



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE
BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK ANKSİYETESİ
DÜZEYLERİ VE SİBERKONDRI İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ**

Dr. Meliha Nur Arı

Antalya, 2025



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE
BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK ANKSİYETESİ
DÜZEYLERİ VE SİBERKONDRI İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**
UZMANLIK TEZİ

Dr. Meliha Nur Arı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin Avcı

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, özverili çalışması ile bizlere örnek olan, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Melahat AKDENİZ'e, bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığım hekim arkadaşlarıma; asistanlık sürecimin her gününü birlikte geçirdiğim Büşra SARANLI, Tenzile ARICI, Betül TUTOĞLU, Şule SARAÇOĞLU YILMAZ ve Gülsüm YAVUZ BAYRAK'a, ayrıca tüm değerli çalışma arkadaşlarıma

Hayatım boyunca tüm kararlarımda yanımda olan, her koşulda desteklerini hissettiğim, eğitim sürecim ve mesleki gelişimimde büyük pay sahibi olan sevgili aileme,

Eğitimim ve tez sürecimde her zaman yanımda olan, sabrı ve desteğiyle güç veren sevgili eşim Özgür ARI'ya ve varlığıyla yaşamıma anlam katan canım oğlum Deniz ARI'ya

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Anksiyetesi	6
2.1.1. Terminoloji ve Tanım	6
2.1.2. Tarihsel Gelişim.....	6
2.1.3. Epidemiyoloji.....	8
2.1.4. Etiyoloji	9
2.1.5. Klinik Özellikler	10
2.1.6. Tanı Kriterleri	13
2.1.7. Tedavi ve Müdahale Yöntemleri	14
2.1.8. Aile Hekimliği ve Sağlık Anksiyetesi	16
2.2. Siberkondri	17
2.2.1. Tanım ve Kavramsal Çerçeve	17
2.2.2. Tarihçe	18
2.2.3. Epidemiyoloji	19
2.2.4. Etiyoloji	20
2.2.5. Klinik Özellikler ve Tanı.....	21
2.2.6. Önleme, Yönetme ve Tedavi.....	23
2.2.7. Aile Hekimliği ve Siberkondri	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Yeri.....	26
3.2. Araştırmanın Tipi	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	27
3.6. Araştırmanın Tasarımı ve Kullanılan Ölçekler	27
3.6.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	27
3.6.2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu.....	28

3.7. Etik Kurul Onayı	28
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇLAR	63
7. ÖNERİLER.....	65
8. KAYNAKLAR	66
9. ÖZET.....	83
10. ABSTRACT	85
11. EKLER.....	87



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı 2019
CSS-12	Siberkondri Şiddet Ölçeği Kısa Form
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSM-III	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Üçüncü Baskı
DSM-IV	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Baskı
DSM-V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı
DSM-V-TR	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskının Metin Revizyonu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E-sağlık	Elektronik sağlık
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon
ICD-11	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyon
ITU	Uluslararası Telekomünikasyon Birliği
SAÖ	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
SCÖ	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği
SHAI	Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Hastalık Kaygısı Bozukluğu DSM-5-TR Tanı Kriterleri	14
Çizelge 4.1. Demografik Özellikler	30
Çizelge 4.2. Hastada ve Ailesinde Kronik Hastalık	31
Çizelge 4.3. Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı	31
Çizelge 4.4. Sağlık Sorunu Davranışları	32
Çizelge 4.5. Ölçek Skorları	33
Çizelge 4.6. Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri	33
Çizelge 4.7. Yaş ile Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi	34
Çizelge 4.8. Cinsiyete Göre Ölçek Skorları	35
Çizelge 4.9. Medeni Duruma Göre Ölçek Skorları	36
Çizelge 4.10. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları	36
Çizelge 4.11. Öğrenim Durumuna Göre Ölçek Skorları	37
Çizelge 4.12. Kronik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Skorları	38
Çizelge 4.13. Ailede Kronik Hastalık Öyküsü Varlığına Göre Ölçek Skorları	39
Çizelge 4.14. Ailede Kanser Öyküsü Varlığına Göre Ölçek Skorları	40
Çizelge 4.15. Ailede Sağlık Çalışanı Varlığına Göre Ölçek Skorları	41
Çizelge 4.16. Hastaneye Başvuru Sıklığına Göre Ölçek Skorları	43
Çizelge 4.17. Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılana Göre Ölçek Skorları	43
Çizelge 4.18. Doktora Rahat Soru Sorma Durumuna Göre Ölçek Skorları	47
Çizelge 4.19. Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi	47
Çizelge 4.20. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam Skoruna Etki Eden Faktörler	51
Çizelge 4.21. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Skoruna Etki Eden Faktörler ..	52

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Yaş Dağılımı.....	31
Şekil 4.2. Yaş ile SAÖ Hastalığının Olumsuz Sonuçları Boyutu Skoru Arasındaki Korelasyon Eğrisi.....	35
Şekil 4.3. Öğrenim Durumuna Göre CSS-12 Zorlama Boyutu Skoru.....	37
Şekil 4.4. Kronik Hastalık Varlığına Göre CSS-12 Güven Arayışı, SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu ve SAÖ Toplam Skorları.....	39
Şekil 4.5. Ailede Kanser Öyküsü Varlığına Göre SAÖ Toplam Skoru.....	40
Şekil 4.6. Hastaneye Başvuru Sıklığına Göre SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu ve SAÖ Toplam Skorları.....	44
Şekil 4.7. Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılana Göre CSS-12 Skorları.....	45
Şekil 4.8. Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılana Göre SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu ve SAÖ Toplam Skorları	46
Şekil 4.9. SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu Skoru ile CSS-12 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri.....	48
Şekil 4.10. SAÖ Hastalığının Olumsuz Sonuçları Boyutu Skoru ile CSS-12 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri.....	49
Şekil 4.11. SAÖ Toplam Skoru ile CSS-12 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri.....	50

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (1).

İçinde bulunduğumuz yüzyıl, tıp alanında hastalıkları tedavi etme, yeni tedavi yöntemleri bulma konusunda önemli ilerlemeler kaydedilen ve hastalıklardan korunmaya yönelik faaliyetlere odaklanılan bir dönemdir. Toplumlarda okuryazarlık seviyesinin artması, bireylerdeki bilinç ve farkındalık düzeyindeki artış, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması, bilginin medya ve internet gibi her yönden erişilebilir olması, bireylerde sağlık bilgisi arama davranışını meydana getirmiştir (2,3).

Sağlık bilgisi arama davranışı, bireylerin bilinçli bir şekilde sağlıkları, hastalıkları, sağlık riskleri ve sağlıklarını geliştirmeleri hakkında bilgileri elde etme sürecini ifade eder. Bireyler bu bilgileri resmi ve resmi olmayan kaynaklar aracılığıyla edinmektedir. Resmi sağlık bilgi kaynakları; sağlık personeli, eczacı, telefon danışma hattı ve sağlıkla ilgili kurslardır. Resmi olmayan sağlık bilgi kaynakları ise televizyon, radyo, gazete, dergi, kitap, internet, sosyal medya, hasta grupları, aile veya arkadaşlar, geleneksel tıp, dini kaynaklar ve mobil sağlık uygulamalarını kapsamaktadır (4). Bireyler, sağlıkla ilgili bilgileri en çok sağlık profesyonellerinden elde ederler ancak dijitalleşme ve yeni iletişim teknolojilerinin toplumsal hayata olan hızlı adaptasyonu neticesinde bireylerin sağlık bilgisi arama davranışları da değişime uğramıştır (5,6).

İnternetin yaygın ve yoğun kullanımının insanlara kolay ve ücretsiz olarak bilgiye ulaşma olanağı sağlamasıyla birlikte internet, çevrim içi sağlık bilgilerine erişimde popüler bir kaynak haline gelmiştir (7,8).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre Türkiye'de internet kullanım oranı, 16-74 yaş grubundaki bireylerde %88,8 olarak belirlenmiştir ve internet kullanan bireylerin 2024 yılı son 3 ay içinde %64,5'inin sağlıkla ilgili konularda bilgi aramak amacıyla interneti kullandığı belirtilmiştir (9).

İnternet üzerinden resmi ve güvenilir kaynaklardan elde edilen bilgiler, belirtilerin anlaşılması, hekime başvurma aciliyeti ve gerekliliğine karar verilmesi ve sağlık sorunu için doğru uzmanlık alanına yönelmesi gibi faydalar sağlamaktadır (7). Yapılan bir çalışmada, bireylerin interneti sağlık bilgileri için tamamlayıcı ve olumlu bir kaynak olarak kullandıkları gösterilmiştir. Bireylerin, bu bilginin kendilerini bir sağlık hizmeti sağlayıcısıyla iletişime geçmeye veya başkalarından sosyal destek almaya teşvik ettiği belirtilmiştir (10).

İnternet, birçok kişi için yararlı bir sağlık bilgisi kaynağı sağlasa da, sağlık bilgisi aramak için interneti kullanmanın, doğruluğu kanıtlanmamış, çelişkili ya da eski bilgilere maruz kalma gibi olumsuz yönleri de vardır (11). Bu olumsuzlukların en önemlilerinden biri de bu bilgileri okuyan bireylerin sağlık anksiyetelerinin artmasıdır (12). Bir kişinin sağlık anksiyetesi ne kadar çoksa o kadar sıklıkla internetten sağlık bilgisi aramaya eğilimli olmakta ve aramadan sonra da sıkıntısı artmaktadır (13).

