedir. Ama bilinirki oluşan bu vaziyet kalıcı değildir. Bedensel ve ruhsal açıdan alınabilecek tıbbi tedavi ve yardımlar bu durumun tamamen ortadan kalkmasını sağlayabilmektedir. Yüksek düzey sağlık anksiyetesi varlığı gösteren bireyler hekimlerin herhangi bir problem taşımadığını belirtmelerine karşın yine de farklı bir bulgu var etmenin peşine düşebilmektedirler. Özellikle bu bireyler kendilerinde mortalite oranı yüksek bir sağlık problemi olduğunu düşünmekten kendilerini alıkoyamamaktadırlar (Deale, 2007).

2.5.1. Sağlık Anksiyetesinin Meydana Gelmesini Sağlayan Etmenler

Sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin genellikle sıkıntı, stres ve gerginlik hissi yaşadıkları bilinmektedir. Bu durumun temelinde yatmakta olan sebepler silsilesinin başında; her an başına bir şey gelecek kaygısı, içinde bulunduğu durumun kötüye gitme olasılığı düşüncesi gibi kaygı düzeyini arttıran düşüncelerin varlığından ötürü her an anksiyete yaşamaları gelmektedir (Geçtan, 2014). Bu durumda oluşan anksiyete tamamen kişinin kendine özgü fiziksel bulgularıyla ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda oluşan anksiyete depresyon tanımı ile örtüşmektedir. Kişilerde ortaya çıkan korku durumu her iki psikolojik semptom açısından ortaktır.

Oluşan anksiyete bozuklukları literatürde belirli özelliklerine göre sınıflandırılmıştır. Sınıflandırma yapılırken kişisel özellikler, semptomların varlığı ve etki mekanizması gibi unsurlar ele alınmıştır. Yaşanan sağlık anksiyetesinin fizyolojik etmenler dışında davranışsal, duygusal ve bilişsel bileşenleri vardır (Kocabaşoğlu, 2008; Güreş, 2010). Var olan psikolojik etmenler bireylerde kişisel bazda değişkenlik göstermektedir fakat ortaya çıkan fizyolojik belirtilerin nedeni egonun içinde bulunduğu bozulmuş dengeyi düzeltmek için harcanan çabadır. Aşırı derecede zorlanan egoya karşı sarf edilen çabaların yetersiz kalması anksiyeteyi artık sıradan bir davranış haline getirir (Kocabaşoğlu, 2008; Karaman, 2011).

2.6. Sağlık Anksiyetesi Kavramı

Sağlık anksiyetesi, bireyin günlük yaşamında birdenbire gelişim gösteren bedensel rahatsızlıklar ya da semptomlarla organize bir biçimde seyreden kaygı ve endişe hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlık anksiyetesi rahatsızlık ya da gözlemlenen semptom doğrultusunda normal bir düzeyde seyrettiğinde bireylerin ilgili sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlaması ve bedeni olması muhtemel zarar verici durumlardan koruması yönüyle işlevseldir (Lucock ve Morley, 1996). Ancak, bireyin sağlığına ilişkin kaygılarının normal olan seviyeden sapması sonucunda günlük yaşamının da sekteye uğrayarak işlevsellik düzeyinin azalmasına sebebiyet vermesiyle sağlığa ilişkin bir kaygı bozukluğundan söz edilmektedir. Sağlık anksiyetesi sahibi bireylerin, günlük yaşam içerisinde saptanması zor olmasına karşın sağlık hizmeti veren kliniklerde ve acil servislerde görülme oranları yüksektir (Taylor ve Asmundson 2004; Hedman ve ark., 2011). Bu bireylerin bedensel semptomlarını duygusal rahatsızlıkları artırarak, endişeli bir hal almalarına sebebiyet verir ve endişeli hal, tehlikeli uyarın algısı ile birleştiğinde kaygıdan söz edilir (Hedman ve ark., 2011; Asmundson ve ark., 2010).

Her ne kadar günümüzde sıklıkla sağlık anksiyetesi karşılaşılmaya yeni yeni karşılaşıldığı düşünülse de sağlık anksiyetesinin, antik dünyadan beri var olduğu ve “hipokondriyazis” olarak adlandırıldığı görülür. Ancak, sağlık anksiyetesi geçmişte sadece karın bölgesindeki bir rahatsızlık, sindirim problemleri ve duygusal çökkünlük olarak tanımlanmasına karşın günümüzde genele yayılım gösteren bir kavramsal karşılık şeklini almıştır (Fink, 2019; Rachman, 2012). Bu kavramsal değişimin süreç içerisindeki ilerleyişi incelendiğinde ise modern dünya düzeninin oluşmasındaki kilit nokta olan sanayi devriminin etkisi görülmektedir. Sanayi devrimiyle birlikte insan yaşamındaki tehlikeli uyarın sayısının artması ve nüfusun yoğunlaşması, hipokondriyazisin görülme sıklığının artmasında önemli bir rol oynamış ve herhangi bir tanım ile karşılanamayan fiziksel rahatsızlıklar da hipokondriyazis olarak adlandırılmıştır (Fink, 2019). Bu kavramın günümüzde kullanımına en yakın tanımlaması ise 1900’lü yıllarda yapılan “olağandan abartılı bir biçimde fiziksel rahatsızlıklara karşı bireyin deneyimlediği korku” şeklinde açıklanmış ve bireyin

fiziksel semptomlara odaklı meşguliyet hali şeklinde betimlenmiştir (Veith, 1965; Pilowsky, 1967).

Reiser ve Di ise (2014) sağlık anksiyetesini, bireyin bedensel duyularını yanlış bir biçimde değerlendirmesi ise endişelenmesi şeklinde açıklamıştır. Sağlık söz konusu olduğunda bireyin ihmal etmeden gerekli görülen noktalarda süreci idame ettirmesi hayati önem taşıyan bir unsurdur. Bu hayati önemin algılanmasındaki sınır belirlenirken olması gereken sağlık tepkisi ile patolojik olarak nitelenen sağlık anksiyetesi olarak tanımlanan tepkiler her ne kadar ayrıştırılmaya çalışılsa da bu sınır için bir netlikten söz edilmemektedir. Klinik açıdan değerlendirildiğinde bu sağlık anksiyetesinin patolojik düzeyinden söz edebilmek için bireyin işlevsellik düzeyine ve rahatsızlık hislerine odaklanılır (Fink, 2019; Deale, 2007).

Her birey hastalıkla karşılaştıkça sağlık kaygısı deneyimleyebilmekte ve sağlık hizmeti arayışına girebilmektedir. (Ferguson, 2009). Patolojik sağlık kaygısında ise bu kaygılı ve endişeli halin süreklilik arz ettiği ve alınan tıbbi sağlık hizmetinin de kaygıyı azaltmada etkili olmadığı gibi fizyolojik semptomların da değişerek varlığını sürdürdüğü görülmektedir. Bu durum sonucunda ise bireyin hem sosyal ilişkileri hem de yaşamsal işlevselliği olumsuz yönde etkilenir (Deale, 2007).

Sağlık kaygısı sonucunda sağlık hizmeti arayışı sıklığı artar. Birey, sıklıkla tıbbi yardıma başvurmasına karşın uzmanların kendisindeki hastalığı bulamadığına ilişkin inanç geliştirerek, tedavi edilmediği için ölümcül bir sonucun kendisini beklediğine yönelik algılarıyla süreci devam ettirir (Kószegi, 2003). Elbette ki patolojik sağlık kaygısı bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyerek yaşam akışını bozduğu gibi bireyin hastalıklara ve sağlığına ilişkin kayıtsızlık hali olarak betimlenen düşük kaygılı hal de bir risk unsuru olarak değerlendirilerek, normal düzeydeki kaygının koruyucu işlevselliğine değinilmektedir (Pugh, 2010).

Artan sağlık kaygısının bir diğer olumsuz etkisi ise bireylerin obsesif düşüncelerini tetiklemesi ve ruminatif düşünce temellerini var etmesidir. Literatürde yürütülen bir çalışmada bireylerin negatif duyguları ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı rolü değerlendirildiğinde, rumunatif düşüncelerin aracı rolü üstlendiği gözlemlenmiş olup hem sağlık kaygısını hem de negatif duyguları yordadığı görülmüştür (Marcus ve ark., 2008; Wheaton ve ark., 2010).

Bireyler, kendilerinde var olduğuna ilişkin şüphelendikleri sağlık sorunlarına odaklanabilir ve bu noktada bu rahatsızlığın varlığını kanıtlamaya yönelik girişimleri gözlemlenir. Bu arayış ise bazen bir sağlık kuruluşu olabileceği gibi bazen de internet ortamı, kaynak kitaplar, konu hakkında bilgi sahibi olduğu düşünülen kişiler olabilmektedir. Sağlık kaygısına sahip bireylerde en sık gözlemlenen davranışın ise tahlil yaptırma ve kontrol muayeneleri olduğu bilinmektedir (Tyrer ve ark., 2011; Asmundson ve ark., 2001; Yalçın, 2021).

Artan sağlık kaygısı anksiyitesi, bireyin bedenine ilişkin duyularına yönelik duyarlılığını arttırarak algısal çarpıtmalara, yanlış yorumlamalara sebebiyet verebildiği gibi birey bu yorumlamalardan temel alarak semptomları bir hastalık işareti olarak algılamakta ve zihinsel meşguliyet halini yaratmaktadır. Diğerleri için normal olarak algılanabilecek beden duyuları, sağlık anksiyitesi yüksek olan bireyler için bir tehlike olarak yorumlanmaktadır (Karaman, 2019; Malesza ve Kaczmarek, 2021; Yalçın, 2021).

Söz konusu sağlık kaygısı olduğunda araştırmacılar, bireylerin çocukluk çağı yaşantılarının önemine değinerek ebeveynlerin çocuğa ilişkin tutum ve yaklaşımları ile sosyal desteklerinin etkililiğine değinir (Thorgaard ve ark., 2018). Aynı zamanda ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumlarıyla birlikte sağlık anksiyetelerinin artması sonucunda ise çocuklarının sıklıkla hastalandığı ve yaralanma içeren kazalar geçirdiklerini belirten Noyes ve arkadaşları (2002) ebeveynlerin tehlikeli işlerde çalışmalarının ya da herhangi bir bağımlılığa sahip olmalarının da çocuklarında sağlık anksiyetesini temellendirdiğini ifade etmektedir (MacSwain ve ark., 2009).

Sağlık anksiyetesinin bilişsel perspektifte değerlendirilmesinde ise tüm işlevsiz inançlar bireyin bir sağlık probleminin var olduğuna ilişkin algılarını var ederek olumsuz otomatik düşünceler ve felaketleştirme, abartma gibi bilişsel çarpıtmalarla organize bir biçimde ilerlemektedir. Bu çarpıtılmış inançlar ise bireyin var olan tehdit ile baş edemeyeceğine ilişkin düşüncelerini oluşturur (Schmidt ve ark., 2013; Fergus ve Valentiner, 2011). Sağlık anksiyitesi sadece bireyin hastalığı ile sınırlı kalmayarak bireyin çevresindeki kişilerden herhangi birinin rahatsızlanmasıyla da ortaya çıkar ve hastalığın kendisine bulaşmasına ilişkin kaygıları tetikler. Sağlık anksiyetesine sahip bireylerin sıklıkla hastalıklara ve belirtilerine yönelik bilgi sahibi olmak için

araştırmalar yaptığı ve sağlık kuruluşlarını sık sık ziyaret ettikleri gözlemlenir (Eastin ve Guinsler, 2006; Salkovskis ve Warwick, 2001; Yalçın, 2021).

2.7. Kuramsal Perspektifte Sağlık Anksiyetesi

2.7.1. Psikodinamik Yaklaşımda Sağlık Anksiyetesi

Psikanalitik perspektifte sağlık anksiyetesi ele alındığında bireylerin bilinçdışı çatışmalarından temel aldığı ve ödipal karmaşa ile hadım edilme korkusuyla organize bir süreç olduğuna değinilmektedir. Birey hadım edilme korkusunu, cinsel uzvundan alarak farklı bir organına atfettiğinde hastalık ve semptomlarına ilişkin algılar temellenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Özellikle erken çocukluk çağı yaşantılarının önemine değinen psikanalitik yaklaşımda bireyin erken deneyimlerinin kimlik gelişimi ve kendilik algısında oynadığı rol yadsınmadan, ihmal edici tutumu benimseyen ebeveynlerle büyüyen çocukların kendilerini anne ve babalarına anlatma ve duygularını ifade etme konusunda yaşadıkları zorluklar sonucunda duygu ve düşüncelerini bedensel semptomlara atfetmesiyle oluştuğu belirtilmektedir. Özellikle çocukluk çağında bastırılarak temellenen suçluluk duyguları sağlık anksiyetesinin kilit noktası olarak gösterilir (Lipsitt, 2001; Aktepe, 2022).

Psikanalitik kuramda “hipokondriyazis” olarak adlandırılan sağlık anksiyetesi, anksiyetenin bir alt dalı şeklinde değeriendirilerek yer değıştirme savunması sonucunda duygu ve düşüncelerin beden yoluyla ifade edilmesine imkân tanımaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Yavuz, 2012). Bu yer değıştirme savunmasında ise sıklıkla bastırılmış öfke, ölüm korkusu ve saldırganlık itkileri tetikleyici rolü üstlenmekte ve bireyin ilgi ve sevgiden yoksun oluşuyla birlikte bu ilgi ve sevgi edinimini hastalıklar yoluyla elde etme girişimlerinin etkisine değinilir (Barsky ve Klerman, 1983).

2.7.2. Kişilerarası Yaklaşımda Sağlık Anksiyetesi

Kişilerarası yaklaşımda ebeveynlerin, çocuklarının gereksinimleri karşılama konusundaki yetersizliği sonucunda çocuk ve ebeveyn arasındaki güvenli bağın oluşamadığını ve çocuğun hem fiziksel açıdan hem de duygusal açıdan ihmale ve istismara uğramasıyla güven algılarının zedelendiği düşünülmektedir.. Bu noktada ebeveynlerin ağır bir sağlık sorununa sahip olması da çocuk ve ebeveyn arasındaki kurulacak güven temelli ilişkinin önünde bir engel niteliği taşır (Noyes ve ark., 2002).

Olumsuz ebeveyn tutumları ile ihmal, şiddet ve istismar sağlık anksiyetesinin temellendiği nokta olarak gösterilmektedir. Güvensiz bağlanan çocuklarda tehlikeli olarak algılanan uyaranlar karşısında bu güvensizlik hissi aktive olur ve algılanan stres düzeyi artar (Birnie ve ark., 2013).

2.7.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımda Sağlık Anksiyetesi

Bilişsel davranışçı yaklaşımda sağlık anksiyetesi, bireyin uyaranlara atfettiği tehlike boyutu ile organize bir süreç şeklinde ilerler ve bireyin sağlık durumunu ve bedensel semptomlarını tehdit içeren uyaran olarak algılamasına yol açar. Bireyler beden duyularını algımlarken devreye giren kontrol mekanizması, algılanan stresi ve anksiyete düzeyini belirleyici bir unsurdur. Bu nedenle bireyin kontrol algısındaki sapmalar, kaygı ve stresin artmasına sebebiyet vererek olumsuz düşünceler döngüsünü başlatır (Thorgaard ve ark., 2017).

Olumsuz otomatik düşünceler ve negatif inançlar sonucunda birey bedenindeki her semptomu olumsuzluk atfederek tehlikeli uyaranlar karşısında kaygısını kontrol edemez hale gelmektedir (Marcus ve ark., 2008). Bu işlevsiz inançlar sağlık anksiyetesinin temellendiği nokta olarak gösterilir ve bedene ilişkin algı ve yorumlama sürecindeki çarpıtmalar sağlık anksiyetesinin yayılım göstermesinin sebebi olarak değerlendirilir (Rachman, 2012; Abramowitz ve Braddock, 2008).

Salkovskis ve Warwick (2001) sağlık anksiyetesinin temellendiği dört ana noktadan bahsetmektedir. Bu noktalar;

- Birey, herhangi bir sağlık sorunu yaşayacağına dair inanç beslemektedir.
- Birey, sağlık sorunu yaşayacağına dair inançları sonucunda, bu sorunun korkulu bir sũreç olacağına ilişkin inanç beslemektedir.
- Birey, var olacağını dũřũndũđũ sağlık probleminin ũstesinden gelemeyeceğine ilişkin inanç beslemektedir.
- Birey, kendisine sunulabilecek tıbbi yardımların ve kaynakların da yetersiz olacağına yũnelik inanç beslemektedir.

İnsanı geçmiş deneyimlerinden oluşan bir bũtũn olarak değerlendiren bilişsel davranışçı kuramda kaygının oluşması için ȳğrenmenin gerçekleşmesinin gerekliliğine değinilmesine karşın, bu yanlış yorumlamaların ve algısal çarpıtmaların değişebileceği de vurgulanır (Salkovskis ve ark., 2002). Birey, geçmiş hastalık deneyimleri neticesinde sağlığına ilişkin inanç oluşturabileceği gibi bu inançları tetikleyebilecek deneyimler sonucunda uyaranın algısal dũzlemde çarpıtılmasıyla hastalıkları ve semptomları yorumlama biçiminde de sapmalar yaşayarak kaygı dũzeyini arttırır. Sağlığa ilişkin kaygıların artması sonucunda ise bireyler kendi sağlıklarına karşı bir gũvence arayışına girerek bedeni kontrol etmeye ve kanıt aramaya yũnelik davranışlarda bulunmaktadır (Deale, 2007; Birnie ve ark., 2013).

2.8. Sağlık Anksiyetesinin Tanılanma Sũreci

Literatũrde sağlık anksiyetesinin, anksiyete bozuklukları ya da somatoform bozuklukların bir alt başlığı olarak ele alındığı gȳrũlmesine karşın herhangi bir netlikten sȳz edilmemektedir. Deale (2007), bireyin bedensel semptomları olmasına karşın temelde korkulu ve tehlikeli uyaran algısının yattığını ve bu nedenle anksiyete olarak tanımlanmasının daha doğru olduğunu belirtir. Birey, sağlık anksiyetesi dũzeyine paralel olarak, fizyolojik semptomları ve semptomlara ilişkin yorumlarını arpıtılabilmekte ve sağlığına ilişkin yoğun bir endişe ile sıklıkla tıbbi kontrole yũnelmektedir. Aynı zamanda tıbbi perspektifte açıklanamayan semptomları da sũrece eşlik etmektedir (Alioğulları, 2021; Javadi, 2022).