Sağlık anksiyetesi, fiziksel belirtilerin veya değişikliklerin yanlış yorumlanmasına dayalı olarak kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair aşırı veya gereksiz endişe duyması anlamına gelmektedir. Sağlıkla ilgili bir miktar endişe çoğu bireyde vardır. Bu endişe gerekli tedaviyi almak için teşvik ediyorsa kabul edilebilir olarak görülmektedir. Şiddetli sağlık endişesi ise tıbbi güvenceye rağmen devam eder ve klinik düzeyde sıkıntı veya işlevsel bozukluk yaratmaktadır (14,15). Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireyler daha sık ve daha uzun süre çevrim içi arama yapmaktadır (16). Çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışı, kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğu veya gelişeceği korkusuyla istikrarlı hale gelebilmektedir. Yapılan çalışmalar, bunun sağlık kaygısını artırdığını, sıkıntı ve kaygının artmasıyla ilişkili siberkondriye yol açabileceğini göstermiştir (11,17).

Sağlıkla ilgili bilgiler için çevrim içi olarak aşırı veya tekrarlanan aramalarla ilişkili artan sağlık kaygısı veya sıkıntıya siberkondri denir (18). Bireyin var olduğunu düşündüğü hastalıkları hakkında internet ortamında bilgi, belge ve tedavi yöntemleri araştırarak kendisine tanı koymaya çalışma ya da tedavi etme uğraşında olma durumudur (19). Siberkondri yalnızca çevrim içi sağlık bilgisi aramayı ifade etmez, aynı zamanda sıkıntı ve kaygı tarafından yönlendirilen ve bunlara yol açan aşırı aramaları da içermektedir (20). Bir durum veya tanı varlığından çok anormal

bir davranış modeli olarak kabul edilen siberkondrinin özellikle yüksek düzeyde sağlık kaygısı olan kişiler arasında yaygın olduğu düşünülmektedir (20). Bu bireylerin, interneti bir tür güvence arayışı (hastalığın varlığını kanıtlamak/çürütmek gibi) olarak kullandığı düşünülmektedir. Aşırı güvence arayışı, olumsuz pekiştirme ve daha fazla arama yapmaya sevk eden endişe verici sonuçlara maruz kalma nedeniyle sağlık amaçlı orantısız internet kullanımına yol açabilmektedir (21). Çalışmalar, çevrim içi sağlık bilgisi aramanın kişinin korktuğu durumla ilgili sıkıntı ve belirsizlik düzeylerini gerçekten artırabileceğini göstermiştir (20).

Literatür taramasında, sağlık anksiyetesi ve siberkondrinin ayrı ayrı incelendiği çalışmalar vardır. Aynı zamanda sağlık anksiyetesi ve siberkondri ilişkisinin, hemşireler, öğretmenler, akademisyenler, üniversite ve lise öğrencileri üzerinde birlikte incelendiği çalışmalar da vardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda sağlık anksiyetesi ve siberkondri ilişkisini inceleyen bir çalışma görülmemiştir.

Ülkemizde Tuna ve arkadaşlarının, üniversite öğrencilerinde siberkondri ve anksiyete düzeyinin ölçülmesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçlayan kesitsel bir çalışması vardır. Çalışmada, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Katılımcıların SCÖ puan ortalaması $73,01 \pm 19,22$, BAÖ puan ortalaması $14,52 \pm 11,48$ olarak bulunmuştur. Sosyal ağlardan ve internet sitelerinden elde edilen sağlık bilgisini güvenilir bulan öğrencilerin SCÖ puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların sağlıkla ilgili internette geçirdikleri ortalama süre ile SCÖ ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Katılımcıların BAÖ puanı ile SCÖ puanı arasında da pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin siberkondri puanları arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı görülmüştür (22).

Özkent ve arkadaşlarının, üroloji polikliniğine başvuran hastaların, siberkondri düzeylerinin ve bu hastalarda siberkondri şiddeti ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan gözlemsel çalışması vardır. Çalışmada, Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri (SHAI) ve Siberkondri Şiddet Ölçeği Kısa Form (CSS-12) versiyonu kullanılmıştır. Hastalar yakınmalarına göre genel üroloji, üro-

onkoloji, androloji, fonksiyonel üroloji ve endoüroloji olarak gruplara ayrılmıştır. Katılımcıların, CSS-12 puan ortalaması $28,1 \pm 12,1$ ve SHAI puan ortalaması $18,9 \pm 13,6$ olarak bulunmuştur. Androlojik semptomları olan hastaların, CSS-12 puanı yüksek bulunmuş ve yüksek sağlık kaygısı ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Bunu üroonkolojik hastalıklara sahip olan hastalar izlemiştir. En az ilişki fonksiyonel ürolojik hastalıkları olan hastalarda gözlenmiştir. Ayrıca CSS-12 ile SHAI arasında pozitif bir korelasyon gözlenmiştir. Artan siberkondri düzeyi bu hastalarda sağlık kaygısının artmasına ve hastalık yükünün artmasına neden olmuştur (23).

Bu çalışmada amacımız; birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran hastaların, sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerini belirlemek ve sağlık anksiyetesi ile siberkondri düzeyleri arasında ilişki bulunup bulunmadığının araştırmaktır. Aynı zamanda bu hastaların, sağlık anksiyetesi ve siberkondri konusunda farkındalıklarının artırılması ve bu durumlarla başa çıkmaları konusunda stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve CSS-12 kullanılmıştır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002’de geliştirilmiştir (24). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013’te yapılmıştır (25). Bu ölçek 18 soru ve 2 alt boyuttan oluşan dördümlü likert tipinde bir ölçektir. İlk 14 soru, gövde boyut, bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygının düzeyini ölçmektedir. Son dört soru, hastalıkların olumsuz sonuçları ile ilişkili ek boyut, ciddi bir hastalık durumunda zihinsel durumu ölçmektedir. Puan aralığı 0-54 arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör çözümlemesi uygulanmıştır. Güvenilirlik çözümlemelerinde ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 olarak elde edilmiştir (25).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu, McElroy ve arkadaşları tarafından 2019’da geliştirilen 12 madde ve 4 alt boyuttan (zorlama, sıkıntı, aşırılık ve güven arayışı) meydana gelen beşli likert tipi bir ölçektir (26). McElroy ve Shevlin’in 2014’te geliştirdiği, 33 madde ve 5 alt boyuttan oluşan SCÖ’de yer alan “Güvensizlik” alt boyutuna yönelik yapılan eleştiriler nedeniyle McElroy ve

arkadaşları CSS-12 ölçeğini oluşturmuşlardır (26,27). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Tuğtekin ve arkadaşları tarafından 2021’de yetişkinler üzerinde yapılmıştır. Sürekli bir ölçek olup kategorik değildir. Buna bağlı olarak bir kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanların toplamı ile bireyin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Puan aralığı 12-60 arasındadır. Bireyin aldığı puan ne kadar yüksekse kişinin siberkondri düzeyi o kadar yüksek demektir. CSS-12’nin alt ölçeklerinin güvenilirliği için hesaplanmış olan Cronbach alfa katsayıları 0,75 ile 0,85 arasında değişmekte olup; tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,837 olarak hesaplanmıştır (28).



GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Anksiyetesi

2.1.1. Terminoloji ve Tanım

Sağlık anksiyetesi, bireyin bedensel duyumları ve fizyolojik değişimleri yanlış yorumlayarak ciddi bir hastalığa sahip olduğuna inanması ya da ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı ve sürekli bir kaygı duyması ile karakterize edilen bir psikopatolojik durumdur (14,15,29). Bu durum, bireyin sürekli olarak bedenini kontrol etme, sık sağlık taramaları yaptırma ve internette hastalık belirtileri hakkında kapsamlı araştırmalar yapma (siberkondri) gibi davranışlarla kendini göstermektedir (30). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) gibi tanı ve sınıflandırma kılavuzlarında bu haliyle tanımlanmamış olan bu kavramın, tüm bireylerde fizyolojik bir özellik olarak bulunabileceği ve keskin bir 'var-yok' ayrımından ziyade, sağlıkla ilgili hiçbir endişenin olmadığı bir durumdan klinik açıdan önemli düzeydeki sağlık anksiyetesine kadar uzanan boyutsal bir süreklilik içerisinde ele alınması gerektiği savunulmaktadır (31–33).

2.1.2. Tarihsel Gelişim

Sağlık anksiyetesi kavramı, tarihsel olarak hipokondriyazis terimiyle ilişkilendirilmekle birlikte, tanı sistemlerinde ve literatürde zaman içinde önemli bir kavramsal dönüşüm geçirmiştir (34). İlk olarak 1980 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Üçüncü Baskı (DSM-III)'da, sağlıkla ilgili yoğun kaygılar hipokondriyazis başlığı altında sınıflandırılmış ve bireyin ciddi bir fiziksel hastalığa sahip olduğuna ya da olacağına dair, tıbbi değerlendirmeye açıklanamayan ısrarlı korkuları bu tanı kapsamında ele alınmıştır. Bu dönemde sağlık anksiyetesi, henüz bağımsız bir tanı olarak değerlendirilmemiştir (35).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) 1994 yılında yayımlanmış ve bu versiyonda da hipokondriyazis tanısı varlığını sürdürmüştür. Bu kez bireyin bir ya da daha fazla fiziksel semptomu ciddi

bir hastalığın belirtisi olarak yorumlaması; en az altı ay süren aşırı kaygı ve uğraş düzeyiyle açıklanmıştır. Ancak bu sınıflamada da sağlık anksiyetesi kavramı, ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamıştır (36). Öte yandan, literatürde bu dönemde kavramsal bir ayrışma başlamıştır. Özellikle Warwick ve Salkovskis, 1980’li yılların sonlarında geliştirdikleri bilişsel davranışçı model çerçevesinde sağlık anksiyetesi terimini ilk kez sistematik biçimde kullanmış ve bu kavramı bireyin bedensel duyuları tehdit olarak algılaması ve bunları ciddi bir hastalık belirtisi olarak yorumlamasıyla ortaya çıkan bilişsel bir süreç olarak tanımlamışlardır (37,38). Bu yaklaşım, 1990’larda yayımlanan çalışmalarla daha da geliştirilmiş; sağlıkla ilgili kaygıların yalnızca patolojik düzeyde değil, daha geniş bir spektrumda incelenmesini sağlamış ve kavramsal çerçevenin hipokondriyazisten ayrışmasına öncülük etmiştir (38).

Bu ayrışma, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) ile tanı sistemine de yansımış; hipokondriyazis, olumsuz çağrışımları ve hasta-hekim ilişkisini zedeleyici etkileri nedeniyle sınıflamadan çıkarılmıştır. DSM-V’e göre, daha önce hipokondriyazis tanısı almış bireylerden belirgin bedensel belirtileri olanlar “somatik belirti bozukluğu”, bedensel belirtileri olmayan fakat ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı kaygı duyan bireyler ise — bu kaygılar başka bir anksiyete bozukluğuyla açıklanamıyorsa — “hastalık kaygısı bozukluğu” tanısı altında değerlendirilmektedir (39,40). Hastalık kaygısı bozukluğu, kavramsal olarak sağlık anksiyetesi ile büyük ölçüde örtüşen bir klinik tabloyu yansıtmaktadır (30).

Uluslararası sınıflama sistemlerinde de benzer bir evrim gözlenmektedir. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon (ICD-10)’da, hipokondriyal bozukluklar “somatoform bozukluklar” başlığı altında yer almakta; sağlık anksiyetesi ya da hastalık kaygısı bozukluğu için ayrı tanı kodları bulunmamaktadır (41). Buna karşılık, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyon (ICD-11) ile birlikte sağlık anksiyetesi ve hastalık kaygısı bozukluğu, “hipokondriyazis” başlığı altında yeniden düzenlenmiş ve hipokondriyazis, “obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar” ana kategorisi altına alınmıştır (42).

2.1.3. Epidemiyoloji

Sağlık anksiyetesi, toplum genelinde ve sağlık hizmeti başvurularında farklı oranlarda gözlemlenen yaygın bir ruhsal bozukluktur (43). Sağlık anksiyetesinin belirgin ciddiyeti ve önemli ekonomik yüküne rağmen, genel popülasyonda bu semptomların yaygınlığını veya bunlarla ilişkili sosyodemografik ve sağlık risk faktörlerini inceleyen az sayıda epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır (44).

Yapılan uluslararası çalışmalarda, sağlık anksiyetesinin genel toplumda görülme sıklığının %0,04 ile %4,5; sağlık hizmeti başvurularında ise %0,3 ile %8,5 arasında değiştiği bildirilmektedir (45). Avustralya’da yürütülen bir çalışmada, orta yaşlarda zirveye ulaşan %5,7’lik bir yaşam boyu yaygınlık bulunmuştur (46). Weck ve arkadaşlarının sağlık anksiyetesi prevalansına yönelik bir sistematik derlemesinde, %2,1 ile %13,1 arasında değişen oranlarda görüldüğü ortaya konulmuştur (47).

Sağlık anksiyetesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde yaklaşık %10, ayaktan hastane başvurularında ise yaklaşık %20 olarak bildirilmiştir (48). Klinik gözlemlerde, sağlık anksiyetesinin genellikle bir hastalık bağlamında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu durumun tetikleyicilerinden biri, örneğin miyokard enfarktüsü gibi ani başlayan bir tıbbi hastalığın başarılı şekilde tedavi edilmesine rağmen, hastada aynı durumun tekrar edeceği konusunda yoğun bir endişe oluşturmastır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde sağlık anksiyetesi oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (48,49).

Sağlık anksiyetesinin yaygınlığının, yaş ilerledikçe arttığı ve bu durumun diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla yaşla daha güçlü bir ilişki gösterdiği belirtilmektedir (50,51). Bazı çalışmalarda ise sağlık anksiyetesinin prevalansının genç ve yaşlı bireylerde daha düşük, orta yaş grubunda ise en yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (46,52).

Sosyoekonomik düzey ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki net bir şekilde ortaya konulamamıştır (53). Birçok çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde sağlık anksiyetesinin prevalansının arttığı bildirilmiştir (44,54,55). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde de riskin arttığı gösterilmiştir (56). Ayrıca, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde sağlık anksiyetesinin daha yaygın olduğu saptanmıştır (57).

Son araştırmalar, sağlık anksiyetesinin son 30 yılda katlanarak arttığını göstermektedir (43,58). Bu artış, kısmen siberkondri ile ilişkilendirilmiştir (11,43).

2.1.4. Etiyoloji

Sağlık anksiyetesinin başlangıcı ve seyriyle ilgili net verilere ulaşılamamıştır. Genellikle bireyin stres altında olduğu durumlarda ortaya   çıkmaktadır. Birçok bireyde, özellikle bir aile üyesinin hastalığı veya ölümünün ardından erken yaşlarda başlayan sağlık kaygısının uzun süre devam ettiği gözlemlenmiştir. Bazı bireylerde ise, yetişkinlikte ciddi bir hastalık sonrası ölüm kaygısının belirmesi ve bu kaygının ardından hastalık korkusunun gelişmesiyle sağlık anksiyetesi ortaya   çıkmaktadır (59,60). Bedensel işlevlerde ve görünümde meydana gelen değişikliklere yönelik duyarlılığın, hastalık sürecinde artış gösterdiği bilinmektedir (61).

şiddetli sağlık anksiyetesinin gelişimine ilişkin farklı psikososyal kuramlar  ne sürülmüştür (62,63). Bu kuramlar arasında bilişsel-davranışçı model dikkat çekmekte olup, bu modele göre sağlık anksiyetesi; bireyin sağlığına yönelik tehdit algılarına karşı aşırı ve sürekli bir kaygı yaşamasıyla karakterize edilmektedir (63,64). Bu kaygının, genellikle normal vücut duyumlarının abartılı biçimde algılanması ve ciddi bir tıbbi hastalıkla ilişkilendirilmesi sonucunda ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu durumun, bireyde sağlıklı olduğuna dair tekrarlayıcı bir güvence arayışına neden olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca hastalığa ilişkin kendiliğinden gelişen düşüncelerin birey tarafından nasıl yorumlandığı ve bu düşüncelere verilen tepkilerin, sağlık anksiyetesi gelişimine yatkınlık oluşturabileceği ileri sürülmektedir (65). Bilişsel-davranışçı modele göre, sağlık anksiyetesine zemin hazırlayan başlıca risk faktörleri arasında; ciddi hastalıkların yaygınlığı ve bulaşıcılığına, bedensel belirtilerin anlamına ve hastalıkların seyri ile tedavi sürecine ilişkin işlevsiz inançlar yer almaktadır (32). Bu işlevsiz varsayımların erken dönem aile yaşantıları ve çocuklukta geçirilen hastalık deneyimleriyle ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir. Ebeveynlerin aşırı sağlık kaygısı ya da ciddi hastalık  k s n n çocukluk döneminde gözlemlenmesi, erişkinlikte sağlık anksiyetesine yatkınlığı artırabilmektedir (66,67).

Sağlık anksiyetesinin etiyolojisinin incelendiği bir çalışmada, serotonin fonksiyonundaki bozulmanın, nörotirofin-3 düzeylerinde azalmaya yol açabileceği ve bu durumun sağlık anksiyetesi ile ilişkilendirilebileceği öne sürülmüştür (68).

British Columbia Üniversitesi İkiz Projesi'ne katılan monozigot ve dizigot ikiz çiftleri üzerinde yapılan bir araştırmada, sağlık anksiyetesinin genetik ve çevresel faktörlerle ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, sağlık anksiyetesinin kalıtsal faktörlerle orta düzeyde ilişkili olduğu saptanırken, çevresel faktörlerle büyük ölçüde ilişkili olduğu ve öğrenilmiş bir olgu olduğu gösterilmiştir (69).

2.1.5. Klinik Özellikler

Sağlık anksiyetesine ilişkin belirtiler, normal düzeydeki sağlıkla ilgili endişelerden başlayarak, işlevselliği bozacak düzeyde patolojik kaygıya kadar uzanan bir spektrum içerisinde ortaya çıkmaktadır (31,33). Bireyin sağlık durumu hakkında aşırı kaygı duyması ve ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkması temel belirtiler arasında yer almaktadır (70). Anksiyete ile ilişkili belirtiler, özellikle de somatik semptomlar, genellikle organik bir hastalığın kanıtı olarak yanlış şekilde yorumlanmaktadır. Vücutta gözlemlenen değişiklikler — örneğin ciltteki lekeler, çıkıntılar, kas seyirmeleri ile çeşitli ağrı ve sızılar— tehlikeli olarak değerlendirilmekte ve ciddi bir hastalığın habercisi olarak algılanmaktadır (70,71). Bireyler, sağlık durumlarını sürekli olarak gözlemlene sorumluluğunu kendilerine atfederken, bu çabanın yeterli olmadığına dair duyulan inanç nedeniyle tıbbi yardım arayışına da girmektedir. Sağlık anksiyetesi geliştikten sonra, bu durumun genellikle aşırı beden kontrolüyle birlikte sürdüğü ve zamanla hipervijilans (aşırı uyarılmışlık hali) ile karakterize edildiği görülmektedir. Son yıllarda bu duruma, siberkondri olarak adlandırılan internet üzerinden yapılan yoğun sağlık araştırmalarının da eşlik ettiği bildirilmektedir (70,72).