Somatizasyon bozuklukları ve sağlık anksiyetesinin birbirinden ayrıştığı temel nokta bireylerin tıbbi hizmetlere yaklaşımıdır. Somatik bir řikȳyet ile başvuran kişiler

sorunun çözümüne ilişkin tedavi sürecini kabul ettikleri gibi ilaç kullanımını da reddetmez ve bu rahatsızlığın kendilerini öldüreceğine yönelik bir inanç da barındırmazlar (Dzhambov ve Dimitrova, 2014). Ancak sağlık anksiyetesinden söz edildiğinde hem tedavinin hem de tedavi edici nitelikteki ilaçların reddedilmesi görüldüğü gibi, bu ilaçların kendilerine zarar vereceğine yönelik algısal çarpıklıklar devreye girmekte ve sonucunda öleceklerine dair endişe duymaktadırlar (Wilhelmsen, 2017; Barbek ve ark., 2022).

DSM-V'den önce hipokondriyazis olarak adlandırılan beden semptomları ve fizyolojik belirtileri abartma halinde birey, herhangi bir sağlık problemi olmasa da varmış gibi hissetmekte ve o hastalığa uygun davranmaktadır. Hipokondriyanın temelinde ise abartılı bir güven arama gereksinimi yatmaktadır (Barsky ve ark., 1992).

Günümüzde DSM standartlarında hipokondriyanın iki alt başlığa ayrıştırılarak ilk olarak bedensel semptomlara paralel olarak sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler “Bedensel Belirti Bozukluğu” alt başlığında incelenirken, herhangi bir bedensel semptomu söz konusu olmadan sağlıklarıyla ilgili kaygı barındıran bireyler ise “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” alt başlığında değerlendirilmektedir (APA, 2013).

2.8.1. DSM-V'e göre “Bedensel Belirti Bozukluğu” tanı kriterleri aşağıdadır (APA, 2013):

“A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı derecede düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtileriyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Varsa belirtiniz: Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Varsa belirtiniz: Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz: Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.” (APA, 2013).

2.8.2. DSM-V’e göre “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanı kriterleri aşağıdadır:

“A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.

B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.

C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.

D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz: Bakım arayan tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık taramaları ve girişimleri yaptırmayı kapsar. Bakımdan kaçan tür: Sağlık bakımına seyrek olarak başvurulur.” (APA, 2013).

2.9. Sağlık Anksiyetesinin Yordayıcıları

2.9.1. Genetik faktörler

Literatürde sağlık anksiyetesinde gözlemlenen bedensel semptomların varlığının genetik etkilerinden söz edildiği görülmektedir (Taylor ve Asmundson, 2004; Asmundson ve ark., 2012). Taylor ve arkadaşlarının (2006) sağlık anksiyetesindeki kalıtsallığın rolünü inceledikleri çalışmalarında orta düzey bir kalıtsallığın orta düzeyde etkisi olduğu görülmektedir. Asmundson ve arkadaşları (2010) ise sağlık anksiyetesini sadece genetik faktörlerle açıklamanın yeterli olmadığını belirterek gen ve çevre etkileşiminin belirleyiciliğine vurgu yapmış ve süreç içerisinde özellikle öğrenmenin etkililiğine dikkat çeken araştırmacılar da gen ve çevre etkileşiminden söz etmiştir (Kendler, 2011; Lopez, 2013).

2.9.2. Erken Dönem Deneyimleri

Bireyin çocukluk çağı yaşantılarında ebeveynlerinde ya da kendisinde şahit olduğu hastalıkların zorlu süreçleri doğrultusunda sağlık anksiyetesini var eden algısal temelin oluştuğu ifade edilmektedir. Aynı zamanda çocukluk döneminde, çocuk için önem arz eden bir yakını kaybetmenin yetişkin yaşamda gözlemlenen sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Fernandez, 2005; Weck, 2014). Çocukluk çağı ihmalı veya istismarına ek olarak şiddet, aile içi çatışmalar ve örseleyici diğer deneyimlerinde etkililiğinin yadsınamayacak düzeyde olduğu araştırmalarla

desteklenmektedir (Craig, 1993; 2001; Fernandez, 2005; Association, 2000; Salkovskis ve Warwick, 2001). (Noyes ve ark., 2002; Alberts ve ark., 2016).

2.9.3. Ebeveyn Tutumları

Ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutum ve yaklaşımlarıyla şekillenen ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişki aşırı korumacı bir tutum içerdiğinde ya da gereksinimlerin yadsınmasına varacak bir ihmalkarlık barındırdığında sağlık anksiyetesi tetiklenebilmektedir (Wright ve ark., 2017). Bu durumda araştırmacılar deneyimlerin birey üzerindeki etkisine dikkat çekerek, öğrenmenin önemine vurgu yapmaktadır. Ebeveynlerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışları kimi zaman ilgi ve sevgiyi pekiştirici bir rol üstlenerek sağlık anksiyetesini var eden davranışların gelişimini yordayıcı güçtedir (Rachman, 2012; Kirmayer ve Taillefer, 1997).

2.9.4. Kişilik

Sağlık kaygısı söz konusu olduğunda bazı kişilik özelliklerinin kaygıya yatkınlığı arttırdığı ve bazı kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle içe dönük ve nevrotik bireylerde görülme sıklığının yüksek olduğu yapılan çalışmalar ile desteklenmektedir (Yorulmaz ve Dirik, 2018). Nevrotik bireyler, negatif duyguları deneyimlerken tehlikeli uyaran olarak algılama ve tehdide karşı duyarlılık ile engellenmenin verdiği içsel sıkıntıyla gözlemlenen bir özellik olarak tanımlanır. Bu noktada özellikle kaygı ve stresin tetiklenmesiyle birey fizyolojik tepkileri yanlış bir şekilde yorumlayarak kaygı ve stres düzeyini arttırmaktadır. Bu nedenle nevrotik kişilik özellikleri ile anksiyete düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler gözlemlenir (Cox, 2000; Longley ve ark., 2014). Kişilik özellikleri ile sağlığa ve hastalığa karşı kaygılar arasındaki ilişki incelendiğinde ise bireyin artan sorumluluk algısı, duygusal farkındalık ve baş edebileceğine ilişkin inancı arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir (Ferguson, 2004; Williams, 2004).

2.9.5.Bağlanma Faktörü

Ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişim ve etkileşim sonucunda çocukların yetişkin yaşamında da etkilerini gösterecek olan ilişki biçimleri temellenmekte ve ebeveyn çocuk arasındaki bu ilişki bağlanma stilleri olarak adlandırılmaktadır. Özellikle kaygılı bağlanan bireylerin ilişkilerinde güven temeli olmadığı için sağlıklarına ilişkin bir tedirginlik halinin de genele yayılım gösterdiği ve aldıkları herhangi bir tıbbi sağlık hizmetini yeterli bulmadıkları ifade edilmektedir. Bu durumun temelinde ise bireyin güven arayışı ve diğerlerinin onayını alma isteği yattığı belirtilerek sağlık kaygısı ile ilişkisine değinilmektedir (Yorulmaz ve Dirik, 2018; Stuart, 1999).

2.9.6.Sağlık Ve Hastalık İle İlgili Bilgilere Ulaşımı

Birey hastalık semptomları ve sağlığa ilişkin bilgilere yoğun bir şekilde maruz kaldığında, sağlıklarına ilişkin endişelerinin arttığı ve sağlık anksiyetelerinin tetiklendiği belirtilmektedir. Bu noktada özellikle tıp okuyan öğrencilerin hastalıklar ve semptomlarına ilişkin bilgi edinimleri sonucunda bedensel semptom verdikleri belirtilerek bu durum “Tıp Öğrencisi Hastalığı” olarak literatüre geçmiştir (Woods ve ark., 1966; Moss-Morsis ve Petrie, 2001).

2.9.7.Toplumsal ve Kültürel Etmenler

Kültürel ve toplumsal perspektifte hastalığa verilen önem ve hastalara tanınan öncelik ile birlikte bireylerin ilgi, sevgi ve onay alma ihtiyacının da giderilmesine imkân tanınması sağlık kaygısı üzerinde etkilerini gösteren bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle bazı anlarda kaçınmanın ve sorumluluk almamanın bir yolu olarak da devreye girebilen hiponkondriyazis, özellikle alt gelir grubundaki bireylerde daha sık görülmektedir (Kıran, 2020; Barbek, 2022).

2.10. Sağlık Anksiyetesinde Eş Tanı

Sağlık anksiyetesine sahip bireylerin yaklaşık olarak %30'unun farklı bir bedensel bozukluğun tanı kriterlerini karşıladığı görülmektedir (Hiller ve ark., 2005). Artan sağlık kaygısının diğer bozukluklar ile ilişkili olduğu literatürde desteklenmekle birlikte yaşamda süreğenlik kazanan sağlık anksiyetesinin beraberinde psikolojik ya da fiziksel bir bozukluğun da tetikleyici rolü üstlendiği gözlemlenir (Sunderland ve ark., 2013).

Özellikle sağlık anksiyetesi ile duygu durum bozuklukları, panik bozukluk ve diğer anksiyete bozukluklarının yakından ilişkili olduğu görülmekle birlikte sağlık anksiyetesinde kendi başına tesinde temel tetikleyicilerinden biri olarak değerlendirilir (Sunderland ve ark., 2013).

Sağlık anksiyetesi ile anksiyete belirtileri arasındaki ilişkinin ele alındığı bir çalışmada aralarında güçlü düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Scarella ve ark., 2016). Lee ve arkadaşları (2014) ise sağlık kaygısına eşlik eden psikopatolojik unsurları ele aldıkları çalışmalarında sağlık anksiyetesine sahip bireylerin depresyon tanısı alma düzeylerinin %15 ve %30 arasında değişim gösterdiği görülürken, %35'lik bir kısmının ise diğer anksiyete bozukluklarına sahip olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada artan sağlık anksiyetesine paralel olarak bireyin negatif duygulanımı, genele yayılan endişeli hali, tıbbi yardım arama girişimi de artarken, tıbbi personele güveninin ise azaldığı görülmüştür (Lee ve ark., 2014). Hedman ve arkadaşları (2017) ise sağlık anksiyetesi ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulgularken, Solem ve arkadaşlarının da (2015) benzer şekilde aynı ilişkiyi saptadığı görülmektedir.

2.11. Sağlık Anksiyetesinin Tedavisi

Bireyin işlevsiz tutum ve davranışlarını var eden temel inançlarının erken dönem yaşantılar ile şekillendiği göz önünde bulundurulduğunda çocukların özerkliğini ve yetkinliğini destekleyen ebeveyn tutumlarının önleyici bir unsur olarak devreye

girdiğini ifade eden çalışmacılar, ebeveynlerinin çocuklarını kendilerine bağımlı kılmalarının ve ısrarlı onay arama davranışını pekiştirmelerinin ise yetişkin yaşamda gözlemlenen sağlık anksiyesinde etkili olduğuna değinmektedir. Bu nedenle bilişsel davranışçı terapinin hedefi işlevsiz duygu ve davranışları değiştirmek adına düşüncelerin değiştirilmesidir (Wells ve Hackmann 1993; Wells ve ark., 1997).

Sağlık anksiyetesinin düzeyi arttıkça bireyin günlük yaşam akışı da sekteye uğramakta ve işlevsellik düzeyi de olumsuz yönde etkilenmektedir (Hartman ve ark., 2009). Steger ve arkadaşları (2009) sağlık anksiyetesi olan yetişkin bireylere bilişsel davranışçı tekniklerle müdahalenin etkililiğini değerlendirdikleri çalışmalarında iyileşme gözlemlemiştir. Bu noktada araştırmacılar bireylerin yorumlama ve algılama aşamalarında bilişsel çarpıtmaların devreye girdiğinin altını çizmiştir (Steger ve ark., 2009).

Terapiye katılım gösteren danışanların sürece ilişkin güvensizlikleri terapide direnci aktif ederek, süreci olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle diğer terapi ekollerinden bilişsel davranışçı terapilerde düşüncelere müdahale edilmesi ve çarpıtılmış algılara yönelik farkındalık kazanımını desteklemesi tedavi sürecini hızlandırmaktadır (Hofmann ve ark., 2010).

Bireyin psikolojik olarak rahatsızlık hissi deneyimlemesinin, çarpık düşünceleri üzerindeki etkisi ele alındığında yapılandırılmış bir terapi tekniği olan bilişsel davranışçı terapinin teknikleri aracılığıyla müdahale gerçekleşmekte ve ilk amaç sosyal işlevselliğin yeniden kazandırılması olarak karşımıza çıkmaktadır (Wells ve ark, 1997). Bireyde gözlemlenen akut semptomların çözümü sürecin başlangıç noktasıdır ve akut semptomların süreç içerisinde azalarak gelecekte gözlemlenebilecek nöksleri önlemek adına temel inançlara odaklanılmaktadır (Beck ve Tompkins, 2007).

Sosyal bir varlık olan insanın, terapi odasında da aynı sosyal ilişkiyi geliştirmesi ve karşılıklı güven bağının kurulması ise sürecin kilit noktası olarak gösterilerek “terapötik ittifak” olarak adlandırılır. Sağlık anksiyetesi deneyimleyen birey semptomlarının ciddiye alınmadığına ya da gerçek olmadığına yönelik bir tutum ile karşılaştığında aradaki güven bağı zedelenerek, tedavi sürecine zarar vermekte ve çoğu zaman da sürecin sonlanmasına neden olmaktadır (Warwick, 1989; Welss, 2005).

2.12. Siberkondri ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi

Literatür incelendiğinde sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilere rastlanıldığı görülmeye karşın yürütülmüş çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir (Baumgartner ve Hartmann, 2011; Muse ve ark., 2012; Van der Waerden ve ark., 2015; Fergus ve Valentiner, 2010; Fergus, 2014). Siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin açıklanmasında artan sağlık kaygısı sonucunda bireyin rahatsızlık hislerinden kurtulmak adına çevrim içi sağlık bilgisi edinimi sürecine yönelerek, kendini yatıştırma ihtiyacı vurgulamaktadır (Starcevic ve ark., 2020).

Muse ve arkadaşları (2012) siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında, artan sağlık anksiyetesi sonucunda bireyin çevrim içi bilgi edinim sürecinin de arttığını gözlemlemiştir. Siberkondri, literatürde yeni yeni kendisine yer edinen bir kavramdır. Bazı araştırmacılar siberkondrinin, sağlık anksiyetesinin bir uzantısı olduğu görüşünde olmasına karşın literatürde net bir tanımlamadan söz edilmemektedir (Starcevic ve ark., 2012). Bu noktada söz konusu psikopatolojik unsurlar olduğunda sınırların geçişkenliğinden dolayı net bir tanımlamada bulunmanın kolay olmadığı ifade edilir (Starcevic, 2014).

Bilişsel davranışçı kuram perspektifinde değerlendirildiğinde sağlık anksiyetesine sahip bireylerin güven ihtiyaçları ile çevrimiçi bilgi edinim sürecine yöneldikleri ifade edilmektedir (Fergus, 2014). Yüksek sağlık anksiyetesine sahip bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin takıntılı düşünceleri olduğunu ifade eden araştırmacılar, bilgi edinim sürecinin de bir saplantı halini alabileceğine değinir (Fergus, 2014; Farrel ve ark., 2013; Nor ve ark., 2015).

2.13. Sağlık Anksiyetesi ve Acil Servis

Sağlık anksiyetesi bireyin bedensel semptomlarıyla (titreme, ateş, yanma hissi, terleme, baş-göğüs-karın ağrısı ya da uyuşma hissi) ortaya çıkmaktadır. Bu noktada birey; tüm bu semptomları fiziksel bir rahatsızlığın göstergesi olarak yorumlayarak sağlığının tehlike altında olduğuna yönelik bir inanç geliştirir (Taylor, 2014).

Bireyin hem bilişsel açıdan çarpıtılmış inançları hem de algılamakta oldukları fiziksel semptomlar sonucunda sıklıkla tıbbi hizmete başvurma girişimleri gözlemlenmektedir (Ekwall ve Sweden, 2013). Literatür incelendiğinde herhangi bir fiziksel rahatsızlığa sahip olmamasına karşın hastanelere ve sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin oranının yaklaşık olarak %20 ile %84 arasında olduğu görülmektedir (Krautwurst ve ark., 2016). Birey bedenindeki semptomları yanlış yorumlayarak, anksiyete düzeyini arttırmakta ve hayati bir tehlike ile sonuçlanmaması için de sıklıkla acil servislere başvurma girişiminde bulunmaktadır. Bu durumun sonucunda ise acil servislerde yoğunluk gözlemlendiği gibi sunulacak hizmetlerin yeterlilik düzeyi de olumsuz yönde etkilenmektedir (Köse ve ark., 2011; Ersel ve ark., 2006; İncesu ve ark., 2016).

Acil servislerin amacı hasta kişilere imkân dahilinde en hızlı şekilde hizmet sunmak ve öncelikli olarak hayati risk unsurunu temel alarak verilecek hizmetin aciliyet düzeyi ve bekleyecekleri süreyi belirlemektir. Bu nedenle aciliyet arz etmeyen rahatsızlıkların, acil servisleri meşgul etmeleri, ciddi semptomlar gösteren ya da hayati risk taşıyan hastalara ulaşımı kısıtlamaktadır (Ersel ve ark., 2006; İncesu ve ark., 2016).

Olatunji ve arkadaşlarının (2010) yürütmüş olduğu çalışma sonucunda acil servise başvuran bireylerin büyük bir çoğunluğunda kaygının tetikleyici rolü üstlendiği gözlemlenirken, hasta bireylerin %10'u ile %20'sinin doğrudan sağlık anksiyetesi deneyimlediği saptanmıştır.

Acil servise başvuran hastalar ile yürütülmüş farklı bir çalışmada da göğüs ağrısı semptomu taşıyan bireylere odaklanılmış ve bu bireylerin yaklaşık olarak %50'sinin sağlık anksiyetesi deneyimlediği gözlemlenmiştir (Musey ve ark., 2018).

Bir gün içerisinde acil servise başvuran hastaların semptomları baz alındığında bu semptomların büyük bir çoğunluğunun aciliyet gerektirmediği ifade edilmektedir (Köse ve ark., 2011). Bu nedenle sağlık anksiyetesine sahip bireylerin acil servisleri amacı dışında kullanarak meşgul ettikleri ve yoğunluk oluşturdıkları gözlemlenir. Acil servislere başvuran bireylerin sağlık anksiyetelerinin saptanmasıyla bu yoğunluğun azalacağı ve gerekli hizmetlerin sunulmasında aksaklık olmayacak ve aciliyet gerektiren durumlara müdahale de hızlanacaktır (Özlü ve ark., 2019).