Sağlık kaygısının tipik görünümü, bireyin olası hastalığına ilişkin tıbbi tetkikler talep etmesi veya güvence aramak amacıyla hekime sık sık başvurmasıyla karakterize edilmektedir (52). Panik bozuklukta gözlenen güvenlik davranışları ve obsesif-kompulsif bozuklukta görülen ritüelistik davranışlara benzer şekilde, sağlık anksiyetesini kısa vadede azaltma amacıyla gerçekleştirilen sağlıkla ilişkili davranışların (örneğin, sık semptom kontrolü ve güvence arama), uzun vadede

patolojik kaygının devam etmesine ya da daha da şiddetlenmesine neden olduğu bildirilmektedir (37,73,74).

Sağlık anksiyetesi tanısı çoğu zaman göz ardı edilmekte; hastalar, negatif tetkik sonuçlarına rağmen gereksiz incelemelerle yönlendirilmekte ve uygun olmayan tedavilere maruz kalmaktadır. Oysa bu bireyler, yalnızca bedensel belirtilerin giderilmesini değil, esas olarak ciddi bir hastalığa yakalanma düşüncesinden kaynaklanan yoğun kaygıdan kurtulmayı hedeflemektedir (75).

Genellikle bireyin sağlığına ilişkin kaygı duyduğu kolaylıkla fark edilebilmektedir; ancak bu kaygının anormal düzeyde ve büyük ölçüde gerekçesiz olduğunu belirlemek, daha karmaşık bir klinik değerlendirme süreci gerektirmektedir. Bu durum, hastanın sağlıkla ilgili endişeleri nedeniyle tekrarlayan başvurularına rağmen herhangi bir patoloji saptanmamış olmasıyla anlaşılmaktadır. Uygulanan değerlendirme ve tetkiklerin sonuçları çoğunlukla normal sınırlarda bulunmakta ya da klinik olarak anlam taşımayan hafif düzeyde sapmalar göstermektedir (30).

Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler, kaygılarını tamamen fark etmelerine rağmen, bu kaygının, korktukları hastalığın gerçekte mevcut olmadığına söylenmesiyle çözülebileceğine inandıkları için doğrudan kaygıdan şikâyet etmezler. Bu doğrultuda, güvence arayışı, sorunun çözümünde en öncelikli tutum olarak öne çıkmaktadır. Güvence sağlamak amacıyla çeşitli yollar ararlar; arkadaşlarına, akrabalarına hatta çocuklarına ve genellikle hekimlere danışırlar (30).

Birey ve yakınları üzerinde önemli bir sıkıntıya yol açan, yaygın ve işlevselliği kısıtlayan bir durum olup, genel popülasyona kıyasla daha sık hekim başvurularına ve hastalık izniyle geçirilen gün sayısında artışa neden olmakta; bu durum da yüksek sağlık hizmeti kullanımı nedeniyle ekonomik açıdan da önemli bir maliyet oluşturmaktadır (46,76–78). Sağlık anksiyetesi olan birinci basamak hastalarının, belli bir tıbbi tanısı olan birinci basamak hastalarına kıyasla sağlık hizmetlerini %41 ila %78 oranında daha fazla kullandığı ortaya konmuştur (76). İngiltere’de gerçekleştirilen bir çalışmada, tıbbi kliniklere başvuran her beş hastadan en az birinde sağlık anksiyetesine ilişkin belirtilerin görüldüğü bildirilmiş; bu bireylerin

sağlık hizmeti kullanımına ilişkin maliyetlerinin, genel ortalamanın %20–30 üzerinde olduğu saptanmıştır (34).

Sağlık kaygısının tanı sonrası seyri, tedavi alıp almamaya bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu durumu yaşayan bireyler, üç ana gruba ayrılmaktadır: Sağlık kaygısı yaşadıklarını kabul eden ve tedavi talep edenler (tedavi arayanlar), sağlık kaygısı yaşadıklarını yalnızca uzmanlarla görüşme sonrası fark edenler (tedavi anlayanlar) ve sağlık kaygısı yaşadıklarını hiç kabul etmeyenler (tedavi reddedenler) (79). Başlangıç evresinde genellikle hafif düzeyde ve kendiliğinden sınırlanan bir tablo olarak tanımlanmaktadır. Bazı bireylerde belirtiler, yaşam stresörleri tarafından tetiklenen, nadir ve kısa süreli dönemler şeklinde gözlenmektedir. Ancak olguların büyük bir kısmında bozukluğun kronik ve yineleyici bir seyir izlediği bildirilmektedir. Vakaların yaklaşık %5’inde, özellikle kadın bireylerde, yaşam boyu süren sürekli bir klinik tabloya rastlanmaktadır (80).

Sağlık anksiyetesi bulunan bireylerde, genel nüfus ve sağlık anksiyetesi olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, daha fazla iş günü kaybı yaşandığı; fiziksel kısıtlılık, işlevsellikte bozulma, düşük iş performansı, engellilik ile anksiyete ve depresyonun daha yüksek oranlarda gözlemlendiği bildirilmektedir (54,77,81).

Sağlık anksiyetesi olan bireylerde iskemik kalp hastalığı gelişme olasılığının daha yüksek olduğuna dair çalışmalar vardır. Norveç’te 7052 katılımcıyla yürütülen bir epidemiyolojik çalışmada, Whitely İndeksi ile sağlık anksiyetesi saptanan bireylerin %6,1’inde iskemik kalp hastalığı geliştiği belirlenmiştir. Sağlık anksiyetesi olmayan bireylerde ise bu oran yalnızca %3 olarak bulunmuştur. Kardiyovasküler risk faktörleri için düzeltme yapıldığında, sağlık anksiyetesinin iskemik kalp hastalığı riskini %70 oranında artırdığı tahmin edilmiştir (82).

Genel nüfusta sağlık anksiyetesi gösteren bireylerin, sağlık anksiyetesi yaşamayanlara kıyasla başka psikopatolojiler geliştirme olasılığı daha yüksektir. Sağlık anksiyetesiyle sıkça eşlik eden hastalıklar arasında majör depresyon, distimi, bipolar bozukluk, agorafobi, panik bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk bulunmaktadır (46).

2.1.6. Tanı Kriterleri

Sağlık anksiyetesine yönelik ilk sistematik tanı kriterleri, 1995 yılında yayımlanan ‘‘Psikosomatik Araştırmalarda Kullanım İçin Tanı Kriterleri’’ başlıklı çalışmada ortaya konmuştur. Bu model, sağlıkla ilgili kaygıların yapılandırılmış biçimde tanımlanmasına ve diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesine olanak tanımıştır. Söz konusu kriterlere göre sağlık anksiyetesi tanısı konulabilmesi için aşağıdaki üç ölçütün tümünün karşılanması gerekmektedir (83):

- Bireyin, hastalıklara yönelik yaygın bir kaygı duyması; ağrı ve diğer bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık göstermesi ve somatik duyumları abartılı biçimde yorumlamasıyla bedensel uğraşlar geliştirmesi; bu belirtilerin ise genellikle altı aydan kısa sürmesi.
- Mevcut kaygı ve korkuların, uygun tıbbi güvence sağlandığında yatışması; ancak zamanla yeniden benzer endişelerin ortaya çıkma eğilimi göstermesi.
- Bu kaygı ve korkuların herhangi bir duygu durumu bozukluğu ya da başka bir anksiyete bozukluğuna ikincil olmaması.

Sağlık anksiyetesine ilişkin tanı kriterleri, Tyrer ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yayımlanan bir çalışmada yeniden değerlendirilmiştir. Bu güncel yaklaşımda, bireylerin hastalıklarla ilgili duyduğu kaygının sürekliliği, işlevselliği üzerindeki etkileri ve tanıya katkı sağlayan davranışsal örüntüler ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Çalışmada sağlık anksiyetesinin temel tanı özellikleri şu şekilde sıralanmıştır (30):

- Sağlıkla ilgili aşırı endişeler
- Vücut ve bedensel işlevler konusunda aşırı tetikte olma
- Hastalık belirtileri açısından bedeni tekrar tekrar kontrol etme
- Ciddi ya da tedavi edilemez bir hastalığa sahip olma ya da geliştirme korkusu
- Sürekli güvence alma ihtiyacı
- Sık tıbbi başvurular

Sağlık anksiyetesi ile benzerlik gösteren bir tablo olan hastalık kaygısı bozukluğu, sağlıkla ilgili aşırı endişe ve kaygı durumlarını içeren bir psikiyatrik bozukluktur (30). Çizelge 2.1’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El

Kitabı, Beşinci Baskının Metin Revizyonu (DSM-5-TR)'na göre hastalık kaygısı bozukluğu tanı kriterleri listelenmiştir (84).

Çizelge 2.1 Hastalık Kaygısı Bozukluğu DSM-5-TR Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri	Açıklama
Aşırı Kaygı ve Endişe	Birey, mevcut bir hastalık ya da sağlık durumunu sürekli ve aşırı şekilde düşünür. Genellikle başka bir sağlık sorununun belirtilerini yanlış yorumlayarak ciddi bir hastalığa yakalanma endişesi taşır.
Hastalık Belirtileri ve Fiziksel Testlere Aşırı Odaklanma	Kişi, olağan bedensel belirtileri (örneğin baş ağrısı, kas ağrıları) tehdit edici şekilde yorumlar. Sürekli test yaptırma, doktora başvurma veya araştırma yapma davranışı gösterir.
Davranışsal Tepkiler	Kaygıya bağlı olarak sık doktor ziyaretleri yapılır. Sürekli başka bir tıbbi görüş arayışı söz konusudur.
Kabul Edilemez Derecede Uzun Süreli Kaygı	Sağlıkla ilgili kaygılar en az 6 ay boyunca devam eder.
Diğer Bozuklukların Dışlanması	Söz konusu kaygılar başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamaz.
Kişinin Sağlık Durumunun Kesin Bir Şekilde Olumsuz Etkilenmesi	Kaygılar; bireyin günlük yaşamını, işlevselliğini ve sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkiler.
Kaynak: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022. p. 357-361.	

2.1.7. Tedavi ve Müdahale Yöntemleri

Sağlık anksiyetesi, insanların kendi sağlık durumlarını izlemeleri konusunda verilen tavsiyelerin artması ve sağlık konularında aşırı internet taraması yapmanın olumsuz etkilerinin bir sonucu olarak sıklıkla artmaktadır. Tedavi edilmediği takdirde, uzun süre devam etmekte, bireyde önemli düzeyde sıkıntı ve işlevsel bozulma oluşturmakta ve yaşam süresini olumsuz yönde etkilemektedir (85).

Yoğun kaygı yaşayan bireyler, çoğunlukla ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaktadır (86,87). Aile hekimlerinin, sağlık anksiyetesinin varlığını tanıyabilmeleri, bu durumun bireyler üzerindeki etkilerini fark edebilmeleri ve uygun müdahale yöntemleriyle yönetmeleri büyük önem taşımaktadır (85). Etkili yönetim için hasta ile iş birliği kritik öneme sahiptir. Hastaların, tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve terapötik seçenekler arasında karar verilmesi süreçlerine aktif biçimde dâhil edilmesi gerekmektedir (88).

Birinci basamak hekimi tarafından düzenli takip randevularının planlanması, hasta ile güçlü bir terapötik ittifak kurulması, hastanın sağlık ile ilgili kaygılarının kabul edilip meşrulaştırılması, tanı konulabilir genel tıbbi hastalıkların değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi, gereksiz tanısal testlerin ve uzman yönlendirmelerinin sınırlı tutulması, hastaya ciddi tıbbi hastalıkların dışlandığı yönünde güven verilmesi, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların (örneğin anksiyete, depresyon ya da madde kullanım bozuklukları) tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, sağlık anksiyetesine yönelik başa çıkma becerilerinin hastaya kazandırılması sağlık anksiyetesinin yönetiminde temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır (89–91). Birinci basamak hekimi tarafından uygulanan tedavi girişimlerinin yetersiz kalması durumunda, hastanın uygun şekilde bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir (89).

Etkinliği kanıtlanmış tedavi seçenekleri arasında bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli yaklaşımlar ve farmakoterapi bulunmaktadır (79,89,92). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar, semptomların hafifletilmesinde etkili bulunmuştur (85,89). Meta-analizler, sağlık anksiyetesi için bilişsel davranışçı terapisinin etkili bir tedavi olduğunu ve sağlık anksiyetesinin temel semptomları üzerinde büyük ve kalıcı etkilerinin yanı sıra depresyon ve genel anksiyete gibi ikincil semptomlar üzerinde de terapötik etkiler sağladığını ortaya koymuştur (93–96).

Sağlık anksiyetesi olan bireylerin, yaklaşık üçte ikisinin bilişsel davranışçı terapiye yanıt verdiği ve her iki bireyden birinde remisyon sağlandığı gösterilmiştir (96). Yaşlı bireylerin, sağlık anksiyetesi konusunda gençlere kıyasla tedaviye daha olumlu yanıt verdiği dair kanıtlar bulunmaktadır (79,97).

2.1.8. Aile Hekimliği ve Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi olan bireyler nadiren psikiyatristler tarafından değerlendirilmekte; bu kişiler çoğunlukla başvurularını birinci basamak hekimleri ve diğer genel tıp uzmanlarına yapmaktadır (49,85). Aile hekimliği, bireylerin yaşam boyu sağlık hizmetlerine erişiminde ilk tıbbi temas noktası olarak konumlanmıştır. Bireyler, sahip olduklarını düşündükleri ya da şüphelendikleri bir hastalığın ilk değerlendirmesi için çoğunlukla aile hekimine başvurmaktadır (98).

Aile hekimliği, bireyin yaşam boyu bütüncül sağlık hizmetine erişimini sağlayan, sürekli ve koordineli bakım sunan bir disiplindir. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından tanımlanan çekirdek yeterliliklerden biri olan bütüncül yaklaşım, bireyin yalnızca biyolojik değil; psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal yönleriyle bir bütün olarak değerlendirilmesini esas alır. Bu yaklaşım, sağlık anksiyetesi gibi bireyin yaşam kalitesini etkileyen psikososyal durumların tanınması ve yönetiminde önemli avantajlar sağlamaktadır (98).

Sağlık anksiyetesi, kişinin ciddi bir hastalığı olduğuna ya da olacağına dair gerçekçi olmayan ve süregelen kaygılar yaşamasiyla karakterizedir (29). Bu durum sıklıkla tekrarlayan sağlık başvuruları, gereksiz tetkik istemleri ve hekime güven sorunu ile kendini göstermektedir (52). Birinci basamak hekimlerinin, bu tür hastaları erken dönemde tanıyabilmeleri; açık, empatik bir iletişim kurmaları ve gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınmaları önerilmektedir. Ayrıca, gerekli durumlarda bireylerin psikolojik destek hizmetlerine yönlendirilmesi de etkili bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (99).

Aile hekimliği disiplini, yalnızca tanı ve tedavi süreçlerini yönetmekle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda hastaların savunuculuğunu üstlenmeyi de kapsamaktadır (98). Bu çerçevede aile hekiminin temel sorumluluklarından biri, bireyleri gereksiz tarama, tetkik ve tedavi uygulamalarının yol açabileceği potansiyel zararlardan korumaktır. Bu yaklaşım, tıbbileştirme eğilimini azaltmayı ve hastaya zarar vermeme ilkesini önceleyen dördüncül koruma kavramı ile örtüşmektedir (98,100). Özellikle sağlık anksiyetesi gibi durumlarda, gereksiz tıbbi girişimlerin önlenmesi hem bireyin psikososyal iyilik halini desteklemekte hem de sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (100).

2.2. Siberkondri

2.2.1. Tanım ve Kavramsal Çerçeve

Teknolojinin hızlı gelişimi ve internetin sağlık alanında bilgiye erişimi kolaylaştırmasıyla birlikte, bireylerin çeşitli sağlık sorunlarına ilişkin bilgileri çevrim içi kaynaklardan araştırma eğiliminde artış gözlenmiştir (3). Çevrim içi sağlık bilgilerinin kolaylık ve erişilebilirlik gibi potansiyel faydalarına karşın, bu süreç bazı bireylerde sağlıkla ilgili endişelerin artmasına yol açabilmektedir (101). Bu kapsamda, “siberkondri” terimi literatürde önemli bir kavram olarak öne çıkmaktadır (18).

Siberkondri, bireylerin sağlıklarına ilişkin endişelerini gidermek amacıyla internet üzerinden sürekli ve tekrarlayıcı biçimde bilgi aramaları sonucunda, sağlık kaygısı ve psikolojik sıkıntının arttığı bir durum olarak tanımlanmaktadır (18,27,101,102). Bireyler, bedensel bir belirti ya da sağlıkla ilgili şüpheli bir durumu fark ettiklerinde, bu durumu anlamlandırmak amacıyla çevrim içi ortamda yoğun ve kontrolsüz biçimde sağlık bilgisi arama davranışı gösterebilmektedir (17). Ancak bu süreçte edinilen bilgiler, kişide geçici bir rahatlama sağlamak yerine, çoğu zaman bireyde daha ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair inançların güçlenmesine ve buna bağlı olarak sağlıkla ilgili kaygı düzeyinin artmasına neden olmaktadır (103). Bilgi arama davranışının tekrar edilmesiyle birlikte zamanla öğrenilmiş ve pekişmiş bir davranış örüntüsü gelişmekte; bu durum, bedensel belirti → çevrim içi arama → kaygı artışı → yeniden arama şeklinde döngüsel bir yapıya dönüşmektedir (20). Her ne kadar bu çabalar kısa vadede kaygıda azalma sağlayabilse de, uzun vadede bu döngünün devam etmesine yol açmakta; çünkü kaygının azalması, çevrim içi bilgi arama davranışlarını olumsuz pekiştirmektedir (18).

Siberkondri kavramını açıklamaya yönelik literatürde iki temel yaklaşım öne çıkmaktadır. İlk yaklaşım, siberkondriyi bireyin sağlık kaygısı nedeniyle başlattığı yoğun ve tekrarlayıcı çevrim içi sağlık aramalarıyla sınırlı bir çerçevede tanımlamaktadır (104). İkinci yaklaşım ise bu kavramı daha bütüncül bir bakış açısıyla ele almakta ve hem anksiyete hem de kompulsif (zorlantı) davranış örüntülerini içeren, çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirmektedir. Bu yaklaşım

kapsamında; çevrim içi sağlık aramalarının yineleyici ve zaman alıcı oluşu, arama sürecinde ortaya çıkan kaygı ve sıkıntı gibi olumsuz duygular, günlük işlevsellikte azalma ve güvence arama ihtiyacının artması sonucunda tıbbi başvuruların çoğalması gibi unsurlar siberkondrinin ayırt edici özellikleri arasında gösterilmektedir (12,27).