2.14. Araştırmalar

Fox ve Duggan'ın (2013) Amerika'da yürüttükleri çalışmalarında yetişkin bireylerin herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk olarak evrimii bilgi arama eğilimlerinin katılımcıların %70'inde grldğu saptanırken %35'inin ise edindikleri bilgiler aracılığıyla kendilerini tanıladıkları görülmüştür.

White ve Horvits (2009) ise siberkondriya ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında bireyin internetten tıbbi bilgi arama sıklığı ile sağlık anksiyetesi düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Elciyar ve Taşçı (2017) alışmalarında artan siberkondri düzeyi ve doktora güven arasındaki ilişkiyi ele aldıklarında çevrim içi bilgi ediniminin, doktora güveni olumsuz yönde etkilemediğini saptamıştır.

Aygün'n (2021) sağlık problemine yönelik bilgi edinimini internet ortamında gerçekleştiren bireyler ile internetten bilgi edinmeyen bireyleri karşılaştırdığı çalışmasında, günlük internet kullanım süresi 4 ile 5 saat arasında değişim gösteren katılımcıların siberkondri düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır.

Güzel'in (2020) alışmasında ise araştırma örneklemini oluşturan kalp hastalarının, siberkondri düzeylerinin orta derecede olduğu görülürken, tedavi sürecine ilişkin bilgi edinimini internet aracılığıyla gerçekleştiren bireylerin siberkondri düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bedensel belirti bozukluğu ile hastalık kaygısı bozukluğunun siberkondri düzeyi ile ilişkisini ele alan Newby ve arkadaşları (2020) bilişsel davranışçı terapisinin etkinliğini değerlendiklerinde bireylerin semptomlarında azalmalar olduğunu gözlemlemiştir.

Yurt dışında yürütülen bir çalışmada bireylerin sağlık anksiyeteleri ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişki ele alındığında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilerin olduğu gözlenmiş olup, bireyin endişesini yatıştırmak adına evrimii sağlık bilgisi

aradığını ama bu arama sonucunda endişeli halin arttığına değinilmiştir (Baumgartner ve Hartmann, 2011).

İnternet bağımlılığı ile siberkondri arasındaki ilişkinin incelendiği farklı bir çalışmada ise internet bağımlılığının, siberkondriyi yordayıcı gücü saptanırken (Ivanova, 2013), sağlık anksiyetesinin siberkondri düzeyi ve tıbbi yardım arama girişimi arasında aracı rolü üstlendiği görülmüştür (Eastin ve Guinsler, 2006).

Artan anksiyete düzeyine paralel olarak siberkondri düzeyinin de arttığını gözlemleyen Muse ve arkadaşları (2012) bireylerin bu bilgi ediniminden sonra duygu durumlarının negatif yönde etkilendiğinin de altını çizmektedir.

Tüter (2019) ise bireyin internet kullanım süresinin, tıbbi yardım arama girişiminin ve internetten edindiği sağlıkla ilgili bilgilere güvenme oranının artmasıyla paralel olarak siberkondri düzeyinin de arttığını saptamıştır.

Doğan ve arkadaşları (2021) ise sağlık anksiyetesi, siberkondri ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmiştir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, acil serviste sarı ve yeşil alanlara başvuran hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Malatya ili merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim-Araştırma ve Devlet Hastaneleri ve Tokat ili merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastanesi ile yine aynı illerde kamuya bağlı üniversite hastanelerinde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini acil servisin yeşil ve sarı alanlarına kabul edilen hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemi ise, araştırmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 18 yaş ve üzeri 414 hasta oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olması
- Acil servisin yeşil ve sarı alanlarına başvurması
- Herhangi bir iletişim probleminin olmaması
- Hastanın Türkçe anlıyor ve konuşuyor olabilmesidir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu” (EK-1), “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)” (EK-2) ve “Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ)” (EK-3) kullanıldı.

3.4.1. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-1)

Tanıtıcı bilgiler formu; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, ortalama aylık gelir düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba mesleği, aile gelir düzeyini içeren sosyo-demografik özellikler ve herhangi bir sağlık personeli yakınının olup olmadığı gibi soruları yer almaktadır.

3.4.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) (EK-2)

Aydemir ve ark. (2013) Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmasını yaptıkları Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgulayan dördümlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise hastalardan, sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmelerini istemekte ve buna göre de sorgulama yapmaktadır. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği yüksek güvenilirlik katsayılarına sahiptir.

3.4.3. Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ) (EK-3)

Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Batıgün ve ark. Tarafından yapılan Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ) bireyin siberkondriya ya ilişkin duygusal, bilişsel ve davranışsal yatkınlığını değerlendirmede kullanılabilecek kültürümüze özgü, çok faktörlü, öz bildirime dayalı bir Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ) geliştirmek, geliştirilen bu ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek için uyarlanmıştır. Kaygıyı Artıran Faktörler (KARF): 9,10,11,12,13,14; Kompulsiyon/Hipokondri (K/H): 5,6,7,8,23,24; Kaygıyı Azaltan Faktörler (KAZF): 15,16,17,18,19; Doktor-Hasta Etkileşimi (DHE): 22,25,26,27*,28; İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı (İÖİK): 1,2,3,4,20,21dir. Toplam Puan: Ölçeğin tüm maddelerinin (27. madde hariç) toplam puanıdır. * 27. madde puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçekte ters kodlanan madde

bulunmamaktadır. Ölçek (“1=Hiçbir zaman”, “2=Nadiren”, “3=Ara sıra”, “4=Sık sık” ve “5=Her zaman”) olarak puanlanmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmanın evrenini Malatya ili merkezinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim-Araştırma ve Devlet Hastaneleri ve Tokat ili merkezinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Devlet Hastanesi ile yine aynı illerde kamuya bağlı üniversite hastaneleri acil servislerinde sarı ve yeşil alana başvuran hastalar oluşturdu. Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları 18- 65 yaş arası ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze uygulandı. Veri toplama araçları her bir hasta için 15 dakika süre ile hastanın tedavi süreci ve servisin yoğunluğu dikkate alınarak ve uygun görüşme zamanları planlanarak uygulandı. Araştırma grubu kriterlerine sahip hastalara araştırmanın amacı açıklanıp, sorulan sorular yanıtlanıp sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra veri toplama formları hastalara dağıtıldı ve hastaya en uygun olan ifadeleri işaretlemesi istendi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)” ve “Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ)”nden elde edilen puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bilgilerin elde edileceği 10 sorudan oluşan tanıtıcı bilgi formu araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 22 paket programı kullanılarak yapıldı. Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Cronbach’s Alpha değeri kullanıldı. Tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizleri kullanıldı. İki puan ortalamalarının karşılaştırılmasında “Bağımsız Gruplarda t Testi” ve “Mann Whitney U Testi” kullanıldı. İki den fazla puan ortalamasının karşılaştırılmasında “OneWayAnova”

ve “Kruskall Wallis” testi kullanıldı. Ölçümler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay alındı (Ek-4). Araştırmanın yapıldığı Malatya ili merkezinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim-Araştırma ve Devlet Hastaneleri ve Tokat ili merkezinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Devlet Hastanesi’nden kurum izni alındı. Ayrıca araştırma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak ve sordukları sorulara cevap verilerek sözlü onamları alındı. Hastalara araştırma sırasında toplanan verilerin gizlilik içerisinde işleneceğine ve bu araştırma dışında kullanılmayacağına ayrıca istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarına dair bilgi verildi. Araştırma insandan elde edilen verilerin kullanımına dayalı olduğundan kişisel hakların gözetilmesi gerekliliğinden konuyla alakalı etik prensiplerden “Bilgilendirilmiş Onam”, “Gönüllülük” ve “Gizliliğin Korunması” ilkelerine uyuldu. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden araştırma süresinde “İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu”na sadık kalındı.

4. BULGULAR

Araştırmada yer alan 414 katılımcının sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	315	76,1
	Erkek	99	23,9
Yaş	18-30 yaş arası	306	73,9
	31-43 yaş arası	86	20,8
	44-65 yaş arası	22	5,3
Medeni Durum	Evli	254	61,4
	Bekar	160	38,6
Çocuk Sayısı	Yok	290	70,0
	1-3 çocuk	124	30,0
Eğitim Durumu	Lise	80	19,3
	Lisans	301	72,7
	Lisansüstü	33	8,0
Gelir Durumu	Düşük	119	28,7
	Orta	59	14,3
	İyi	81	19,6
	Çok İyi	155	37,4
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	295	71,3
	Ortaokul	55	13,3
	Lise	46	11,1
	Lisans	18	4,3
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	199	48,1
	Ortaokul	85	20,5
	Lise	91	22,0
	Lisans	39	9,4
Ailenin Gelir Durumu	Düşük	52	12,6
	Orta	255	61,6
	İyi	107	25,8
Sağlık Personeli	Evet	303	73,2
Yakınınız Var mı	Hayır	111	26,8

Çalışmada yer alan katılımcıların %76,1'ini kadınlar %23,9'unu ise erkekler oluşturmakta olup yaş aralığı %73,9 oranında 18-30 arasında yer almaktadır. Katılımcıların %61,4'ü evli, evli olan katılımcıların %70'inin çocuğu yoktur. Eğitim durumuna bakıldığında %72,7'si lisans mezunu olup %37,4'ü gelir düzeyinin çok iyi olduğunu belirtmiştir. Anne-baba eğitim düzeyine bakıldığında anne eğitim düzeyinin

katılımcıların %71,3'ünde ilkokul, baba eğitim düzeyinin de %48,1 oranında ilkokul olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların aile gelir durumu %61,6 oranında orta ve %73,2'nin sağlıkçı bir yakını olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Siberkondriya Ölçeğinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Tablosu

Ölçek	Alt Boyutlar/Genel Toplam	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	ss
Sağlık Anksiyetesi	Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	0	40	13,20	6,519
	Hastalığın Olumsuz Sonuçları	0	12	3,43	2,376
	Genel Toplam	0	49	16,63	7,953
	Kaygıyı Artıran Faktörler	6	30	14,09	5,183
Siberkondriya	Kompulsiyon/Hipokondri	6	30	10,48	4,295
	Kaygıyı Azaltan Faktörler	5	25	12,47	4,053
	Doktor-Hasta Etkileşimi	5	25	12,20	4,030
	İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	6	30	16,62	5,329
	Genel Toplam	28	140	65,86	18,484

Katılımcıların Sağlık Anksiyete ölçeği toplam puan değeri $16,63 \pm 7,95$ olarak saptanmış olup alt boyut puan ortalamalarında elde edilen bulgulara Tablo 4.2'de yer verilmiştir.

Katılımcıların Siberkondriya ölçeği toplam puan değeri $65,86 \pm 18,48$ olarak saptanmış olup alt boyut puan ortalamalarında elde edilen bulgulara Tablo 4.2'de yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları için Normallik Varsayımının İncelenmesi

Değişkenler	Ortalama	Medyan	Eğiklik	Standart Hata	Basıklık	Standart Hata
Sağlık Anksiyetesi	16,63	16,00	0,961	0,120	0,885	0,239
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	13,20	12,50	0,992	0,120	1,070	0,239
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3,43	3,00	0,689	0,120	0,323	0,239
Kaygıyı Artıran Faktörler	14,09	14,00	0,315	0,120	-0,337	0,239
Kompulsiyon/Hipokondri	10,48	9,00	1,355	0,120	0,801	0,239
Kaygıyı Azaltan Faktörler	12,47	12,00	0,142	0,120	-0,079	0,239
Doktor-Hasta Etkileşimi	12,20	12,00	0,225	0,120	-0,170	0,239
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	16,62	16,00	0,288	0,120	-0,440	0,239
Siberkondriya	65,86	65,00	0,252	0,120	0,154	0,239

Çalışmada normallik varsayımı için basıklık ve eğiklik değerleri kullanılmış olup araştırmada kullanılan iki ölçeğinde normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.3)

Tablo 4.4. Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği İçin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

Ölçek/Alt Boyutlar	K	Cronbach Alfa
Sağlık Anksiyetesi	18	0,877
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	14	0,869
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	4	0,709
Kaygıyı Artıran Faktörler	6	0,857
Kompulsiyon/Hipokondri	6	0,847
Kaygıyı Azaltan Faktörler	5	0,782
Doktor-Hasta Etkileşimi	5	0,687
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	8	0,717
Siberkondriya	6	0,856

Çalışmada Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,87 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları olan bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı için 0,70 ve hastalık olumsuz sonuçları için 0,86 olarak saptanmıştır(Tablo 4.4).

Siberkondriya Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,85 olup alt boyutlarına ait Cronbach alfa değerleri 0,85 ile 0,68 arasında değişmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Cinsiyet Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	Ss	t	sd	P
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Kadın	315	13,76	6,375	3,141	412	0,002*
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Erkek	99	11,42	6,685			
	Kadın	315	3,47	2,422	0,683	412	0,495
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Erkek	99	3,28	2,227			
	Kadın	315	17,23	7,848	2,774	412	0,006*
Kaygıyı Artıran Faktörler	Erkek	99	14,71	8,021			
	Kadın	315	14,20	5,265	0,763	412	0,446
Kompulsiyon/Hipokondri	Erkek	99	13,75	4,925			
	Kadın	315	10,43	4,317	-0,366	412	0,715
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Erkek	99	10,62	4,244			
	Kadın	315	12,70	4,090	2,102	412	0,036*
Doktor-Hasta Etkileşimi	Erkek	99	11,73	3,859			
	Kadın	315	12,35	4,006	1,370	412	0,172
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Erkek	99	11,72	4,086			
	Kadın	315	17,00	5,333	2,595	412	0,010*
Siberkondriya Genel Toplam	Erkek	99	15,41	5,163			
	Kadın	315	66,69	18,374	1,633	412	0,103
	Erkek	99	63,22	18,676			

*p<0,05 *Bağımsız Örneklem t testi

Cinsiyet değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Bağımsız Örneklem t-testi ile incelendi.

Çalışma bulgularında katılımcıların cinsiyet değişkeni ile Sağlık anksiyete ölçeği toplam puanı ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup puan ortalamaları daha yüksekken ($p<0,05$) hastalığın olumsuz sonuçları alt boyuttan da ise istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma bulgularında katılımcıların cinsiyet değişkeni ile Siberkondriya ölçeği alt boyutları olan kaygıyı azaltan faktörler ve işlevsel olmayan internet kullanımında istatistiksel anlamlı fark saptanmış ($p<0,05$) olup toplam puan kadın katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Ancak Siberkondriya ölçeği toplam puanı ve diğer alt boyutlarında cinsiyet değişkeni ile istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Yaş Grupları için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Yaş Grupları	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	18-30 yaş arası	306	13,74	6,611	4,214	2 411	0,015*
	31-43 yaş arası	86	11,50	6,029			
	44-65 yaş arası	22	12,36	6,083			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	18-30 yaş arası	306	3,44	2,363	0,477	2 411	0,621
	31-43 yaş arası	86	3,50	2,289			
	44-65 yaş arası	22	2,95	2,903			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	18-30 yaş arası	306	17,18	7,978	2,853	2 411	0,049*
	31-43 yaş arası	86	15,00	7,679			
	44-65 yaş arası	22	15,32	7,978			
Kaygıyı Artıran Faktörler	18-30 yaş arası	306	14,06	5,166	0,187	2 411	0,830
	31-43 yaş arası	86	14,34	5,394			
	44-65 yaş arası	22	13,64	4,746			
Kompulsiyon/Hipokondri	18-30 yaş arası	306	10,41	4,305	0,475	2 411	0,622
	31-43 yaş arası	86	10,85	4,362			
	44-65 yaş arası	22	10,05	3,970			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	18-30 yaş arası	306	12,53	4,202	0,122	2 411	0,885
	31-43 yaş arası	86	12,31	3,774			
	44-65 yaş arası	22	12,27	2,979			
Doktor-Hasta Etkileşimi	18-30 yaş arası	306	12,20	4,026	0,001	2 411	0,999
	31-43 yaş arası	86	12,19	4,115			
	44-65 yaş arası	22	12,23	3,927			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	18-30 yaş arası	306	16,70	5,223	0,157	2 411	0,854
	31-43 yaş arası	86	16,47	5,798			
	44-65 yaş arası	22	16,14	5,083			
Siberkondriya Genel Toplam	18-30 yaş arası	306	65,89	18,482	0,087	2 411	0,916
	31-43 yaş arası	86	66,15	19,104			
	44-65 yaş arası	22	64,32	16,672			

*p<0,05 * Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Yaş grupları değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi.

Yaş grupları kategorilerine göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmış olup ($F(2,411)=2,853$) farklılığın 18-30 yaş aralığında yer alan katılımcılardan kaynaklandığı ve bu katılımcıların Ölçek genel toplam puan ortalamasının, 31-43 yaş aralığında ve 44-65 yaş aralığında olan kişilerin genel toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında ise Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık

ve Kaygı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmış olup ($F(2,411)= 4,214$; $p<0,05$) 18-30 yaş aralığında yer alan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları 31-43 yaş aralığında ve 44-65 yaş aralığında olan kişilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F(2,411)= 0,477$; $p>0,05$).

Yaş grupları kategorilerine göre Siberkondriya Ölçeği'nin ve ölçeğin alt boyutları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Medeni Durum Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Evli	254	13,74	6,087	4,662	2	0,010*
	Bekar	160	12,67	7,097			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Evli	254	3,41	2,349	0,246	2	0,782
	Bekar	160	3,49	2,412			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Evli	254	17,15	7,449	3,416	2	0,034*
	Bekar	160	16,16	8,660			
Kaygıyı Artıran Faktörler	Evli	254	14,00	4,972	0,139	2	0,871
	Bekar	160	14,27	5,580			
Kompulsiyon/Hipokondri	Evli	254	10,32	4,077	0,539	2	0,584
	Bekar	160	10,77	4,648			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Evli	254	12,56	4,138	0,143	2	0,866
	Bekar	160	12,33	3,908			
Doktor-Hasta Etkileşimi	Evli	254	11,95	3,886	1,246	2	0,289
	Bekar	160	12,59	4,231			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Evli	254	16,62	5,042	0,009	2	0,991
	Bekar	160	16,63	5,609			
Siberkondriya Genel Toplam	Evli	254	65,46	17,772	0,177	2	0,838
	Bekar	160	66,59	19,534			

* $p<0,05$ *Bağımsız Örneklem t testi

Medeni durum değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Bağımsız Örneklem t-Testi ile incelendi.

Medeni durum kategorilerine göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmış olup ($t(2,411)=$

3,416; $p<0,05$) evli olan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin genel toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında ise Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmış ($t(2,411)= 4,662$; $p<0,05$) ve evli olan katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş olup ölçeğin diğer alt boyutu olan Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($t(2,411)= 0,246$; $p>0,05$).

Tablo 4.8. Çocuk Sayısı Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Çocuk Sayısı	N	$\bar{x}$	Ss	t	sd	P
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Yok	290	13,50	6,074	1,415	412	0,158
	1-3 çocuk	124	12,51	7,437			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Yok	290	3,39	2,290	-0,464	412	0,643
	1-3 çocuk	124	3,51	2,574			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Yok	290	16,89	7,409	1,020	412	0,380
	1-3 çocuk	124	16,02	9,102			
Kaygıyı Artıran Faktörler	Yok	290	14,08	4,987	-0,110	412	0,912
	1-3 çocuk	124	14,14	5,636			
Kompulsiyon/Hipokondri	Yok	290	10,37	4,133	-0,791	412	0,429
	1-3 çocuk	124	10,73	4,661			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Yok	290	12,61	4,160	1,096	412	0,274
	1-3 çocuk	124	12,14	3,788			
Doktor-Hasta Etkileşimi	Yok	290	12,03	3,874	-1,310	412	0,191
	1-3 çocuk	124	12,60	4,363			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Yok	290	16,56	5,080	-0,328	412	0,743
	1-3 çocuk	124	16,75	5,891			
Siberkondriya Genel Toplam	Yok	290	65,65	17,781	-0,354	412	0,723
	1-3 çocuk	124	66,35	20,098			

* $p<0,05$ *Bağımsız Örneklem t testi

Çocuk sayısı değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Bağımsız Örnek t-Testi ile incelendi.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile Sağlık Anksiyete ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile Siberkondriya ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Eğitim Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Lise	80	13,18	7,662	0,314	2 411	0,731
	Lisans	301	13,11	6,058			
	Lisansüstü	33	14,06	7,656			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Lise	80	3,14	2,545	3,967	2 411	0,020*
	Lisans	301	3,39	2,267			
	Lisansüstü	33	4,48	2,706			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Lise	80	16,31	9,235	1,062	2 411	0,347
	Lisans	301	16,50	7,404			
	Lisansüstü	33	18,55	9,361			
Kaygıyı Artıran Faktörler	Lise	80	13,43	5,049	0,979	2 411	0,377
	Lisans	301	14,20	5,186			
	Lisansüstü	33	14,73	5,479			
Kompulsiyon/Hipokondri	Lise	80	10,24	3,763	0,835	2 411	0,435
	Lisans	301	10,45	4,333			
	Lisansüstü	33	11,36	5,116			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Lise	80	11,81	3,715	1,334	2 411	0,265
	Lisans	301	12,64	4,143			
	Lisansüstü	33	12,48	3,962			
Doktor-Hasta Etkileşimi	Lise	80	12,11	4,357	0,384	2 411	0,681
	Lisans	301	12,16	3,881			
	Lisansüstü	33	12,79	4,595			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Lise	80	16,35	5,849	0,479	2 411	0,620
	Lisans	301	16,60	5,147			
	Lisansüstü	33	17,42	5,734			
Siberkondriya Genel Toplam	Lise	80	63,94	17,923	0,863	2 411	0,423
	Lisans	301	66,05	18,280			
	Lisansüstü	33	68,79	21,565			

* $p<0,05$

Eğitim durumu değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya leği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi.

Katılımcıların eğitim düzeyi ile Sağlık Anksiyete leği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Katılımcıların eğitim düzeyi ile Siberkondriya leği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).



Tablo 4.10. Gelir Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Düşük	119	14,81	6,645	3,526	3 410	0,015*
	Orta	59	12,85	5,601			
	İyi	81	12,30	6,497			
	Çok İyi	155	12,57	6,597			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Düşük	119	3,40	2,282	0,044	3 410	0,988
	Orta	59	3,41	2,443			
	İyi	81	3,37	2,667			
	Çok İyi	155	3,48	2,280			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Düşük	119	18,21	7,999	2,501	3 410	0,047*
	Orta	59	16,25	7,099			
	İyi	81	15,67	8,085			
	Çok İyi	155	16,05	8,052			
Kaygıyı Artıran Faktörler	Düşük	119	14,17	5,075	0,395	3 410	0,756
	Orta	59	13,63	4,683			
	İyi	81	13,80	5,180			
	Çok İyi	155	14,37	5,469			
Kompulsiyon/Hipokondri	Düşük	119	10,48	4,242	0,178	3 410	0,911
	Orta	59	10,51	4,023			
	İyi	81	10,75	4,888			
	Çok İyi	155	10,32	4,137			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Düşük	119	12,53	3,868	0,859	3 410	0,462
	Orta	59	11,69	4,248			
	İyi	81	12,65	4,075			
	Çok İyi	155	12,63	4,111			
Doktor-Hasta Etkileşimi	Düşük	119	11,67	3,873	1,029	3 410	0,379
	Orta	59	12,59	4,438			
	İyi	81	12,27	3,863			
	Çok İyi	155	12,42	4,069			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Düşük	119	16,96	5,391	0,363	3 410	0,780
	Orta	59	16,86	5,649			
	İyi	81	16,30	5,061			
	Çok İyi	155	16,43	5,327			
Siberkondriya Genel Toplam	Düşük	119	65,81	17,345	0,034	3 410	0,992
	Orta	59	65,29	17,507			
	İyi	81	65,78	19,016			
	Çok İyi	155	66,17	19,550			

*p<0,05

Gelir durumu değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi.

Katılımcıların gelir durumuna göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($F(3,410)=2,501$; $p<0,05$) farklılığı yaratan grubun gelir durumu düşük olan katılımcılar olduğu saptanmıştır. Gelir durumu düşük olan katılımcıların toplam puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10). Katılımcıların gelir durumu ile Sağlık anksiyete ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; Ölçeğin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($F(3,410)=3,526$; $p<0,05$) farklılığı oluşturan grubun gelir durumu düşük olan katılımcılar olduğu belirlenmiştir. Buna göre gelir durumu düşük olan katılımcıların alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin bir diğer alt boyutu olan Hastalığın Olumsuz Sonuçları puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F(3,410)=0,044$; $p>0,05$).

Katılımcıların gelir durumlarıyla Siberkondriya ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Anne Eğitim Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Anne Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	İlkokul	295	13,21	6,231	0,986	3 410	0,399
	Ortaokul	55	12,67	6,955			
	Lise	46	12,85	8,039			
	Lisans	18	15,61	5,370			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	İlkokul	295	3,43	2,345	0,326	3 410	0,807
	Ortaokul	55	3,25	2,459			
	Lise	46	3,39	2,646			
	Lisans	18	3,89	1,997			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	İlkokul	295	16,64	7,601	0,961	3 410	0,411
	Ortaokul	55	15,93	8,324			
	Lise	46	16,24	9,985			
	Lisans	18	19,50	6,519			
Kaygıyı Artıran Faktörler	İlkokul	295	13,86	5,250	0,749	3 410	0,524
	Ortaokul	55	14,89	4,995			
	Lise	46	14,39	4,906			
	Lisans	18	14,67	5,423			
Kompulsiyon/Hipokondri	İlkokul	295	10,32	4,064	0,935	3 410	0,424
	Ortaokul	55	11,31	4,729			
	Lise	46	10,30	5,120			
	Lisans	18	11,00	4,366			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	İlkokul	295	12,42	3,943	0,354	3 410	0,786
	Ortaokul	55	12,95	4,416			
	Lise	46	12,17	4,181			
	Lisans	18	12,61	4,591			
Doktor-Hasta Etkileşimi	İlkokul	295	12,10	3,993	0,279	3 410	0,841
	Ortaokul	55	12,60	4,076			
	Lise	46	12,26	4,364			
	Lisans	18	12,50	3,839			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	İlkokul	295	16,52	5,167	0,250	3 410	0,862
	Ortaokul	55	17,11	5,688			
	Lise	46	16,50	5,860			
	Lisans	18	17,11	5,779			
Siberkondriya Genel Toplam	İlkokul	295	65,22	17,641	0,673	3 410	0,569
	Ortaokul	55	68,85	20,528			
	Lise	46	65,63	20,643			
	Lisans	18	67,89	20,271			

*p<0,05

Anne eğitim durumu değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi.

Katılımcıların anne eğitim düzeyi durumlarıyla Sağlık anksiyete ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.11).

Katılımcıların anne eğitim düzeyi durumlarıyla Siberkondriya ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Baba Eğitim Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Baba Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	Sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	İlkokul	199	13,64	7,233	0,638	3 410	0,591
	Ortaokul	85	12,91	5,378			
	Lise	91	12,59	5,907			
	Lisans	39	13,00	6,366			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	İlkokul	199	3,48	2,447	0,369	3 410	0,776
	Ortaokul	85	3,33	2,432			
	Lise	91	3,27	2,103			
	Lisans	39	3,69	2,536			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	İlkokul	199	17,13	8,833	0,605	3 410	0,612
	Ortaokul	85	16,24	6,589			
	Lise	91	15,87	7,165			
	Lisans	39	16,69	7,760			
Kaygıyı Artıran Faktörler	İlkokul	199	14,10	5,320	0,341	3 410	0,796
	Ortaokul	85	13,69	4,860			
	Lise	91	14,21	5,240			
	Lisans	39	14,67	5,152			
Kompulsiyon/Hipokondri	İlkokul	199	10,62	4,555	0,179	3 410	0,911
	Ortaokul	85	10,34	3,924			
	Lise	91	10,26	4,011			
	Lisans	39	10,56	4,471			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	İlkokul	199	12,49	3,931	0,007	3 410	0,999
	Ortaokul	85	12,49	3,966			
	Lise	91	12,44	4,517			
	Lisans	39	12,41	3,864			
Doktor-Hasta Etkileşimi	İlkokul	199	12,30	4,106	0,388	3 410	0,761
	Ortaokul	85	11,79	3,805			
	Lise	91	12,37	4,250			
	Lisans	39	12,21	3,658			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	İlkokul	199	16,61	5,340	0,139	3 410	0,937
	Ortaokul	85	16,69	5,449			
	Lise	91	16,77	5,275			
	Lisans	39	16,13	5,317			
Siberkondriya Genel Toplam	İlkokul	199	66,12	18,478	0,076	3 410	0,973
	Ortaokul	85	65,01	17,405			
	Lise	91	66,05	19,629			
	Lisans	39	65,97	18,705			

* $p<0,05$

Baba eğitim durumu değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi.

Katılımcıların baba eğitim düzeyi durumlarıyla Sağlık anksiyete ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Katılımcıların baba eğitim düzeyi durumlarıyla Siberkondriya ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Ailenin Gelir Durumu Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Ailenin Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	Sd	p
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Düşük	52	13,98	6,304	0,763	2 411	0,467
	Orta	255	12,91	5,802			
	İyi	107	13,52	8,073			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Düşük	52	4,35	2,700	6,294	2 411	0,002*
	Orta	255	3,15	2,180			
	İyi	107	3,64	2,537			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Düşük	52	18,33	7,994	3,116	2 411	0,042*
	Orta	255	16,05	7,061			
	İyi	107	17,17	9,679			
Kaygıyı Artıran Faktörler	Düşük	52	14,62	5,202	0,941	2 411	0,391
	Orta	255	13,82	4,842			
	İyi	107	14,50	5,915			
Kompulsiyon/Hipokondri	Düşük	52	10,75	4,149	1,941	2 411	0,145
	Orta	255	10,16	3,966			
	İyi	107	11,10	5,024			
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Düşük	52	12,98	3,873	0,542	2 411	0,582
	Orta	255	12,35	3,875			
	İyi	107	12,52	4,544			
Doktor-Hasta Etkileşimi	Düşük	52	12,56	4,235	0,856	2 411	0,426
	Orta	255	12,00	3,865			
	İyi	107	12,51	4,310			
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Düşük	52	17,17	5,597	1,763	2 411	0,173
	Orta	255	16,23	5,072			
	İyi	107	17,27	5,744			
Siberkondriya Genel Toplam	Düşük	52	68,08	17,920	1,673	2 411	0,189
	Orta	255	64,55	16,957			
	İyi	107	67,91	21,838			

* $p<0,05$

Ailenin gelir durumu değişkeni için katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi.

Katılımcıların aile gelir durumuna göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($F(2,411)= 3,116$; $p<0,05$) farklılığı yaratan grubun aile gelir durumu düşük olan katılımcılar olduğu saptanmıştır. Aile gelir durumu düşük olan katılımcıların toplam puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14). Katılımcıların gelir durumu ile Sağlık anksiyete ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; Ölçeğin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($F(2,411)= 6,294$; $p<0,05$) farklılığı oluşturan grubun aile gelir durumu düşük olan katılımcılar olduğu belirlenmiştir. Buna göre gelir durumu düşük olan katılımcıların alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin bir diğer alt boyutu olan Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F(2,411)= 0,763$; $p>0,05$).

Katılımcıların aile gelir durumlarıyla Siberkondriya ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Sağlık Personeli Yakınınız Var mı Değişkeni için Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Yakınınız Var mı	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	P
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Evet	303	13,17	6,736	-0,166	412	0,868
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Hayır	111	13,29	5,912			
Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam	Evet	303	3,40	2,369	-0,364	412	0,716
Kaygıyı Artıran Faktörler	Hayır	111	3,50	2,404			
Kompulsiyon/Hipokondri	Evet	303	16,57	8,152	-0,245	412	0,807
Kaygıyı Azaltan Faktörler	Hayır	111	16,78	7,415			
Doktor-Hasta Etkileşimi	Evet	303	13,95	5,256	-0,910	412	0,363
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	Hayır	111	14,48	4,983			
Siberkondriya Genel Toplam	Evet	303	10,44	4,415	-0,333	412	0,739
	Hayır	111	10,59	3,967			
	Evet	303	12,53	4,206	0,500	412	0,617
	Hayır	111	12,31	3,618			
	Evet	303	12,22	4,044	0,199	412	0,842
	Hayır	111	12,14	4,008			
	Evet	303	16,45	5,438	-1,090	412	0,276
	Hayır	111	17,09	5,014			
	Evet	303	65,59	19,182	-0,493	412	0,622
	Hayır	111	66,60	16,485			

* $p<0,05$

Katılımcıların Sağlık personeli yakını olması durumlarıyla Sağlık anksiyete ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Katılımcıların Sağlık personeli yakını olması durumlarıyla Siberkondriya ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.12).

Tablo 4.15. Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondriya Ölçeği'nin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Tablosu

Ölçek	Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Sağlık Anksiyetesi Genel Toplam
Kaygıyı Artıran Faktörler	0,494***	0,348***	0,511***
Kompulsiyon/Hipokondri	0,573***	0,449***	0,604***
Kaygıyı Azaltan Faktörler	0,294***	0,200***	0,300***
Doktor-Hasta Etkileşimi	0,371***	0,273***	0,386***
İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı	0,527***	0,356***	0,539***
Siberkondriya Genel Topla	0,570***	0,408***	0,589***

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kaygıyı Artıran Faktörler alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r= 0,494$; $p<0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kompulsiyon/Hipokondri alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r= 0,573$; $p<0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kaygıyı Azaltan Faktörler alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r= 0,294$; $p<0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Doktor-Hasta Etkileşimi alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r= 0,371$; $p<0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan

ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,527$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,570$; $p < 0,001$.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kaygıyı Artıran Faktörler alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r = 0,348$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kompulsiyon/Hipokondri alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,449$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kaygıyı Azaltan Faktörler alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r = 0,200$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Doktor-Hasta Etkileşimi alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r = 0,273$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r = 0,356$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyut toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,448$; $p < 0,001$.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kaygıyı Artıran Faktörler alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,511$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Bedensel genel toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kompulsiyon/ Hipokondri alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki vardı; $r = 0,604$; $p < 0,001$. Sağlık

Anksiyitesi Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Kaygıyı Azaltan Faktörler alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r = 0,300$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyitesi Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin Doktor-Hasta Etkileşimi alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardı; $r = 0,386$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyitesi Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı alt boyut toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,539$; $p < 0,001$. Sağlık Anksiyitesi Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması ile Siberkondriya Ölçeğinin genel toplam puan ortalaması puanları arasında istatistiki olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardı; $r = 0,589$; $p < 0,001$.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı doğrultusunda, acil servislerde sarı ve yeşil alanlara başvuran hastaların sağlık anksiyitesi düzeyleri ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Siberkondri ve sağlık anksiyitesi ile ilgili araştırmaların kısıtlılığına ek olarak acil servise başvuran hastalardan oluşan bir örneklem ile çalışılan bu araştırma sonucunda elde edilen bulguların ilgili alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmekle birlikte bu perspektifte elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Acil servisler her türden hasta ve yaralı bireylerin günün 24 saati boyunca tedavi edildiği bir hastane birimidir (Yalçın, 2021). Triyaj, acil servis hizmetine başvuran bütün hastaların şikayetleri ve gösterdikleri semptomlar ve bu semptomların şiddeti ile var olan durumun aciliyeti baz alınarak eğitim almış sağlık personelleri ya da doktorlar tarafından uygulanan öncelik belirleme sürecidir. Triyaj sürecinde sağlık hizmeti sunulacak olan kişi sayısı arttıkça öncelik verilecek aciliyet arz eden hastaların belirlenmesi sonucunda verilen hizmet sırası belirlenmektedir (Özyurt ve ark., 2020; Uzun, 2016).

Trijaj alanları kırmızı, sarı ve yeşil alanları içermektedir. Bu renkler hastanın önceliğini ve aciliyetini temsil etmektedir. Kırmızı alana hayatı tehdit eden ve acil müdahaleye ihtiyacı olan hastalar yönlendirilirken, yeşil alana diğer polikliniklere

başvurması gereken hastalar, sarı alana ise acil serviste değerlendirilmesi, muayenesi ve tedavisi gereken hastalar yönlendirilmektedir (Elciyar ve Taşçı, 2017). Bu nedenle triyaj sürecinde değerlendirme yapan uzmanın kendisine sunulan kısa ve sınırlı bilgiler ile bir değerlendirme yapmasında deneyimli olması gerekmektedir (Elciyar ve Taşçı, 2017; Aygün, 2021).