Sağlıkla ilgili internet kullanım davranışları bağlamında siberkondri, modern toplumun kontrolsüz ve potansiyel olarak zararlı bir çıktısı olarak değerlendirilen yeni bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır (18). Bununla birlikte siberkondri, modern yaşamın olağan bir parçası hâline gelen çevrim içi sağlık bilgisi arama eğiliminden ibaret değildir; aynı zamanda sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı veya tekrarlayıcı biçimde aranmasını ve bu süreçle ilişkili sağlık kaygısını da içermektedir (105).

2.2.2. Tarihçe

Siberkondri kavramı, internetin günlük yaşama entegre olmasıyla birlikte sağlıkla ilgili bilgi arama davranışlarının psikolojik etkilerini tanımlamak amacıyla ortaya çıkmıştır. Terim, “siber” ve “hipokondriazis” kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir (18). İlk kez 1996 yılında Business Wire adlı bir haber makalesinde kullanılmış olup, özellikle medya aracılığıyla yaygınlaşan bir terimdir. Kısa süre içinde, Sunday Times gibi önde gelen İngiliz gazetelerinde de yer bulmuş ve büyük bir ilgi görmüştür (106). The Independent gazetesinde 1998 yılında yayımlanan “Doctors Warn the Cybersick” başlıklı köşe yazısında bu terime yer verilmiştir (107). Daha sonra, 1999 yılında Wall Street Journal gazetesinde bu konuya yer verilmiştir (108). Popüler medya organlarında giderek artan bir ilgi gören siberkondri, 2001 yılında BBC ve The Independent tarafından yeni bir hastalık olma ihtimali üzerinde tartışılan haberlerle gündeme getirilmiştir (109,110). Akademik literatürde ilk kez 2003 yılında Stone ve Sharpe tarafından Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry dergisinde yayımlanan “Internet Resources for Psychiatry and Neuropsychiatry” başlıklı çalışmada kullanılmıştır. Söz konusu çalışmada, siberkondri kavramı tanımlanmış ve internet kullanımının sağlıkla ilgili kaygıları nasıl arttırabileceği ele alınmıştır (111). Türkiye’de ise siberkondri üzerine yapılan ilk çalışma, Uzun ve Zencir tarafından 2016 yılında

gerçekleştirilmiştir (112). Siberkondri, günümüzde giderek daha fazla dikkat çekmesine rağmen, henüz DSM-V’te tanımlanmış resmi bir psikiyatrik bozukluk olarak yer almamaktadır (113).

2.2.3. Epidemiyoloji

İnternet, çeşitli konulara ilişkin kapsamlı ve kolay erişilebilir bir bilgi kaynağı sunmaktadır. Günlük yaşamda yaygın biçimde kullanılması, onu birçok birey açısından başlıca bilgi edinme aracı haline getirmektedir (114). Bu doğrultuda, pek çok birey interneti özellikle sağlıkla ilgili konularda bilgi edinmek amacıyla kullanmaktadır (3,7). Uluslararası Telekomünikasyon Birliği’nin (ITU) 2024 yılı verilerine göre, dünya genelinde internet kullanan birey sayısı yaklaşık 5,5 milyar olup bu rakam, küresel nüfusun yaklaşık %68’ini oluşturmaktadır (115). TÜİK’in 2024 Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na göre Türkiye’de internet kullanım oranı ise, 16-74 yaş grubundaki bireylerde %88,8 olarak belirlenmiştir ve internet kullanan bireylerin 2024 yılı son 3 ay içinde %64,5’inin sağlıkla ilgili konularda bilgi aramak amacıyla interneti kullandığı belirtilmiştir (9).

Siberkondrinin toplumdaki gerçek yaygınlığı ve bireyler üzerindeki etkilerinin boyutu, güncel literatürde kesin olarak belirlenememiştir (18). Hindistan’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada, bilişim sektöründe çalışanlar arasında siberkondri prevalansı %55,6 olarak bulunmuştur. Bu, bilişim sektörü çalışanlarının dijital dünyayla daha yakın ilişkisi nedeniyle sağlıkla ilgili kaygıların çevrim içi platformlar üzerinden pekiştiğini göstermektedir (116). Benzer şekilde, Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisinin ardından Hindistan’da yapılan bir başka çalışmada, yetişkin nüfus arasında siberkondri prevalansı %45,3 olarak rapor edilmiştir. Pandemi sürecinde artan belirsizlik ve tehdit algısının, çevrim içi sağlık aramalarını daha da artırdığı düşünülmektedir (117).

Eğitim düzeyi, siberkondri prevalansını etkileyen önemli sosyodemografik değişkenlerden biridir. Yapılan araştırmalarda, eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin siberkondri düzeylerinde anlamlı bir azalma gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu durum, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgilerini daha eleştirel değerlendirme ve internet kaynaklarını daha bilinçli kullanma eğiliminde olmalarıyla ilişkilendirilmektedir (19).

2.2.4. Etiyoloji

Siberkondrinin etiyojisine ilişkin literatürde kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bazı yaklaşımlar, bireyin sağlığına yönelik aşırı kaygısının, tekrarlayıcı çevrim içi sağlık aramalarını tetiklediğini ve bu yönüyle hastalık kaygısı bozukluğu ile yakın ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Buna karşılık, çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışının kompulsif bir nitelik taşıdığı ve bu davranışın zamanla sağlık anksiyetesinde belirgin bir artışa yol açtığını savunan görüşler de literatürde destek bulmaktadır (118).

Çevrim içi sağlıkla ilgili bilgi aramaları ile sağlık anksiyetesi arasındaki nedensellik yönü bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bazı vakalarda, hatta muhtemelen çoğunlukla, bireylerde öncelikli olarak artmış sağlık anksiyetesi bulunmaktadır ve bu kaygıyı hafifletme amacıyla çevrim içi arama davranışları ortaya çıkmaktadır. Ancak bu tür aramalar, beklenenin aksine, genellikle bireyin kaygısını daha da artırmakta ve sağlık anksiyetesinin şiddetlenmesine yol açmaktadır (11,13,18,27,101). Bazı bireylerin ise geçmişinde belirgin bir sağlık anksiyetesi ya da hipokondriyazis öyküsü bulunmamaktadır. Bu bireylerin çevrim içi arama yapma motivasyonları genellikle merak ya da yeni ortaya çıkan bir semptom gibi farklı nedenlere dayanabilmektedir (119,120). Ancak, ilk olarak sağlık anksiyetesinin mi yoksa çevrim içi sağlık aramalarının mı başladığından bağımsız olarak, siberkondri bağlamında gerçekleştirilen bu aramaların, çoğunlukla bireyde mevcut olan sağlık anksiyetesi düzeyini daha da artırdığı görülmektedir (121). Yapılan bazı çalışmalar, sağlıkla ilgili internet kullanımının yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşayan bireyler arasında daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bireylerin, düşük kaygı düzeyine sahip kontrollere kıyasla çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışlarını daha sık, daha uzun süreli ve daha yoğun şekilde gerçekleştirdikleri bildirilmektedir (11,13,21,122). Ayrıca, bu bireylerin, çevrim içi içeriklerin oluşturduğu yapay risk algısıyla gerçek riskleri ayırt etmekte zorlandıkları ve bu nedenle arama sonrasında daha fazla gerginlik, sıkıntı ve kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (18). Sağlık kaygısı yaşayan bireyler, belirgin bir fiziksel hastalıkları bulunmasa dahi sağlık durumlarına ilişkin yoğun bir endişe yaşamakta ve bu durum, çevrim içi sağlık bilgisi arama eğilimlerini artırmaktadır (123).

Siberkondri ile ilişkili faktörler arasında belirsizliğe tahammülsüzlük, semptomlar ve diğer sağlık şikayetleri için kapsamlı ve mükemmel açıklamalar arayışı ile sağlıkla ilgili bilgilere yönelik seçici dikkat ve algı yer almaktadır. Bu faktörler, çevrim içi sağlıkla ilgili arama davranışının tekrarlanmasını açıklayarak siberkondrinin sürdürülmesine de neden olabilmektedir (104,124).

Sağlıkla ilgili çevrim içi aramaların yapıldığı dijital ortamda, güvenilir ve güvenilir olmayan bilgi kaynaklarını ayırt etmek zor olabilmektedir. Bu durum, denetlenmeyen internet sitelerinden elde edilen bilgilerin resmi güvenilir kaynaklarla eşdeğer kabul edilmesine yol açarak, içerikler arasındaki çelişkiler sonucunda bireyde endişe ve belirsizlik düzeylerinin artmasına yol açabilmektedir (121). Arama motorlarında belirtilere ilişkin ulaşılan sonuçlar; doğruluk, tanısallık geçerlilik ya da görülme sıklığına göre değil, erişim sıklığına ve popülerliğe göre sıralanmaktadır. Bu durum, elde edilen bilgilerin yanlış yorumlanmasına yol açmakta ve çevrim içi sağlık araması yapan bireylerde sağlık kaygısının daha da artmasına ve siberkondri davranışlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (18,103,120).