Hastalığın ne olduğundan bağımsız olarak bireyin duygusal, psikolojik, sosyal ve biyolojik perspektifte olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Özellikle fiziksel rahatsızlıkların hem hasta bireyi hem de bireyin yakın çevresini de etkilediğine değinen çalışmacılar, psikolojik sağlık ve sağlamlık üzerindeki açıklayıcı etkilerine dikkat çekerek kaygıyı tetikleyici bir faktör olduğuna değinmektedir. Bireyin fiziksel rahatsızlığı; özgüven düzeyinde, kendilik algısında, diğerleriyle olan ilişkilerinde ve sosyal statüsünde olumsuz etkisini gösterebilmektedir (Elciyar ve Taşçı, 2017; Gerolimos ve Edelstein, 2012).

Bireyin kendisinin hasta olduğuna ilişkin endişelenmesi olağan bir durumdur ve normal olarak değerlendirilmektedir ancak sağlık anksiyetesi, herhangi bir rahatsızlık söz konusu olmadan bireyin hastalığa ilişkin düşünceleri var etmesiyle, gelecekte var olacağına ilişkin bir hastalık düşüncesi oluşturması sonucunda fizyolojik belirtilerini yanlış yorumlamasıyla bir tehdit algısı oluşturması sonucunda hastalığın kendisinde olduğunu ve hastalığın kötü sonuçlar doğuracağına ilişkin algı ve düşünceleri olarak tanımlanmaktadır (Özyıldız ve Alkan, 2022; Nadeem ve ark., 2022). Sağlık anksiyetesi geçmiş rahatsızlıklardan da temel alabildiği gibi geçmiş hastalık öyküsüne ait belirtilerin çarpıtılarak yorumlanması sonucu yaşamın geneline yayılım göstererek hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve uzman görüşünün herhangi bir hastalık olmadığını belirttiği durumlarda dahi bu çarpık düşüncelerin değişmemesiyle sonuçlanmaktadır (Nadeem ve ark., 2022).

Birey uzman doktorun kendisinde var olduğunu düşündüğü hastalığı saptayamadığını düşünerek hasta olduğuna ilişkin inancında devamlılık sağlamaktadır. Özellikle günümüzde internet kullanımının yoğunlaşması ve her türlü bilgiyi içeriğinde barındırması sonucunda sağlık anksiyetesine sahip bireylerin, uzmanların görüşünü yeterli bulmadıklarında başvurdukları araştırma ve tanılama yolu olarak internet kullanımına yöneldikleri görülmektedir (Gandla ve ark., 2021; Bajcar ve Babiak, 2021).

“Siberkondri” olarak adlandırılan bu kavram, çevrimiçi tıbbi bilgi için sık ve tekrarlayan arama ile karakterize edilir ve sağlıkla ilgili endişeli düşünce ve duygular olarak adlandırılmaktadır (Altındış ve ark., 2018).

Çalışmanın örneklemini oluşturan katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde 414 katılımcının 315’inin (%76,1) kadın, 99’unun (%23,9) ise erkek olduğu görülmektedir. Cinsiyet değişkeninin sağlık anksiyetesinin düzeyini belirlemedeki etkisi çalışma kapsamında ele alınmış olmakla birlikte örneklemin cinsiyet açısından dağılımında acil servise başvuranların büyük bir çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nden aldıkları puanlar incelendiğinde hem ölçeğin toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda kadın katılımcıların anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenirken, ölçeğin hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda kadın ve erkek katılımcıların farklılaşmadığı gözlemlenmiştir. Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ile sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin ilişkisini ele alan Yalçın’ın (2021) çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak kadın ve erkek katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma gözlemlenmemiştir. Benzer şekilde; Doherty ve arkadaşları (2016) ise sağlıkla ilgili endişelerde cinsiyeti bir belirleyici olmadığını vurgularken, Noyes ve arkadaşları (2002) ise yürüttükleri çalışma sonucunda kadın ve erkeklerin sağlık anksiyete düzeylerinin eşit olduğunu bulgulamıştır. Çalışmamızla paralel olarak; Li ve Graham (2017) yürüttükleri çalışmada cinsiyet değişkeninin sağlık anksiyete düzeyinde anlamlı farklılığa sebebiyet verdiği bulgularken bu anlamlı farklılığın kadın katılımcıların puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığını gözlemlemiştir. Yürütülmüş farklı çalışmalar değerlendirildiğinde genel olarak kadınların sağlık anksiyete düzeyinin yüksek olduğunun belirlenmesi çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Janzen, 2014; Macswain ve ark., 2009; Bridou ve Aguerre, 2013; Remes ve ark., 2016; Marcus ve Church, 2003). İlgili alan yazın incelendiğinde cinsiyetin sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisine ilişkin genel bir kanı olmamasına karşın bu çalışmada da gözlemlenen kadın katılımcıların anlamlı derecede yüksek puanlar elde ettiği çalışmalara daha sık rastlanıldığı görülmektedir.

Cinsiyet değişkeninin siberkondriya düzeyine etkisi değerlendirildiğinde Siberkondriya Ölçeği’nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler,

kompulsiyon/hipokondri ve doktor-hasta etkileşimi alt boyutlarında kadın ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının anlamlı derecede farklılaşmadığı gözlemlenirken, kaygıyı azaltan faktörler ve işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutların kadın katılımcıların, erkek katılımcılardan daha yüksek puanlar elde ettikleri saptanmıştır. Kaygı taşıdığı süre boyunca varlığını koruduğunda bireyin kendisini hasta hissetmesine sebebiyet veren bir unsur olarak değerlendirildiğinde, kadınların kaygıyı azaltma konusunda erkeklerden daha başarılı olduğu söylenebilir. Ancak, kadın katılımcıların internet kullanımında da anlamlı derecede yüksek puanlar elde etmesi, hastalığa ilişkin bilgi edinim konusunda işlevsel olmayan tutumlarında devamlılığı da yordayabilir. Buna karşın, Yalçın (2021) ise siberkondri düzeyinde cinsiyetin etkisini değerlendirdiğinde kadın ve erkek katılımcıların farklılaşmadıklarını gözlemlerken, Tüter (2019) kadınların siberkondriya düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu bulgulamıştır. İlgili alan yazın incelendiğinde cinsiyetin siberkondri düzeyinde anlamlı bir etkisi olmadığını saptayan çalışmaların sayıca fazla olduğu görülmektedir (Özyurt ve ark., 2020; Uzun, 2016; Altındış ve ark., 2018; Elciyar ve Taşçı 2017; Aygün 2021). Bu çalışmada Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanı baz alındığında cinsiyetin anlamlı bir etkisinin gözlemlenmemesi literatür ile uyumlu olmakla birlikte ölçeğin alt boyutlarının da ele alınması bu çalışmanın alt boyutlar kapsamında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada yaş faktörünün sağlık anksiyetesi ve siberkondriya düzeyinde etkili olabileceği düşünülerek yaş faktörü 3 alt gruba ayrıştırılarak analiz edilmiştir. Bu gruplar 18 ile 30 yaş aralığında 306 kişi(%73,9), 31 ve 43 yaş arası 86 kişi (%20,8) ve 44 ile 65 yaş arası 22 kişiden (%5,3) oluşmaktadır. Yaş grupları kategorilerine göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar karşılaştırıldığında ölçeğin genel toplam puanında ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda 18 ile 30 yaş arasında olan katılımcıların anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları görülürken, hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda yaş faktörünün anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir. İlgili alan yazın incelendiğinde yaş değişkenini ele alan kısıtlı çalışmanın olduğu görülmekle birlikte Gerolimatos ve Edelstein'in (2012) ve Yalçın'ın (2021) çalışmalarında yaş faktörünün anlamlı bir etkisine rastlanılmamıştır. Yaş ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde çalışmaların sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmekle birlikte çalışma sayısının artmasına da ihtiyaç olduğu

açıktır. Yaş grupları perspektifinde siberkondriya düzeyi değerlendirildiğinde Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarda da 18 ile 30 yaş, 31 ve 43 yaş ve 44 ile 65 yaş aralığındaki katılımcıların anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür. McMullan ve arkadaşları (2019) genç bireylerin internet kullanımının yoğun olmasından dolayı her türlü konuda bilgi edinmek için internete başvurdıklarının onları rahatlatıcı bir unsur olduğuna dikkat çekerken, artan yaşla birlikte bilgi ediniminin ise sağlık kaygısını tetiklediğini belirtmektedir. Bazı araştırmacılar ise genç bireylerin internet kullanımının daha yoğun olduğunu belirterek siberkondri düzeyleri ile paralel seyrettiğini ve bu nedenle genç bireylerin siberkondri düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu bulgulayan çalışmalara rastlanılmaktadır (Uzun, 2016; Lewis, 2006). Bu çalışmada herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanılmamasının sebebi olarak tüm katılımcıların acil servise başvuran bireyler olması gösterilebileceği gibi katılımcıların büyük bir çoğunluğunun 18 ile 30 yaş aralığında olmasının da sonuçlar üzerinde etkili olabileceği öngörülmektedir. Literatürde katılımcıların medeni durumlarının kaygı düzeyinde etkili olduğuna ilişkin bulgulara sıklıkla rastlanılmaktadır. Ancak söz konusu sağlık anksiyetesi ve siberkondri olduğunda bu konulara odaklı çalışmaların kısıtlı olduğu görülmekle birlikte medeni durumun sağlık anksiyetesi ve siberkondriya düzeyinde belirleyici etkisinin olup olmadığını belirlemek adına çalışma kapsamında üç alt gruba ayrıştırılarak incelenmiştir. Bu grupları oluşturan 254 katılımcı (%61,4) evli, 160 katılımcı bekar (%38,6) olduğu görülmektedir. Medeni durum ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puanında ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda evli katılımcıların, bekar katılımcılardan anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenirken, hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda medeni durumun anlamlı etkisine rastlanılmamıştır. Yalçın'ın (2021) çalışmasında da medeni durumun evli, bekar ve boşanmış olmak üzere üç gruba ayrıldığı görülmekle birlikte bu çalışmadan farklı olarak örneklemin büyük çoğunluğunun bekar olduğu gözlemlenmiş olup Yalçın (2021) evli, bekar ve boşanmış katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin anlamlı derecede farklılaşmadığını saptamıştır. Hacıömeroğlu (2022) ise sağlık anksiyetesi ve siberkondriya ilişkisini öğretmenlerden oluşan örneklem üzerinde

yürütmüş olup evli ve bekar öğretmenlerin sağlık anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede farklılaşmamasına karşın, evli öğretmenlerin puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamıştır. Beyoğlu'nun (2019) kronik hastalığa sahip olan ve kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin sağlık anksiyetesini ele aldığı bir çalışmada ise medeni durumun anlamlı bir etkisine rastlanmamıştır. Esen ve arkadaşları (2018) sigara bırakma polikliniklerine başvuran bireylerle yürüttükleri medeni durum ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, medeni durumun anlamlı bir etkisini saptamamıştır. İlgili alan yazın incelendiğinde, sağlık anksiyetesini ele alan çalışma sayısının görece az olmasına ek olarak medeni durumun anlamlı etkisine rastlanılmadığının gözlemlenmesi, çalışma sonuçlarıyla uyum göstermemektedir. Bu durumun bir sebebi olarak katılımcıların medeni durum fark etmeksizin acil servise başvuran bireylerde örneklemin büyük bir çoğunluğunun evli olması da etkili olabilir. Evli, bekar katılımcıların siberkondriya düzeyleri ele alındığında ise Siberkondriya Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında medeni durumun anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir. Çalışmamızla benzer olarak, Güzel de (2020) kalp rahatsızlığı olan katılımcılar ile yürüttüğü çalışmada medeni durumun siberkondriya düzeyinde farklılaşmaya sebebiyet vermediğini bildirmiştir. Aynı şekilde, Altındış ve arkadaşlarının (2019) Sakarya ilinde yürüttükleri üniversite çalışanlarının siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin ilişkisini ele aldıkları çalışmalarında ve Uzun'un (2016) üniversite çalışanlarının siberkondri düzeylerini ele aldığı çalışmada medeni durumun anlamlı bir etkisinin gözlemlenmemesi bu çalışmanın sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Tüter (2019) ise evli, bekar ve boşanmış bireylerin siberkondria düzeylerinin farklılaştığını gözlemlerken, bu farklılığın bekar katılımcıların puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olmasından kaynaklandığını bulgulamıştır. İlgili literatürün medeni durumun siberkondriya üzerindeki etkisini ele alan çalışmalar konusunda kısıtlı olduğu görülmekle birlikte elde edilen verileri destekleyecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yürütülen bu çalışmada katılımcıların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde 290 katılımcının (%70,0) çocuğu olmadığı gözlemlenirken, 124 katılımcının (%30,0) 1 ile 3 arasında çocuğu olduğu görüldü. Çocuk sayısı değişkeni için katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri incelendiğinde çocuğu olmayan ve 1-3

çocuk arası çocuğa sahip olan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı hem de hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında da anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür. İlgili alan yazın incelendiğinde demografik bilgi formlarında yer almasına karşın çocuk sahibi olma durumunun sağlık anksiyetesi ile olan ilişkisinin yeterince analiz edilmediği görülmektedir. Bu durum elde edilen sonuçların karşılaştırılabilirliğini kısıtlamasına karşın bulguların literatüre bir katkısı olarak da değerlendirilebileceği gibi gelecek çalışmalarla desteklenmesi beklenmektedir. Çocuğu olmayan ve 1-3 çocuk arası çocuğa sahip olan katılımcıların siberkondriya düzeyleri ele alındığında ise Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında farklılaşmadıkları gözlemlenmiştir. Efendioğlu'nun (2022) siberkondride koronavirüs anksiyetesi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkini ele aldığı çalışmasında katılımcıların 108'inin çocuk sahibi olduğu ve 224'ünün ise çocuk sahibi olmadığı görülmesine karşın çocuk sayısı ele alınmamıştır. Efendioğlu'nun (2022) da katılımcıların siberkondriya düzeylerinin çocuk sahibi olma durumları ilişkili olmadığını belirlemesi çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermektedir. İlgili alan yazında çocuk sahibi olmanın ya da olmamanın sağlık anksiyetesi ve siberkondriya düzeyi ile ilişkisini ele alan çalışmaların kısıtlı olması ya da hiç olmamasına karşın bu çalışmada ilgili değişkene yer verilmesinin sebebi çocuklarının anne ve babasını kaybetmelerine yönelik ebeveynlerin kaygılanabileceği ve çocuk sahibi olmakla birlikte artan sorumluluk algısının, hastalık ve ölüm gibi endişeleri tetikleyici bir güç olabileceğini düşünülmesidir. Araştırma örneklemini oluşturan katılımcıların eğitim durumları ele alındığında 80 kişinin (%19,3), lise, 301 kişinin (%72,7) lisans ve 33 kişinin (%8,0) ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim durumu değişkeni için katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puanında ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda eğitim durumunun anlamlı bir etkisine rastlanılmamasına karşın, hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda lisansüstü mezunu olan kişilerin, lise ve lisans mezunu olan kişilerden anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir. Kalmaz'ın (2022) kronik hastalığı olan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile ilişkisini ele aldığı çalışmasında da

eğitim seviyesi ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamış olmasına karşın eğitim seviyesi arttıka alınan puanların da arttığı görülmüştür. Bu çalışmada da lisansüstü mezunlarının hastalığın olumsuz sonuçlarına odaklanma konusunda anlamlı derecede yüksek puanlar almaları, hastalıklara ilişkin bilgi birikimleri ve bilgi edinimleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. İlgili alan yazın incelendiğinde Beyoğlu (2019) eğitim seviyesi ile sağlık anksiyetesi arasında negatif yönlü ilişkiler olduğunu saptarken, Esen ve arkadaşları ise (2018) eğitim durumunun sağlık anksiyetesinde anlamlı farklılık yaratmadığını gözlemlemesi çalışmamız sonuçları ile uyum göstermektedir. Katılımcıların eğitim seviyelerinin siberkondriya düzeylerine etkisi değerlendirildiğinde Siberkondriya  l eği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve  l eğinin işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında da lise, lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların anlamlı derecede farklılaşmadıkları gözlemlenmiştir. Kalmaz (2022) ise yapmış olduğu çalışma sonucunda kronik bir rahatsızlığa sahip bireylerin eğitim durumunun siberkondriya üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını gözlemlerken, kronik bir rahatsızlığı olmayan katılımcılarda eğitim seviyesi düştükçe siberkondriya düzeyinin arttığını gözlemlemiştir. Tüter (2019) lisans mezunlarının siberkondriya düzeylerinin lise ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğunu bulgularken, Güleşen (2019) lise üstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların yüksek puanlar aldıklarını saptamıştır. İlgili alan yazın incelendiğinde elde edilen sonuçların farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılığın sebebi, örneklem farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi sıklıkla artan eğitim seviyesine paralel olarak teknoloji kullanımının, bilgi seviyesinin ve bilgiye ulaşım yollarının arttığını belirten çalışmacılar, artan eğitim seviyesi ve siberkondriya düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğuna dikkat çekmektedir (Starcevic ve Berle, 2015; Lewis, 2006;  zyurt ve ark., 2020).

Bu araştırma kapsamında sadece katılımcıların eğitim seviyesine odaklanılmamakla birlikte katılımcıların anne ve babalarının da eğitim seviyelerinin sağlık anksiyeteleri ve siberkondriya düzeylerinde etkili olabileceği düşünülerek, çalışmaya dahil edilmiştir. Aynı zamanda bu demografik değişkenlere yer veren herhangi bir çalışmaya rastlanılmamış olması da yürütülen bu araştırmada elde edilen

sonuçların literatüre katkı sağlayacağını düşündürmektedir. Katılımcıların 295'inin annesi ilkokul mezunu, 55'inin ortaokul mezunu, 46'sının lise mezunu ve 18'inin lisans mezunu olduğu görülmüştür. Anne eğitim durumunun katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerindeki etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa sebebiyet vermediği görülmüştür. Anne eğitim durumunun siberkondriya düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde de hem Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında hem de kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/ hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutlarında da anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir. Katılımcıların babalarının eğitim durumları incelendiğinde ise 199'unun babasının ilkokul mezunu, 85'inin ortaokul mezunu, 91'inin lise mezunu ve 39'unun lisans mezunu olduğu görülmüştür. Baba eğitim durumunun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi incelendiğinde de tıpkı anne eğitim durumunda gözlemlendiği gibi Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa sebebiyet vermediği saptanmıştır. Baba eğitim durumunun siberkondriya düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde de hem Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında hem de kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/ hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında anlamlı bir etkisi olmadığı bulgulanmıştır. İlgili alan yazında elde edilen bulguların karşılaştırılabileceği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamasına elde edilen sonuçların genellenebilirliğinin önünde bir engel teşkil etmekle birlikte gelecek çalışmalarda araştırma sorularına dahil edilmesi önerilebilir. Son olarak elde edilen bulgular kendi içinde karşılaştırılıp ebeveynler perspektifinde değerlendirildiğinde hem anne eğitim durumunun hem baba eğitim durumunun anlamlı bir etkisine rastlanılmadığı görülmektedir.

Tıpkı tüm anksiyete bozukluklarında olduğu gibi sağlık anksiyeteside bireyin hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bireyler sıklıkla uzman görüşlerinin verdikleri tanılara şüphe ile yaklaştıkları gibi söylem ya da kanıt ne olursa olsun kendisini hasta olarak algılamaya devam etmekte ve farklı uzman görüşlerine ihtiyaç duymaktadır (Nadeem ve ark., 2022). Bu noktada sosyoekonomik statü devreye girerek

ulaşım imkanlarını kısıtladığında sağlık anksiyetesinin düzeyinin arttığı belirtilmektedir (Gandla ve ark., 2021; bahadır ve ark., 2018). Ekonomik olarak alt gelir grubunda olan bireylerin sağlık alanında yapacakları harcamaların kısıtlanması da anksiyete düzeyini arttıran bir faktör olarak değerlendirilir. Bu nedenle araştırma kapsamında katılımcıların gelir durumları incelenmiş olup 119 katılımcının düşük, 59 katılımcının orta, 81 katılımcının iyi ve 155 katılımcının ise çok iyi bir gelire sahip olduğunu belirttiği görölmektedir. Katılımcıların gelir durumlarının sağlık anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puanında ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda gelir durumu düşük olan kişilerin, gelir durumu orta, iyi ve çok iyi o olan kişilerden anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenirken, hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda katılımcıların gelir durumunun anlamlı bir etkisine rastlanılmamıştır. Elde edilen sonuçlar gelir durumu ve sağlık anksiyetesi arasındaki negatif yönlü ilişkiyi desteklemesine karşın alan yazında var olan çalışmalarda sonuçların farklılaştığı gözlemlenmektedir. Örneğin Beyoğlu (2019) bir çalışmasında gelir durumu ve sağlık anksiyetesi düzeyine anlamlı bir etkisiye rastlamazken, Kalmaz (2022) ve Buldan ve Kurban (2018) 'da çalışmalarında sağlık anksiyetesi ve ekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki gözlemlememiştir. Katılımcıların gelir durumlarının siberkondriya düzeyleri üzerindeki etkisi ele alındığında gelir durumu kategorilerine göre Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında gelir durumu düşük, orta, iyi ve çok iyi olan katılımcıların anlamlı derecede farklılaşmadığı gözlemlenmiştir. Parker ve arkadaşları (2003) Siberkondriya düzeyinde bireyin deneyimlediği sağlık problemlerinin etkililiğine dikkat çekerken deneyimlenen rahatsızlığın da temel tetikleyicileri arasında sosyoekonomik statünün varlığını göstermektedir. Schillinger ve arkadaşları (2002) da çalışmalarında gelir durumunun düşmesine paralel olarak sağlık hizmetlerine ulaşımın kısıtlandığını ve bireylerin farklı bilgi kaynaklarına yönelerek sıklıkla internet hizmetlerinden hastalığa ilişkin bilgi edindiklerine değinmiştir. Bu noktada bireyin doğru ve yanlış bilgiyi ayırt edememesi, bilgiyi yanlış yorumlaması gibi olumsuz durumlar siberkondriya düzeyinde bir belirleyici olarak değerlendirilmektedir. Ancak Türkiye'de yürütölmüş çalışmalar incelendiğinde siberkonriya düzeyinde gelir durumunun anlamlı etkisine rastlanılmamış

olması çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Efendioğlu, 2022; Kartal ve kaya, 2021; Uncu, 2018; Kalmaz, 2022; Altındış ve ark., 2018). Çalışmamızda araştırma kapsamında gelir durumu değişkeni katılımcının kendisi ile sınırlı tutulmayarak ailesinin gelir durumunun da incelenmesinin alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmüş çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların aile gelir durumları incelendiğinde düşük olduğunu belirten 52 (%12,6), orta olduğunu belirten 255 (%61,6) ve iyi olduğunu belirten 107 (%25,8) katılımcının olduğu görülmektedir. Ailenin gelir durumunun sağlık anksiyete düzeyine etkisi incelendiğinde ise Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puanında ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda gelir durumu düşük olan katılımcıların, gelir durumu orta ve yüksek düzeyde olan katılımcılardan anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenirken, ölçeğin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda aile gelir durumunun anlamlı bir etkisine rastlanılmamıştır. Katılımcıların aile gelir durumlarının siberkondriya düzeyleri üzerindeki etkisi ele alındığında ise gelir durumunda olduğu gibi aile gelir durumunun da Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir.

Araştırma kapsamında ele alınan son demografik değişken ise katılımcıların sağlık personeli olan bir yakınının var olup olmadığıdır. Katılımcıların 303'ünün (%73,2) sağlık personeli bir yakına sahip olduğu görülürken, 111'inin (%26,8) ise sağlık personeli olan bir yakınının olmadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamında yer verilen bu demografik değişkenin, bilgi edinim aşamasında bir yakına danışma imkanının olmasının sağlık anksiyetesi ve siberkondriya düzeyi üzerinde etkili olabileceği öngörülerek, ilgili literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda bir yakınının sağlık çalışanı olmasının ya da olmamasının sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde sağlık anksiyetesi düzeylerindeki etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa sebebiyet vermediği belirlendi. Kavramsal bazda ele almak gerekirse siberkondri, kişinin sağlığı hakkında normalin çok üstünde çevrimiçi arayış halinde olması olarak tanımlanmaktadır (43). Ancak bireyin yakın çevresinde bir sağlık

çalışanının olması, rahatsızlıklara ilişkin endişelerinde bir uzmandan bilgi edinebilme imkanı neticesinde çevrimiçi bilgi edinim sürecinin bu durumdan etkilenip etkilenmediği de ele alındığında sağlık personeli yakını olan ve sağlık personeli yakını olmayan katılımcıların siberkondriya düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde de hem Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında hem de kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/ hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü. Elde edilen sonuçları karşılaştırabileceğimiz herhangi bir araştırmanın var olmaması kısıtlılık olarak değerlendirilmekle birlikte bu sonuçların gelecek çalışmalarla desteklenmesini gerekli kılmaktadır.

5.1. Sağlık Anksiyetesi Ve Siberkondri Arasındaki İlişki

Araştırmacılar sağlık anksiyetesi ile siberkondriya arasındaki ilişkinin varlığını vurgularken, hangi unsurun temel tetikleyici olduğu konusunda herhangi bir kanıya varamamışlardır. Bazı araştırmacılar sağlık durumları hakkında endişe duyan bireylerin aktif olarak ilgili sağlık bilgilerini çevrimiçi olarak aradıklarını ve bunun da sağlık anksiyetesi düzeyini artırdığını ifade ederken, bazı araştırmacılar ise bireylerin başlangıçta sağlıkları için endişelenip endişe duymadıklarına bakılmaksızın, tekrar tekrar çevrimiçi bilgi arama davranışının artan sağlık anksiyetesinin birincil nedeni olduğuna değinmektedir. (Nadeem ve ark. 2022) Bu araştırma kapsamında da acil servisin yeşil ve sarı alanlarına başvuran hastaların sağlık anksiyeteleri ve siberkondriya düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık anksiyetesi ölçeğinin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyut toplam puan ortalaması ile siberkondriya ölçeğinin kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, ölçeğinin kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutları ile siberkondriya ölçeğinin toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Sağlık anksiyetesi ölçeğinin hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutu ile siberkondriya ölçeğinin kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi, işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutları ile siberkondriya ölçeğinin toplam puanı ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Sağlık anksiyetesi ölçeğinin toplam puan ortalaması ile

siberkondriya ölçeğinin kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/ hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi, işlevsel olmayan internet kullanımı ve siberkondriya ölçeğinin toplam puan ortalaması ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Hacıömeroğlu'nun (2022) öğretmenlerden oluşan örneklem üzerinde yürüttüğü çalışmasında ise bu çalışmadan farklı olarak sağlık anksiyetesi ile siberkondriya arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Fergus (2013) bireylerin sağlık durumlarına ilişkin endişelerinin, bireyin çevrim içi tıbbi bilgilere ulaşmalarını yordayan bir faktör olduğunu ifade ederken, temelde kaygıyı kontrol etmeye ilişkin bir kontrol davranışı olduğunu vurgulamaktadır. Polat'ın (2020) çalışmasında ise araştırma örneklemini oluşturan hemşirelerin içerisinde kronik bir rahatsızlığa sahip olanlara da yer verilerek siberkondriya ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki incelenmiş olup pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir. McMullan ve arkadaşlarının da (2019) bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri arttıkça hem siberkondri hem de çevrim içi tıbbi bilgi arama düzeylerinin arttığını ifade etmesi çalışmamız sonuçları ile uyum göstermektedir. İlgili alan yazın incelendiğinde çalışmamızda gözlemlenen sağlık anksiyetesi ve siberkondriya arasındaki pozitif yönlü ve anlamlı ilişkinin desteklendiği görülmektedir. Anksiyete bozuklukları uzun yıllardan bu yana literatürde yer almasına rağmen söz konusu sağlık kaygısı olduğunda çalışmaların daha yeni yeni konusu olduğu görülmektedir. Caiata ve Zufferey (2010) siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasındaki pozitif yönlü ilişkiden söz ederken temelde bireyin tıbbi bilgi edinerek kendi uyum seviyesini korumaya çalıştığına dikkat çekmektedir. Bu nedenle çalışma dahilinde ele alınan sağlık anksiyetesine ek olarak siberkondriya ilişkin verilerin de sınırlı olması elde edilen bulguların karşılaştırılabilirliğini kısıtlamasına karşın, mevcut literatüre katkı sağladığı ve gelecek çalışmalara rehberlik edebileceği ifade edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsiyet değişkeninin sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi incelendiğinde hem ölçeğin toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda kadın katılımcıların anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

Cinsiyet değişkeninin siberkondriya düzeyine etkisi incelendiğinde Siberkondriya lçeği'nin kaygıyı azaltan faktörler ve işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutların kadın katılımcıların, erkek katılımcılardan daha yüksek puanlar elde ettikleri görölmüşür.

Yaş grupları kategorilerine göre sağlık anksiyetesi düzeyi karşılaştırıldığında ölçeğin genel toplam puanında ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda 18 ile 30 yaş arasında olan katılımcıların anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir.

Yaş grupları kategorilerine göre siberkondriya düzeyi incelendiğinde Siberkondriya lçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarda da yaşın anlamlı etkisine rastlanılmamıştır.

Medeni durumun sağlık anksiyetesi düzeyine etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi lçeği'nin toplam puanında ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda evli katılımcıların, bekar katılımcılardan anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir.

Medeni durumun siberkondriya düzeyine etkisi incelendiğinde Siberkondriya lçeği'nin hem toplam puanında hem de kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında medeni durumun anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir.

Çocuk sayısı değişkeni için katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri incelendiğinde çocuğu olmayan ve 1-3 çocuk arası çocuğa sahip olan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi lçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı hem de hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında da anlamlı derecede farklılaşmadığı gözlemlenmiştir.

Çocuk sayısı değişkeni için katılımcıların siberkondriya düzeyleri ele alındığında ise Siberkondriya lçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel

olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında farklılaşmadıkları gözlemlenmiştir.

Eğitim durumu değişkeni için katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeyleri incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda lisansüstü mezunu olan kişilerin, lise ve lisans mezunu olan kişilerden anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir.

Eğitim durumunun siberkondriya düzeylerine etkisi değerlendirildiğinde ise Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve ölçeği'nin işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında da lise, lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların anlamlı derecede farklılaşmadıkları gözlemlenmiştir.

Anne eğitim durumunun katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerindeki etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa sebebiyet vermediği gözlemlenmiştir.

Anne eğitim durumunun siberkondriya düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde de hem Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında hem de kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutlarında da anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir.

Baba eğitim durumunun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi incelendiğinde Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa sebebiyet vermediği gözlemlenmiştir.

Baba eğitim durumunun siberkondriya düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde hem Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında hem de kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir.

Katılımcıların gelir durumlarının sağlık anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puanında ve bedensel belirtilere

aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyutunda gelir durumu düşük olan kişilerin, gelir durumu orta, iyi ve çok iyi olan kişilerden anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir.

Katılımcıların gelir durumlarının siberkondriya düzeyleri üzerindeki etkisi ele alındığında gelir durumu kategorilerine göre Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında gelir durumu düşük, orta, iyi ve çok iyi olan katılımcıların anlamlı derecede farklılaşmadığı gözlemlenmiştir.

Ailenin gelir durumunun sağlık anksiyete düzeyine etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin toplam puanında ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutunda gelir durumu düşük olan katılımcıların, gelir durumu orta ve yüksek düzeyde olan katılımcılardan anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir.

Katılımcıların aile gelir durumlarının siberkondriya düzeyleri üzerindeki etkisi ele alındığında gelir durumunda olduğu gibi aile gelir durumunun da Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında ve kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir.

Bir yakınının sağlık çalışanı olmasının ya da olmamasının sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde sağlık anksiyetesi düzeylerindeki etkisi incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem toplam puanında hem de bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ve hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa sebebiyet vermediği gözlemlenmiştir.

Sağlık personeli yakını olan ve sağlık personeli yakını olmayan katılımcıların siberkondriya düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde de hem Siberkondriya Ölçeği'nin toplam puanında hem de kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı olmak üzere tüm alt boyutlarında anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir.

Sağlık anksiyetesi ve siberkondriya düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık anksiyetesi ölçeğinin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı alt boyut

toplam puan ortalaması ile siberkondriya ölçeğinin kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, ölçeğinin kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi ve işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutları ile siberkondriya ölçeğinin toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir.

Sağlık anksiyetesi ölçeğinin hastalığın olumsuz sonuçları alt boyutu ile siberkondriya ölçeğinin kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi, işlevsel olmayan internet kullanımı alt boyutları ile siberkondriya ölçeğinin toplam puanı ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir.

Sağlık anksiyetesi ölçeğinin toplam puan ortalaması ile siberkondriya ölçeğinin kaygıyı artıran faktörler, kompulsiyon/hipokondri, kaygıyı azaltan faktörler, doktor-hasta etkileşimi, işlevsel olmayan internet kullanımı ve siberkondriya ölçeğinin toplam puan ortalaması ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırma örneklemini oluşturan katılımcıların herhangi bir kronik rahatsızlığı olup olmadığı sorusuna çalışma kapsamında yer verilmemesi bir sınırlılık olarak değerlendirilebileceği gibi gelecek çalışmalarda bu soruya yer verilmesi önerilmekle birlikte katılımcıların herhangi bir psikiyatrik tanısı ya da tedavi geçmişinin olup olmadığının da incelenmesinin anlamlı sonuçlar doğuracağı öngörülmektedir.

Araştırma örnekleminin cinsiyet dağılımı incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Bu cinsiyet dağılımının sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmekle birlikte gelecek çalışmalarda dikkat edilmesi gereken bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Ancak örneklemin genelinde okur yazar ya da ilkokul mezunlarının bulunmaması bir kısıtlılık niteliğinde olmakla birlikte gelecek çalışmalarda ele alınması önerilebilir.

Bireylerin tıbbi rahatsızlıklara ilişkin bilgi edinimi günümüz dünyasında sıklıkla internet aracılığıyla gerçekleşmektedir. Ancak internette her zaman doğru bilginin olmadığı göz önünde bulundurulduğunda devlet politikaları ile desteklenen eğitim ve seminerlere ağırlık verilmesi önerilebileceği gibi bu bilgilendirme içeren eğitim ve

seminerlerin çevrimiçi ortamlara taşınarak hem maliyeti düşürmesi hem de ulaşılabilirliğini kolaylaştırması önerilebilir.

Tıbbi rahatsızlıklar semptom üzerinden değerlendirildiğinde; eksik ve hatalı değerlendirmelere ve gereksiz aşırı kaygılara yol açar. Semptomlar kadar hatta daha çok muayene bulgularının önemli olduğu vurgulanmalı ve hastaların aile hekimliklerini aktif kullanmaları rutin muayene ve takiplerine devam etmeleri sağlanmalıdır. Böylece gereksiz kaygıların ve acil servislerin aşırı yükünün bir nebze olsun azaltılabileceği kanaatindeyiz.



KAYNAKLAR

- Abar, B., Holub, A., Lee, J., DeRienzo, V., ve Nobay, F. (2017). Depression And Anxiety Among Emergency Department Patients: Utilization And Barriers To Care. *Academic Emergency Medicine*, 24(10), 1286-1289.
- Abramowitz, J. S. ve Braddock, A. (2008). *Psychological Treatment Of Health Anxiety And Hypochondriasis: A Biopsychosocial Approach*. Hogrefe Publishing.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., ve Deacon, B. J. (2007). Health Anxiety, Hypochondriasis, And The Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.
- Aiken, M., Kirwan, G., Berry, M., ve O'Boyle, C. A. (2012). *The Age Of Cyberchondria*.
- Aiken, M., ve Kirwan, G. (2013). *The Psychology Of Cyberchondria And 'Cyberchondria By Proxy'*. İçinde *Cyberpsychology And New Media* (ss. 158-169). Psychology Press.
- Aktepe, İ. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yaygın Anksiyetenin Sağlık Anksiyetesi, Bilişsel Esneklik ve Covid-19 Korkusu Bağlamında Yordanması. (Yüksek Lisans Tezi). Dicle Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Alioğulları, A. (2021). Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Kaygısı, Ölüm Kaygısının Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Gelişim Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İstanbul.
- Alpaslan, A. H. (2016). Cyberchondria And Adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(7), 679-680.
- Altındış, S., İnci, M. B., Aslan, F. G., ve Altındış, M. (2018). Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 359-370.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (5. Basım). American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., ve Lindefors, N. (2005). The Use Of The Internet In The Treatment Of Anxiety Disorders. *Current Opinion In Psychiatry*, 18(1), 73-77.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Carleton, R. N., Weeks, J. W., ve Hadjistavropoulos, H. D. (2012). Should Health Anxiety Be Carved At The Joint? A Look At The Health Anxiety Construct Using Factor Mixture Modeling In A Non-Clinical Sample. *Journal Of Anxiety Disorders*, 26, 246–251.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., ve Cox, B. J. (2001). *Health Anxiety: Clinical And Research Perspectives On Hypochondriasis And Related Conditions*. West Sussex, UK.
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., ve Whedon, M. (2010). Health Anxiety: Current Perspectives And Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 306-312.
- Asmundson, G.J.G., Taylor, S., Carleton, R.N., Weeks, J.W. ve Hadjistavropoulos, H.D. (2012). Should Health Anxiety Be Carved At The Joint? A Look At The Health Anxiety Construct Using Factor Mixture Modelling In A Non-Clinical Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 246–551.

- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. (2013). Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 325-331.
- Aygün, S. (2021). Sağlık Yönetimi ve Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bahadır-Yılmaz, E., Ayvat, İ. ve İşran, B. (2018). Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*. 23(1).
- Bajcar, B. ve Babiak, J. (2021). Self-Esteem And Cyberchondria: The Mediation Effects Of Health Anxiety And Obsessive–Compulsive Symptoms In A Community Sample. *Current Psychology*, 40(6), 2820-2831.
- Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S., ve Bundorf, M. K. (2003). Use Of The Internet And E-Mail For Health Care Information: Results From A National Survey. *Jama*, 289(18), 2400-2406.
- Barbek, R. M., Makowski, A. C., ve Von Dem Knesebeck, O. (2022). Social Inequalities In Health Anxiety: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 153, 110706.
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., ve Doering, B. K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation And Development Of A Short Form. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 23(5), 595-605.
- Barsky, A. J. ve Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, And Somatic Styles. *American Journal Of Psychiatry*, 140, 273–283.
- Barsky, A. J., ve Ahern, D. K. (2004). Cognitive Behavior Therapy For Hypochondriasis: A Randomized Controlled Trial. *Jama*, 291(12), 1464-1470.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., ve Klerman, G. L. (1992). Psychiatric Comorbidity In DSMIII-R Hypochondriasis. *Archives Of General Psychiatry*, 49(2), 101–108.
- Baumgartner, S. E., ve Hartmann, T. (2011). The Role Of Health Anxiety In Online Health Information Search. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 14(10), 613-618.
- Bennett, G. G., ve Glasgow, R. E. (2009). The Delivery Of Public Health Interventions Via The Internet: Actualizing Their Potential. *Annual Review Of Public Health*, 30(1), 273-292.
- Beyoğlu, M. (2019). Diyabetes mellitus veya Hipertansiyonu Olan Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Endişe ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerle Karşılaştırılması. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Van.
- Birnie, K. A., Sherry, S. B., Doucette, S., Sherry, D. L., Hadjistavropoulos, H. D., ve Stewart, S. H. (2013). The Interpersonal Model Of Health Anxiety: Testing Predicted Paths And Model Specificity. *Personality And Individual Differences*, 54(7), 856-861.
- Bouman, T. K. (2014). Cognitive And Behavioral Models And Cognitive-Behavioral And Related Therapies For Health Anxiety And Hypochondriasis. *Hypochondriasis And Health Anxiety: A Guide For Clinicians*, 149-198.
- Bouwman, M. G., Teunissen, Q. G., Wijburg, F. A., ve Linthorst, G. E. (2010). 'Doctor Google'ending The Diagnostic Odyssey In Lysosomal Storage Disorders: Parents

- Using İnternet Search Engines As An Efficient Diagnostic Strategy In Rare Diseases. *Archives Of Disease In Childhood*, 95(8), 642-644.
- Bridou, M., ve Aguerre, C. (2013). Validity Of The French Form Of The Somatosensory Amplification Scale In A Non-Clinical Sample. *Health Psychology Research*, 1(1).
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Fernández-Castillo, E. ve Rodrigue Martin, B. C. (2020). Gender And Fear Of COVID-19 In A Cuban Population Sample. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 1–9.
- Buldan, Ö. ve Kurban, N. K. (2018). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 11(4), 274-282.
- Caiata-Zufferey, M., Abraham, A., Sommerhalder, K., ve Schulz, P. J. (2010). Online Health Information Seeking In The Context Of The Medical Consultation In Switzerland. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1050-1061.
- Copelton, D. A., ve Valle, G. (2009). “You Don't Need A Prescription To Go Gluten-Free”: The Scientific Self-Diagnosis Of Celiac Disease. *Social Science & Medicine*, 69(4), 623-631.
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., ve Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency And Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing A Systematic Literature Search And Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137-1149.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Asmundson, G. J. ve Taylor, S. (2000). Dimensions Of Hypochondriasis And The Five-Factor Model Of Personality. *Personality And Individual Differences*, 29(1), 99-108.
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. ve Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course And The Influence Of Early Life Experiences. *The British Journal Of Psychiatry*, 163(5), 579-588.
- Çinarlı, İ. (2008). Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım.
- Deale, A. (2007). Psychopathology And Treatment Of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Derrick, K., Green, T., ve Wand, T. (2019). Assessing And Responding To Anxiety And Panic In The Emergency Department. *Australasian Emergency Care*, 22(4), 216-220.
- Doğan, S., Acar, F., Doğan, T. G. B. (2021). İnternet Bağımlılığı ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondri Davranışları Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 35(1), 281-298.
- Doherty-Torstrick, E., Walton, K. ve Fallon, B. (2016). Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior. *The Academy Of Psychosomatic Medicine*, 57(4), 390-400.
- Durak-Batigun, A., Gor, N., Komurcu, B., ve Senkal-Erturk, I. (2018). Cyberchondria Scale (CS): Development, Validity And Reliability Study. *Dusunen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(2), 148-162.
- Dzhambov, A. M., ve Dimitrova, D. D. (2014). Elderly Visitors Of An Urban Park, Health Anxiety And Individual Awareness Of Nature Experiences. *Urban Forestry & Urban Greening*, 13(4), 806-813.
- Eastin, M. S. ve Guinsler, N. M. (2006). Worried And Wired: Effects Of Health Anxiety On Information-Seeking And Health Care Utilization Behaviors. *Cyberpsychology & Behavior*, 9(4), 494-498.

- Efendioğlu, A., E. (2022). Siberkondri’de Koronavirüs Anksiyetesi ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi. Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ekwall, A. ve Sweden, M. (2013). Acuity And Anxiety From The Patient’s Perspective In The Emergency Departmen. *Journal of Emergency Nursing*, 39, 534-538.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., ve Manias, E. (2009). Anxiety As A Factor Influencing Satisfaction With Emergency Department Care: Perspectives Of Accompanying Persons. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(24), 3489-3497.
- Elciyar, K., ve Taşçı, D. (2017). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 57-70.
- Ersel, M., Karcıoğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M. ve Tunç, M. A. (2006). Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6, 25-35.
- Esen, A. D., Kafadar, D. ve Arıca, S. (2018). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal Of Family Medicine*, 7(1), 5-13.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., ve Sy, J. T. (2013). Do Negative Beliefs About Exposure Therapy Cause Its Suboptimal Delivery? An Experimental Investigation. *Journal Of Anxiety Disorders*, 27(8), 763-771.
- Fergus, T. A. (2013). Cyberchondria and Intolerance Of Uncertainty: Examining when Individuals Experience Health Anxiety Inresponseto Internet Searches for Medical Information. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*. 16(10), 735-739.
- 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.
- Fergus, T. A. (2015). Anxiety Sensitivity And İntolerance Of Uncertainty As Potential Risk Factors For Cyberchondria: A Replication And Extension Examining Dimensions Of Each Construct. *Journal Of Affective Disorders*, 184, 305-309.
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R., Gratz, K. L., Fulton, J. J., ve Tull, M. T. (2015). The Contribution Of Health Anxiety To Retrospectively-Recalled Emergency Department Visits Within A Sample Of Patients İn Residential Substance Abuse Treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 1-8.
- Fergus, T. A., ve Russell, L. H. (2016). Does Cyberchondria Overlap With Health Anxiety And Obsessive–Compulsive Symptoms? An Examination Of Latent Structure And Scale Interrelations. *Journal Of Anxiety Disorders*, 38, 88-94.
- Fergus, T. A., ve Valentiner, D. P. (2010). Disease Phobia And Disease Conviction Are Separate Dimensions Underlying Hypochondriasis. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 41, 438–444.
- Fergus, T. A., ve Valentiner, D. P. (2011). Intolerance Of Uncertainty Moderates The Relationship Between Catastrophic Health Appraisals And Health Anxiety. *Cognitive Therapy And Research*, 35(6), 560-565.
- Ferguson, E. (2004). Personality As A Predictor Of Hypochondriacal Concerns: Results From Two Longitudinal Studies. *Journal Of Psychosomatic Research*, 56(3), 307-312.
- Ferguson, E. (2009). A Taxometric Analysis Of Health Anxiety. *Psychological Medicine*, 39(2), 277-285.

- Fink, P. (2019). A Diagnostic Perspective On Health Anxiety. İçinde The Clinician's Guide To Treating Health Anxiety, (ss. 19-34). Academic Press.
- Fox, S., ve Duggan, M. (2013). Health Online 2013. Health, 1-55.
- Gandla, S.D., Dayala, P.P. ve Kadiyala, P.K. (2021). Cyberchondria: An Emerging Form Of Health Anxiety. Archives Of Mental Health, 22(2), 148-152.
- Geçtan, E. (2014). Psikanaliz ve Sonrası, 16. Baskı, İstanbul, Metis Yayınları.
- Gerolimatos, L. A., ve Edelstein, B. A. (2012). Anxiety-Related Constructs Mediate The Relation Between Age And Health Anxiety. Aging & Mental Health, 16(8), 975–982.
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., ve Hansen, L. (2012). Adolescent Health Literacy: The Importance Of Credible Sources For Online Health Information. Journal Of School Health, 82(1), 28-36.
- Gül, A.İ., Özdemir, T. ve Börekçi, E. (2016). Health Anxiety Levels In Patients Admitted To Internal Medicine Outpatient Clinic For Several Times. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 7, 437-439.
- Güleşen, A., (2019). Kalp Hastası Kadınlarda Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Günler, O. E. (2015). Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 17(29), 33-40.
- Güreş, Z. (2010). Çocukları Olan Hemşirelerin İş Yaşantısına ve Normal Sağlık Anksiyetelerine Ek Olarak Sigara İçmelerinin Ya Da İçmemelerinin Anksiyetelerini Ne Ölçüde Etkilediğinin Araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Afyon.
- Güzel, S. (2020). Kalp Hastalarında Siberkondria Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Sebahattin Zaim Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Hacıömeroğlu, G. T. (2022). Öğretmenlerin Sağlık Anksiyete Düzeylerinin Siberkondri ile İlişkisi. Kafkas Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.
- Hart, J., ve Björgvinsson, T. (2010). Health Anxiety And Hypochondriasis: Description And Treatment Issues Highlighted Through A Case Illustration. Bulletin of the Menninger Clinic, 74(2), 122.
- Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., ve Lindefors, N. (2011). Cost-Effectiveness Of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Anxiety Disorder: Results From A Randomized Controlled Trial. Behaviour Research And Therapy, 49(11), 729-736.
- Hedman, E., Lindefors, N., Andersson, G., Andersson, E., Lekander, M., Rück, C., ve Ljótsson, B. (2013). Predictors Of Outcome In Internet-Based Cognitive Behavior Therapy For Severe Health Anxiety. Behaviour Research And Therapy, 51(10), 711-717.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Andersson, G., Rück, C., ve Andersson, E. (2017). Health Anxiety In Obsessive Compulsive Disorder And Obsessive Compulsive Symptoms In Severe Health Anxiety: An Investigation Of Symptom Profiles. Journal Of Anxiety Disorders, 45, 80-86.

- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., ve Fichter, M. M. (2005). Differentiating Hypochondriasis From Panic Disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 19(1), 29–49.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. ve Asnaani, A. (2012). Emotion Dysregulation Model Of Mood And Anxiety Disorders. *Depression And Anxiety*, 29(5), 409-416.
- Ivanova, E. (2013). Internet Addiction And Cyberchondria-Their Relationship With Well-Being. *The Journal Of Education, Culture, And Society*, 4(1), 57-70.
- İncesu, E., Beylik, U., Küçükkendirici, H. (2016). Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Tekrarı Sorunu: Türkiye’de Bir Devlet Hastanesi Acil Servis Araştırması. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 53, 1-13.
- İşlekdemir, B., ve Kaya, N. (2016). Effect Of Family Presence On Pain And Anxiety During Invasive Nursing Procedures In An Emergency Department: A Randomized Controlled Experimental Study. *International Emergency Nursing*, 24, 39-45.
- Janzen Claude, J. A., Hadjistavropoulos, H. D., ve Friesen, L. (2014). Exploration Of Health Anxiety Among Individuals With Diabetes: Prevalence And Implications. *Journal Of Health Psychology*, 19(2), 312-322.
- Javadi, M. H. (2022). Health Anxiety And Social Health Among Health Care Workers And Health Volunteers Exposed To Coronavirus Disease In Iran (2020): A Structural Equation Modeling. *Journal Of Affective Disorders Reports*, 8, 100321.
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., ve Gullickson, K. (2014). Understanding Health Anxiety Following Breast Cancer Diagnosis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 525-535.
- Kalmaz, A. (2022). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımının Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri ile İlişkisi. *Türkiye Cumhuriyeti Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.*
- Karaman, G. (2019). Gebze Tatlıkuyu Mahallesi’nde Uykululuk ve Uykusuzluğun Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Karaman, Z. (2011). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Gazi Üniversitesi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Kartal, Y. A., ve Kaya, L., Covid-19 Salgınında Ebelik Öğrencilerinin Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 541-555.
- Kaya, H. ve Karakayali, O. (2019). Evaluation Of The Relevance Of Urgency In Dermatological Patients Admitted To The Emergency Department With The Relationship Between Anxiety, Depression Levels And Dermatological Quality Of Life: A Prospective Observational Study. *Ankara Medical Journal*, 1, 407-415.
- Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O. ve Prescott, C.A. (2003). Life Events Dimensions Of Loss, Humiliation, Entrapment, And Danger In The Prediction Of Onsets Of Majör Depression And Generalized Anxiety. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, 789–796
- Kıran, S. (2020) Sağlık Anksiyetesi Yordayan Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi. Psikoloji Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Kocabaşoğlu, N. (2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 175-184.

- Korp, P. (2006). Health On The Internet: Implications For Health Promotion. *Health Education Research*, 21(1), 78-86.
- Kösze, B. (2003). Health Anxiety And Patient Behavior. *Journal Of Health Economics*, 22(6), 1073-1084.
- Köse, A., Köse, B., Öncü, M.R. ve Tuğrul, F. (2011). Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunun Uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17, 57- 62.
- Krautwurst, S., Gerlach, A.L. ve Witthöft, M. (2016). Interoception In Pathological Health Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 1179-1184.
- Lee, S., Lam, I. M., Kwok, K. P., ve Leung, C. M. (2014). A Community-Based Epidemiological Study Of Health Anxiety And Generalized Anxiety Disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(2), 187-194.
- Lewis, T. (2006). Seeking Health Information On The Internet: Lifestyle Choice Or Bad Attack Of Cyberchondria?. *Media, Culture & Society*, 28(4), 521-539.
- Li, S. H., ve Graham, B. M. (2017). Why Are Women So Vulnerable To Anxiety, Trauma-Related And Stress-Related Disorders? The Potential Role Of Sex Hormones. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 73-82.
- Lipsitt, D. R. (2001). Consultation-Liaison Psychiatry And Psychosomatic Medicine: The Company They Keep. *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 896-909.
- Looper, K. J., ve Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal Concerns In A Community Population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584.
- Lucock, M. P., ve Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal Of Health Psychology*, 1(2), 137-150.
- Macswain, K. L. H., Sherry, S. B., Stewart, S. H. Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D. ve Graham, A. R. (2009). Gender Differences In Health Anxiety: An Investigation Of The Interpersonal Model Of Health Anxiety. *Personality And Individual Differences*, 47(8), 938–943.
- Malesza, M., ve Kaczmarek, M. C. (2021). Predictors Of Anxiety During The COVID19 Pandemic In Poland. *Personality And Individual Differences*, 170,110419.
- Mantar, A., Yemez, B., ve Alkın, T. (2011). Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 187-193.
- Marcus, D. K., Hughes, K. T., ve Arnau, R. C. (2008). Health Anxiety, Rumination, and Negative Affect: a Mediational Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 495-501.
- Marcus, D. K., ve Church, S. E. (2003). Are Dysfunctional Beliefs About Illness Unique To Hypochondriasis?. *Journal Of Psychosomatic Research*, 54(6), 543–547.
- McElroy, E., ve Shevlin, M. (2014). The Development And Initial Validation Of The Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(2), 259-265.
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., ve Starcevic, V. (2019). The Relationships Between Health Anxiety, Online Health Information Seeking, And 26 Cyberchondria: Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 245, 270-278.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. G. (2012). Cyberchondriasis: Fact Or Fiction? A Preliminary Examination Of The Relationship Between Health Anxiety And Searching For Health Information On The Internet. *Journal Of Anxiety Disorders*, 26(1), 189-196.