İnternet bağımlılığı, siberkondrinin gelişiminde etkili olabilecek etmenlerden biridir. Yapılan çalışmalar, internetin aşırı ve kontrolsüz kullanımının, çevrim içi sağlık aramalarıyla birlikte sağlık kaygısını artırdığını ve bu kaygının sürmesine neden olduğunu göstermektedir. Özellikle sorunlu internet kullanımının, siberkondri davranışlarını tetiklediği ve pekiştirdiği vurgulanmaktadır (125,126).

2.2.5. Klinik Özellikler ve Tanı

Siberkondri, tanı sistemlerinde henüz ayrı bir psikiyatrik bozukluk olarak yer almamaktadır (113). Ancak günümüzde siberkondri düzeyini değerlendirme amacıyla McElroy ve arkadaşları tarafından geliştirilen SCÖ adlı ölçme aracı yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek, siberkondriyi beş temel boyutta incelemektedir: zorlantı (kompulsiyon), sıkıntı, aşırılık, güvence arayışı ve sağlık profesyonellerine duyulan güvensizlik. “Zorlantı” boyutu, bireyin istem dışı biçimde tekrarlayan çevrim içi sağlık aramaları gerçekleştirmesini ve bu davranışın işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini ifade etmektedir. 'Sıkıntı' boyutu, çevrim içi sağlık aramalarına eşlik eden kaygı, huzursuzluk, panik, sinirlilik ve iştahsızlık

gibi olumsuz duygusal ve fizyolojik tepkileri kapsamaktadır. “Aşırılık” boyutu, sağlıkla ilgili internet aramalarının zaman alıcı ve yineleyici niteliğine odaklanmaktadır. “Güvence arayışı”, bireyin sağlık profesyonellerinden tekrar tekrar onay alma eğilimini tanımlamaktadır. “Sağlık profesyonellerine duyulan güvensizlik” boyutu, ise bireyin doktorların görüşleri ile internetten elde edilen bilgiler arasında yaşadığı kararsızlık ve güven ikilemini yansıtmaktadır (27).

Siberkondri hem bireyler hem de sağlık sistemi açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bireylerin çevrim içi ortamda edindikleri kaygı verici sağlık bilgilerine yönelik güvence arayışı, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ve işlevsellikte bozulmaya yol açabilmektedir (127,128). Daha ciddi ancak düşük olasılıklı bir hastalığa (örneğin multipl skleroz) işaret eden çevrim içi arama sonuçları, daha olası ancak daha hafif bir durumu (örneğin anksiyete) açıklayan sonuçlara kıyasla bireyler tarafından daha fazla önemsenebilmektedir. Bu eğilim, bireyleri düşük olasılıklı ancak korkutucu senaryolara yönlendirmekte ve sağlıkla ilgili kaygının artmasına neden olmaktadır. Artan kaygı düzeyi, kişinin belirtilerine daha yatıştırıcı ve olasılığı yüksek bir açıklama bulma amacıyla tekrar tekrar arama yapmasına yol açmakta; böylece güvence arayışı temelli döngüsel bir çevrim içi davranış örüntüsü oluşmaktadır (18). Bu güvence arama ihtiyacı zamanla, sağlık profesyonellerine sık başvurma davranışıyla da kendini gösterebilmektedir (127,128). Bazı bireyler ise, siberkondri kaynaklı sıkıntıyla başa çıkmak amacıyla sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmaktan kaçınmakta ve bu durum gerekli sağlık hizmetlerine erişimin gecikmesine veya tamamen engellenmesine neden olarak bireyin sağlık durumu üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca, siberkondrinin hasta-hekim ilişkisi üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Özellikle bazı bireylerin hekimlerin tanı ve tedavi yaklaşımlarını sorgulama eğiliminde olmaları, bu ilişkinin güven temelli yapısını zedeleyebilmektedir (21,27).

İnternetin yaygınlaşması ve çevrim içi sağlık aramalarının potansiyel olumsuz etkileri dikkate alındığında, siberkondrinin zamanla artan bir halk sağlığı yükü oluşturma potansiyeli taşıdığı düşünülmektedir (129).

2.2.6. Önlenmesi, Yönetim ve Tedavi

Siberkondrinin, bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ve psikolojik iyi oluş düzeyini azalttığı bilinmektedir. Bu nedenle, siberkondrinin toplum düzeyinde değerlendirilmesi, risk altındaki bireylerin belirlenmesi ve etkili önleme ile müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (116,130).

Siberkondrinin önlenmesi veya etkilerinin azaltılması, bu davranışın internet temelli bir yapı göstermesi nedeniyle, çeşitli disiplinlerin iş birliğini gerektirmektedir. Bu süreçte bilgi teknolojisi uzmanları, arama motoru geliştiricileri, internet sitesi tasarımcıları, sağlık hizmeti sunucuları, psikologlar, psikiyatristler ve halk sağlığı profesyonelleri arasında etkili ve eşgüdümlü bir iş birliği sağlanması büyük önem taşımaktadır (131).

Siberkondri gelişiminin önlenmesine yönelik çeşitli teknik düzenlemeler tanımlanmıştır. Bu düzenlemeler, çevrim içi sağlık bilgilerinin ve arama sonuçlarının sunum biçimiyle ilişkilidir. Sağlıkla ilgili içeriklerin açık, anlaşılır ve kullanıcı dostu bir biçimde sunulması; ayrıca, arama sonuçlarının semptomlarla tanımlar arasındaki gerçek olasılıklara dayalı olarak sıralanması, yanlış yorumların önüne geçilmesini ve sağlık kaygısının şiddetlenmesinin engellenmesini sağlamaktadır (101).

Dijital çağda, toplumun çevrim içi sağlık bilgilerine artan düzeyde yönelmesi, bireylerin elektronik sağlık (e-sağlık) okuryazarlığını geliştirmeyi hayati bir gereklilik hâline getirmiştir. Sağlık okuryazarlığının bir alt boyutu olan e-sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık ve refahına ilişkin bilinçli kararlar alabilmesi için elektronik sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme becerilerini kapsar. Bu kapsamda, bireylerin dijital sağlık kaynakları ve teknolojilerini etkili biçimde kullanma ve bu kaynakların güvenilirliğini değerlendirme yeterlikleri de e-sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri arasında yer almaktadır (132).

Sağlık anksiyetesi tedavisine yönelik olarak uygulanan internet tabanlı bilişsel davranışçı terapinin, yalnızca sağlık kaygısını azaltmakla kalmayıp, siberkondri düzeylerinde de anlamlı bir azalma sağladığı bulunmuştur; bu da siberkondrinin, sağlık kaygısına yönelik müdahaleler yoluyla dolaylı biçimde etkili bir şekilde ele alınabileceğini göstermektedir (133).

Siberkondriye yönelik müdahale yaklaşımlarının temel amacı, bireylerin çevrim içi sağlık bilgilerine erişimden tamamen kaçınmalarını teşvik etmek yerine, bu bilgileri sağlıklı biçimde kullanabilmelerini sağlamaktır. Bu kapsamda iki temel hedef öne çıkmaktadır: ilki, bireylerin sağlıkla ilgili internet kullanımını artıran sağlık kaygısı yaşamadan sürdürebilmesi; ikincisi ise çevrim içi sağlık aramalarına ayrılan sürenin azaltılarak diğer yaşam alanlarının ihmal edilmesinin önüne geçilmesidir. Bu hedeflere ulaşmak, bireylerin sağlıkla ilişkili çevrim içi içeriklere aşamalı ve denetimli biçimde maruz bırakılması, çevrim içi sağlık bilgilerinin doğası gereği tehdit edici ya da baskılayıcı olmadığını öğrenilmesi, bilgiyle başa çıkma becerisinin geliştirilmesi ve gereksiz sağlık aramalarını kontrol edebilme yeterliğinin kazandırılması ile mümkün olmaktadır (104).

2.2.7. Aile Hekimliği ve Siberkondri

Siberkondri, bireylerin sağlıkla ilgili belirtilerine yönelik olarak internet üzerinden aşırı ve tekrarlayıcı biçimde bilgi aramasıyla karakterize edilen bir davranış örüntüsüdür (18,27). Bu davranış, genellikle bireyin sağlık kaygısını azaltmak amacıyla başlasa da, çoğu durumda kaygıyı artırmakta ve bireyin hem ruhsal hem de fiziksel işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (12,103). Siberkondri, artan internet kullanımı ve sağlık okuryazarlığındaki eşitsizlikler göz önüne alındığında, günümüzde birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önem kazanan bir olgu hâline gelmiştir (134).

WONCA'nın tanımladığı temel yeterlilikler doğrultusunda, aile hekimliği disiplini birinci basamakta ilk temas noktası olmasının yanı sıra, kişi merkezli bakım sunma, sürekli ve kapsamlı hizmet sağlama, etkili iletişim kurma ve sağlık sisteminin diğer kademeleriyle koordinasyon sağlama gibi sorumlulukları üstlenmektedir (98). Siberkondri bağlamında bu özellikler, bireyin çevrim içi ortamdan edindiği çelişkili, belirsiz veya kaygı uyandırıcı bilgilerin oluşturduğu psikolojik yükü tanıma ve uygun yönlendirme yapma açısından önem taşımaktadır (121,135).

Aile hekiminin danışanıya kurduğu uzun süreli ve güven temelli ilişki, bireyin internetten edindiği sağlık bilgilerinden kaynaklanan belirsizlik ve güvence arayışıyla başa çıkmasında önemli bir destek sağlamaktadır. Bu bağlamda, bireyin

güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve çevrim içi içeriklere eleştirel bir bakış açısı kazandırılması, hekimin üstlendiği eğitici rolün bir parçasıdır. Tüm bu süreçler, bireyin sağlıkla ilgili karar alma sürecine aktif katılımını destekleyerek hastanın güçlendirilmesine katkı sunmakta; böylece birey, sağlık bilgisine yalnızca maruz kalan değil, bilgiyi değerlendiren ve yöneten bir özne hâline gelmektedir (10,98,132,136).