- Musey, P.I., Patel, R., Fry, C., Jimenez, G., Koene, R. Ve Kline, J. A. (2018). Anxiety Associated With Increased Risk For Emergency Department Recidivism In Patients With Low-Risk Chest Pain. *American Journal of Cardiology*, 122, 1133-1141.
- Nadeem, F., Malik, N., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettorruso, M., Vellante, F., Giannantonio, M. ve De Berardis, D. (2022). Relationship Between Health-Anxiety And Cyberchondria: Role Of Metacognitive Beliefs. *Journal Of Clinical Medicine*, 11(9), 2590.
- Newby, J. M., ve McElroy, E. (2020). The Impact Of Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy For Health Anxiety On Cyberchondria. *Journal Of Anxiety Disorders*, 69, 102150.
- Norr, A. M., Oglesby, M. E., Raines, A. M., Macatee, R. J., Allan, N. P., ve Schmidt, N. B. (2015). Relationships Between Cyberchondria And Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Psychiatry Research*, 230(2), 441-446.
- Noyes, R., Jr, Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L. ve Yagla, S. J. (2002). Childhood Antecedents Of Hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282–289.
- Noyes, R., Jr., Carney, C. P., Hillis, S. L., Jones, L. E., ve Langbehn, D. R. (2005). Prevalence And Correlates Of Illness Worry In The General Population. *Psychosomatics*, 46, 529–539.
- Nörofizyolojisi, Ö. B. S. (1990). Stres ve Hastalıkları. İstanbul, Medikal Tıp Kitapevi, 15-26.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M. ve Deacon, B.J. (2010). Efficacy Of Cognitive Behavioral Therapy For Anxiety Disorders: A Review Of Meta-Analytic Findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 557-577.
- Olde-Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., Van De Laar, F. A., Speckens, A. E., ve Van Weel, C. (2009). Medically Unexplained Symptoms, Somatisation Disorder And Hypochondriasis: Course And Prognosis. A Systematic Review. *Journal Of Psychosomatic Research*, 66(5), 363-377.
- Önder, R. (2014). Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etkenler. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2014). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyıldız, K. H., Alkan, A. (2022). Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri ile Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 13(33), 309-324.
- Özyurt, T. E., Aydemir, Y., Aydın, A., İnci, M. B., Ekerbiçer, H., Muratdağı, G., ve Kurban, A. (2020). İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 1-10.
- Parlar-Kilic, S., Karadag, G., Oyucu, S., Kale, O., Zengin, S., Ozdemir, E., ve Korhan, E. A. (2015). Effect Of Music On Pain, Anxiety, And Patient Satisfaction In Patients Who Present To The Emergency Department In Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(1), 44-53.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of Hypochondriasis. *British Journal of Medical Psychology*, 113, 89-93.
- Polat, G. (2020). Hemşirelerde Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondria İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Powell, J. A., Darvell, M., ve Gray, J. A. M. (2003). The Doctor, The Patient And The World-Wide Web: How The Internet is Changing Healthcare. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 96(2), 74-76.
- Pugh, N. E. (2010). *Elucidating The Relationship Between Health Anxiety And Behaviour. (Yüksek Lisans Tezi)*. Regina, Saskatchewan: University Of Regina. Faculty Of Graduate Studies And Research.
- Rachman, S. (2012). Health Anxiety Disorders: A Cognitive Construal. *Behaviour Research And Therapy*, 50(7-8), 502-512.
- Reiser, S. J., Mcmillan, K. A., Wright, K. D., ve Asmundson, G. J. (2014). Adverse Childhood Experiences And Health Anxiety In Adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 407-413.
- Reiser, S. J., Power, H. A., ve Wright, K. D. (2021). Examining the Relationships Between Childhood Abuse History, Attachment, and Health Anxiety. *Journal Of Health Psychology*, 26(7), 1085-1095.
- Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., ve Lafortune, L. (2016). A Systematic Review Of Reviews On The Prevalence Of Anxiety Disorders In Adult Populations. *Brain And Behavior*, 6(7), E00497.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., ve Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development And Validation Of Scales For The Measurement Of Health Anxiety And Hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843–853.
- Salkovskis, P.M. ve Warwick, H.M.C. (2001). Making Sense Of Hypochondriasis: A Cognitive Model Of Health Anxiety. G. J. G. Asmundson, S. Taylor And B. Cox (Ed.), *İçinde Health Anxiety: Clinical And Research Perspectives On Hypochondriasis And Related Conditions* (ss. 46–64). John Wiley And Sons.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A., ve Barsky, A. (2016). The Relationship Of Hypochondriasis To Anxiety, Depressive, And Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ve Bindman, A. B. (2002). Association Of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Schmidt, E., Witthöft, M., Kornadt, A., Rist, F., ve Bailer, J. (2013). Negative Automatic Evaluation And Better Recognition Of Bodily Symptom Words In College Students With Elevated Health Anxiety. *Cognitive Therapy And Research*, 37(5), 1027-1040.
- Selvi, Y., Turan, S. G., Sayin, A. A., Boysan, M., ve Kandeger, A. 2018. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity And Reliability Study Of The Turkish Version. *Sleep and Hypnosis (Online)*, 20(4), 241-246.
- Skinner, H., Biscope, S., ve Poland, B. (2003). Quality Of Internet Access: Barrier Behind Internet Use Statistics. *Social Science & Medicine*, 57(5), 875-880.
- Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Håland, Å., ve Bailey, R. (2015). Symptoms Of Health Anxiety In Obsessive–Compulsive Disorder: Relationship With Treatment Outcome And Metacognition. *Journal Of Obsessive-Compulsive And Related Disorders*, 5, 76 81.
- Starcevic, V. (2014). Boundaries And Overlap Between Hypochondriasis And Other Disorders: Differential Diagnosis And Patterns Of Co-Occurrence. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 24-33.

- Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D., Khazaal, Y., ve Viswasam, K. (2019). Cyberchondria And Its Relationships With Related Constructs: A Network Analysis. *Psychiatric quarterly*, 90(3), 491-505.
- Starcevic, V., Berle, D., ve Arnáez, S. (2020). Recent Insights Into Cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 1-8.
- Starcevic, V., Portman, M. E., ve Beck, A. T. (2012). Generalized Anxiety Disorder: Between Neglect And An Epidemic. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 200(8), 664– 667.
- Starcevic, V., ve Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards A Better Understanding Of Excessive Health-Related Internet Use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Starcevic, V., ve Berle, D. (2015). Cyberchondria: An Old Phenomenon In A New Guise. *Mental Health In The Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*, 106, 117.
- Steger, M. F., Mann, J. R., Michels, P., ve Cooper, T. C. (2009). Meaning in Life, Anxiety, Depression, And General Health Among Smoking Cessation Patients. *Journal Of Psychosomatic Research*, 67(4), 353-358.
- Sunderland, M., Newby, J. M., ve Andrews, G. (2013). Health Anxiety In Australia: 146 Prevalence, Comorbidity, Disability And Service Use. *The British Journal Of Psychiatry*, 202(1), 56-61.
- Tang, N. K., Salkovskis, P. M., Poplavskaya, E., Wright, K. J., Hanna, M., ve Hester, J. (2007). Increased Use Of Safety-Seeking Behaviors In Chronic Back Pain Patients With High Health Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2821-2835.
- Taylor S. (2004). Understanding And Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 112-123.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Jang, K.L. ve Asmundson, G.J.G. (2006). Genetic And Environmental Origins Of Health Anxiety: A Twin Study. *World Psychiatry*, 5(1), 47- 50.
- Taylor, S., ve Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitivebehavioral Approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Teens, Health and 0203/facebook-losing-teen-audience- 2015, Erişim Tarihi: 10.04.2019.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L., ve Rask, C. U. (2018). Childhood And Family Factors In The Development Of Health Anxiety: A Systematic Review. *Children's Health Care*, 47(2), 198-238.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L., Walker, L., Jensen, J. S., Morina, B., Lindegaard, H., ve Rask, C. U. (2017). Health Anxiety By Proxy In Women With Severe Health Anxiety: A Case Control Study. *Journal Of Anxiety Disorders*, 52, 8-14.
- TÜİK (2019). <http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt.id=1007>, Erişim Tarihi: 04.04.2019.
- Tüter, M. (2019). Aile Hekimliği Polikliniğine Bağvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P., Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keeling, M., Loeberberg, G., Swivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., Nagar, J., Reid, S., Sanatinia, R., Sinclair, J., Trevor, D., Watson, C., Tyrer, H. (2011).

- Prevalence Of Health Anxiety Problems In Medical Clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 392-394.
- Uncu, G. (2018). İzmir İli Karşıyaka İlçesi Sınıf Öğretmenlerinde Siberkondri Düzeyi ve İlişkili Faktörler. (Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi. Tıp Fakültesi, İzmir.
- Uzun, U. S. (2016). Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Denizli.
- Van Der Waerden, J., Galéra, C., Saurel-Cubizolles, M. J., Sutter-Dallay, A. L., Melchior, M., ve Eden Mother–Child Cohort Study Group. (2015). Predictors Of Persistent Maternal Depression Trajectories İn Early Childhood: Results From The EDEN Mother–Child Cohort Study İn France. *Psychological Medicine*, 45(9), 1999-2012.
- Veith, I. (1965). *Hysteria. The History of a Disease*. Phoneix Books.
- Vladan, S., Berle, D., ve Sandra, A. (2020). Recent Insights Into Cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(11).
- Wangberg, S., Andreassen, H., Kummervold, P., Wynn, R., ve Sørensen, T. (2009). Use Of The Internet For Health Purposes: Trends İn Norway 2000–2010. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(4), 691-696.
- Warnick, J. E., Huang, C. J., Acevedo, E. O., ve Sufka, K. J. (2009). Modelling The Anxiety-Depression Continuum İn Chicks. *Journal Of Psychopharmacology*, 23(2), 143-156.
- Warwick, H. M., ve Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research And Therapy*, 28(2), 105-117.
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model Of GAD: Assessment Of Meta-Worry And Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy And Research*, 29, 107-121.
- Wells, A. ve Hackmann, A. (1993). Imagery And Core Beliefs İn Health Anxiety: Content And Origins. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 265-273.
- Wells, A., White, J., ve Carter, K. (1997). Attention Training: Effects On Anxiety And Beliefs İn Panic And Social Phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal Of Theory And Practice*, 4(4), 226-232.
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., ve Abramowitz, J. S. (2010). The Contribution Of Experiential Avoidance And Anxiety Sensitivity İn The Prediction Of Health Anxiety. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 229-239.
- White, R. W., ve Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies Of The Escalation Of Medical Concerns İn Web Search. *ACM Transactions On Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37.
- Wilhelmsen, I. (2017). Hypochondriasis Or Health Anxiety.
- Williams, P. G. (2004). The Psychopathology Of Self-Assessed Health: A Cognitive Approach To Health Anxiety And Hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 629-644.
- Woods, S. M., Natterson, J. ve Silverman, J. (1966). Medical Students' Disease: Hypochondriasis İn Medical Education. *Academic Medicine*, 41(8), 785-90.
- Wright, K. D., Reiser, S. J., ve Delparte, C. A. (2017). The Relationship Between Childhood Health Anxiety, Parent Health Anxiety, And Associated Constructs. *Journal Of Health Psychology*, 22, 617–626.

- Yalçın, E. (2021). Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve COVID-19 Korkusu İlişkisinde Sağlık Kaygısı ve Siberkondirinin Rol Aracı (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Yavuz, F. K. (2012). Fibromiyalji ve Somatoform Bozukluk Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Yılmaz, E. (2014). Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 93-108.
- Yorulmaz, E., ve Dirik, G. (2018). Sağlık Kaygısı ile İlişkili Faktörler: Sağlık Kaygısında Bağlanmanın Rolü Var Mıdır?. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20(3), 443-459.
- Zheng, H., Sin, S. C. J., Kim, H. K. ve Theng, Y. L. 2020. Cyberchondria: A Systematic Review. Emerald Insight, 31(2).
- Zheng, H., ve Tandoc Jr, E. C. 2022. Calling Dr. Internet: Analyzing News Coverage Of Cyberchondria. Journalism Practice, 16(5), 1001-1017.
- Zincir, S.B., Sunbul, M., Sunbul E.A., Dalkilic, B., Cengiz, F., Kivrak, T. ve Durmus, E. (2014). Evaluation Of Alexithymia, Somatosensory Sensitivity, And Health Anxiety Levels In Patient With Noncardiac Chest Pain. Biomed Research International, 1-6.

EKLER

EK 1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

YAŞINIZ :

18-30() 31-43() 44-65()

CİNSİYETİNİZ:

KADIN() ERKEK()

MEDENİ DURUMUNUZ:

EVLİ() BEKAR()

ÇOCUK SAYINIZ:

YOK() 1-3() 4 VE ÜZERİ()

EĞİTİM DURUMUNUZ:

İLKOKUL() ORTAOKUL() LİSE() LİSANS() LİSANSÜSTÜ()

ORTALAMA AYLIK GELİR DÜZEYİNİZ:

DÜŞÜK() ORTA() İYİ() ÇOK İYİ()

ANNENİZİN EĞİTİM DURUMU:

İLKOKUL() ORTAOKUL() LİSE() LİSANS() LİSANSÜSTÜ()

BABANIZIN EĞİTİM DURUMU:

İLKOKUL() ORTAOKUL() LİSE() LİSANS() LİSANSÜSTÜ()

AİLE GELİR DÜZEYİNİZ:

DÜŞÜK() ORTA() İYİ() ÇOK İYİ()

HERHANGİ BİR SAĞLIK PERSONELİ YAKININIZ VARMIDIR?

EVET() HAYIR()

EK 2: Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon)

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

1. (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.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

- 7.(a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl 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 3: Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
1. Var olabilecek olası sağlık durumlarını araştırmak için bir veya daha fazla belirtiyi kullanarak internette arama yaptığım oldu.					
2. Belirtileri girdikten sonra olası hastalıkları, olabilirliklerine göre sıralı bir şekilde görmeyi bekleyerek internet araştırmasını tıbbi uzmanlık sistemi gibi kullandığım oldu.					
3. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramalar, sıklıkla ciddi hastalıkların içeriğini gözden geçirmeme yol açar.					
4. Sorgulamalarım tıbbi belirtileri içerdiğinde, internet araştırma sonuçlarındaki sıralamanın hastalık olasılığını belirttiğini düşündüğüm oldu (örneğin, olasılığı yüksek hastalıkların sonuç sayfalarında en üstte gözükmesi gibi).					
5. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramalar, sıklıkla haftalar/aylar sürer.					
6. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramalar, internet ile ilgili diğer aktivitelerimi kesintiye uğratar.					
7. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramalar diğer yaşam aktivitelerimi kesintiye uğratar.					
8. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramalar kaygımı artırır.					
9. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramaların kaygımı arttırması önüme çıkan sayfaların sıralaması ile ilgilidir.					
10. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramaların kaygımı arttırması önüme çıkan sayfaların içeriği (örneğin; URL'ler, sayfanın başlığı, konunun					

vurgulanış şekli, resimli ve grafikli anlatımlar) ile ilgilidir.					
11. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramaların kaygımı arttırması sıklıkla kaynağın güvenilir olması ile ilgilidir.					
12. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramaların kaygımı arttırması, bu sayfaların sıklıkla ciddi açıklamalardan söz etmesi ile ilgilidir.					
13. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramaların kaygımı arttırması, bu sayfaların hastalığın ciddiyetini arttıran terimleri kullanması (örneğin; önemli, ölümcül, yaşamı tehdit eden) ile ilgilidir.					
14. Hastalık belirtisi olabileceğini düşündüğüm bir durum için internette yaptığım aramaların kaygımı arttırması, bu sayfaların sıklıkla karmaşık tıbbi terimleri kullanması ile ilgilidir.					
15. İnternette sağlıkla ilgili araştırma yapmam, algılanan tıbbi durumla ilgili daha az kaygılanmamı sağlar.					
16. İnternette sağlıkla ilgili araştırma yaparken, algılanan tıbbi durumuma dair bilgiyi güvenilir bir kaynaktan (örneğin; bir hastanenin web sitesinden) okumak kaygımı yatıştırır.					
17. İnternette sağlıkla ilgili araştırma yaparken, algılanan tıbbi durumuma dair bilgileri pek çok internet sayfasında ifade edilen fikirlere dayanarak sentez yapmak kaygımı yatıştırır.					
18. İnternette sağlıkla ilgili araştırma yaparken, teşhis konulan veya durumla ilgili endişelenen kişilerin online forumlarını okumak kaygımı yatıştırır.					
19. Sağlıkla ilişkili bilgileri internette araştırarak, algılanan tıbbi durumuma dair davranışlarımda değişikliğe yol açtı.					
20. Tıbbi bir tanı (herhangi bir hastalık tanısı) aldıktan sonra, bu tanı hakkında daha ayrıntılı bilgi elde etmek için interneti kullandım.					
21. Hastalığın başlangıç tanısında internet yararlıydı.					
22. İnternet, doktor tarafından kullanılan terminolojiyi/açıklamayı anlamama yardımcı oldu.					
23. Kendimin hipokondriyak / hastalık hastası olduğumu düşünürüm.					
24. Arkadaşlarım, ailem ya da sağlık çalışanları tarafından hipokondriyak /hastalık hastası olarak anılırım.					
25. İnternette yaptığım araştırma sonucunda elde ettiğim bilgi doktorum ile gerçekleştirdiğim konuşmaya aktif bir şekilde katılmama yardımcı olur.					
26. İnternet üzerinden bilgi topladığıma dair doktorumu bilgilendiririm.					
27. Kendi araştırmamı doktoruma götürürken sağlık çalışanının rolünden korktuğum için kendimi rahatsız hissettim.					

28. Kendi araştırmamı doktoruma götürürken bulduğum bilginin uygunluğundan/g�venirliğinden emin olmadığım için kendimi rahatsız hissettim.					
--	--	--	--	--	--

Ölçek Puanlama Rehberi:

Kaygıyı Artıran Faktörler (KARF): 9,10,11,12,13,14

Kompulsiyon/Hipokondri (K/H): 5,6,7,8,23,24

Kaygıyı Azaltan Faktörler (KAZF): 15,16,17,18,19

Doktor-Hasta Etkileşimi (DHE): 22,25,26,27*,28

İşlevsel Olmayan İnternet Kullanımı (   K): 1,2,3,4,20,21

Toplam Puan: Ölçeğin tüm maddelerinin (27. madde hariç) toplam puanıdır.

* 27. madde puanlamaya dahil edilmemektedir.

Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır.

Ölçek ("1=Hi bir zaman", "2=Nadiren", "3=Ara sıra", "4=Sık sık" ve "5=Her zaman") olarak puanlanmaktadır.

Ölçek ile ilgili detaylı bilgiye ulaşmak ve atıf yapmak için;

Durak-Batigun, A., Gor, N., Komurcu, B., ve Senkal-Erturk, I. (2018). Cyberchondria Scale (CS): Development, validity and reliability study. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(2), 148-162. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310203>

EK-4: Etik Kurul Onayı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 606
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 22.09.2022
Toplantı No : 2022/16
Proje No : 22-KAEK-193

06.10.2022

Sayın, Prof.Dr. Nurşah BAŞOL

Etik Kurulumuzun 22.09.2022 tarihli toplantısında görüşülen 22-KAEK-193 kayıt numaralı **“Acil Servislerde Sarı ve Yeşil Alanlara Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Mehmet ESEN
Başkan V. 