Siberkondrinin yönetiminde aile hekiminin temel stratejilerinden biri, bireyin gereksiz tıbbi başvurularını azaltmak ve sağlık hizmetlerinin rasyonel kullanımını desteklemektir (98,127,128). Bu kapsamda hekim, uygun risk iletişimi yöntemleri aracılığıyla bireyin sağlık kaygısını yönetmekte; klinik gereklilikler doğrultusunda yaptığı yönlendirmelerle sağlık sisteminin etkin işleyişine katkı sunmaktadır (89,98). Bu yaklaşım, WONCA'nın tanımladığı “sağlık kaynaklarının verimli kullanımı” ve “gereksiz girişimlerin önlenmesi” ilkeleriyle örtüşmektedir (98,100).

Sonuç olarak, siberkondri ile mücadelede aile hekimi; bireyin yalnızca biyolojik sağlığına değil, psikolojik, sosyal ve dijital ortamda şekillenen sağlık davranışlarına da bütüncül bir yaklaşım sunan, erişilebilir ve etkili bir sağlık profesyoneli (98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi' ne göre hazırlanan etik kurul raporu onayı (Ek-1) alınan bu çalışma; Antalya ilinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş aralığında olan ve internet kullanan bireylere uygulanmış olup Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Antalya ilinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş aralığında olan ve internet kullanan bireylere, çalışma konusunda bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin dahil edildiği kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya ilinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş aralığında olan ve internet kullanan bireyler oluşturmaktadır. Örneklemen hesaplanması için istatistikçi desteği alınmış ve örneklem büyüklüğü G*Power (Version 3.1.9.7) ile yapılan güç analizi sonucunda hesaplanmıştır. Power analizinde korelasyon katsayısı $r=0,23$ referans alınarak 0,05 hata payı, 0,95 güç ile çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örneklem sayısı 239 olarak hesaplanmıştır. Ancak anketi tamamlamayan katılımcılar olabileceği düşüncesi ile %10 daha eklendiğinde 263 anket uygulaması yapılmasına karar verilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran hastalar arasından 18-65 yaş aralığında bulunan, internet kullanabilen ve Asgari

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 'nu okuyarak çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmadan çıkarılma kriterleri; kişinin anket sorularına cevap veremeyecek mental rahatsızlığının olması, internet kullanmaması ve kişinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Tasarımı ve Kullanılan Ölçekler

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sosyodemografik verilere ilişkin soruların yer aldığı ilk bölüm ve katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek amacıyla Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve siberkondri düzeylerini belirlemek amacıyla Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) kısımlarından oluşan üç bölümlük araştırma anketi yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3). Çalışmada kullanılan anketin ilk bölümünde sosyodemografik veriler kısmı; katılımcının yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, çalışma durumunu, öğrenim durumunu, kronik hastalık durumunu, ailedeki kronik hastalık durumunu, ailedeki kanser durumunu, ailede sağlık çalışanı varlığını, son 1 yıl içerisinde kendi sağlığı için hastaneye başvuru sıklığını, sağlığıyla ilgili bir sorun yaşadığında ilk olarak ne yaptığını ve doktoruna sağlık durumuyla ilgili rahat soru sorma durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.6.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002'de geliştirilmiştir (24). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013'te yapılmıştır (25). Bu ölçek 18 soru ve 2 alt boyuttan oluşan dörtlü likert tipinde bir ölçektir. İlk 14 soru, gövde boyut, bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygının düzeyini ölçmektedir. Son dört soru, hastalıkların olumsuz sonuçları ile ilişkili ek boyut, ciddi bir hastalık durumunda zihinsel durumu ölçmektedir. Puan aralığı 0-54 arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir.

Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör çözümlemesi uygulanmıştır. Güvenilirlik çözümlemelerinde ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 olarak elde edilmiştir (25).

3.6.2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12), McElroy ve arkadaşları tarafından 2019'da geliştirilen 12 madde ve 4 alt boyuttan (zorlama, sıkıntı, aşırılık ve güven arayışı) meydana gelen beşli likert tipi bir ölçektir (26). McElroy ve Shevlin'in 2014'te geliştirdiği, 33 madde ve 5 alt boyuttan oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) 'nde yer alan "Güvensizlik" alt boyutuna yönelik yapılan eleştiriler neticesinde McElroy ve arkadaşları CSS-12 ölçeğini oluşturmuşlardır (26,27). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Tuğtekin ve arkadaşları tarafından 2021'de yetişkinler üzerinde yapılmıştır. Sürekli bir ölçek olup kategorik değildir. Buna bağlı olarak bir kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanların toplamı ile bireyin toplam siberkondri puanı hesaplanmaktadır. Puan aralığı 12-60 arasındadır. Bireyin aldığı puan ne kadar yüksekse kişinin siberkondri düzeyi o kadar yüksek demektir. CSS-12'nin alt ölçeklerinin güvenilirliği için hesaplanmış olan Cronbach alfa katsayıları 0,75 ile 0,85 arasında değişmekte olup; tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,837 olarak hesaplanmıştır (28).

3.7. Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlanmadan önce etik kurulu onayı alınmıştır. Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28/03/2024 tarih ve TBAEK-171 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veri IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan

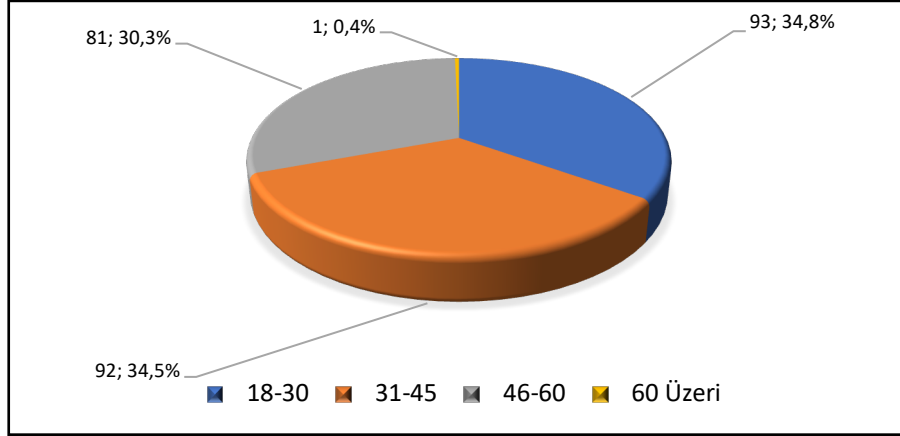
kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Exact Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi ve Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup analizlerinde, verinin normal dağılım sergilemediği durumlarda Mann Whitney U testi, verinin normal dağılım sergilediği durumlarda ise Independent-Sample T Testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup analizinde Kruskal-Wallis H Testi uygulanmıştır. Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi yapılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde, veri normal dağılım göstermediği için, Spearman Rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skorlarına etki eden faktörleri belirleyebilmek için Lineer Regresyon Analizi yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

En genci 18, en yaşlısı ise 65 yaşında olan katılımcıların ortalama yaşları $37,56 \pm 12,19$ yıldır. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, 60 yaşın üzerinde yalnızca 1 kişinin olduğu görülmektedir. Katılımcıların %34,8'i (n=93) 18 ile 30 yaş aralığında, %34,5'i (n=92) 31 ile 45 yaş aralığında ve %30,3'ü (n=81) ise 46 ile 60 yaş aralığındadır. Kadın katılımcı oranı %53,9 (n=144); evli olan oranı %64'tür (n=171). %61,8'i (n=165) üniversite mezunu olduğu görülen katılımcıların %63,7'si (n=170) iş sahibidir. Çizelge 4.1'de katılımcıların demografik özellikleri, şekil 4.1'de katılımcıların yaş aralıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.1. Demografik Özellikler

Değişkenler (n=267)		Ort $\pm$ SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (Yıl)		37,56 $\pm$ 12,19	37(27-48)	18-65
		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	144	53,9	
	Erkek	123	46,1	
Medeni Durum	Bekar	96	36,0	
	Evli	171	64,0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	170	63,7	
	Çalışmıyor	97	36,3	
Öğrenim Durumu	Okuryazar	1	0,4	
	İlköğretim	23	8,6	
	Lise	63	23,6	
	Üniversite	165	61,8	
	Yüksek lisans /Doktora	15	5,6	



Şekil 4.1. Katılımcıların yaş aralıklarına göre dağılımı

Kronik hastalık tanısı almış olan katılımcıların oranı %26,2 (n=70); ailelerinde kronik hastalık olan katılımcıların oranı %51,7 (n=138); ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların oranı %22,1 (n=59) olmuştur (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hastada ve Ailesinde Kronik Hastalık

Değişkenler (n=267)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	197	73,8
	Var	70	26,2
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	129	48,3
	Var	138	51,7
Ailede Kanser Öyküsü	Yok	208	77,9
	Var	59	22,1

Katılımcıların %31,5'inin (n=84) ailesinde en az bir sağlık çalışanı bulunmaktadır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı

Değişkenler (n=267)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede Sağlık Çalışanı	Yok	183	68,5
	Var	84	31,5

Katılımcıların sağlık sorunu davranışlarına ilişkin bilgiler Çizelge 4.4'te görülmektedir. Buna göre, katılımcıların %34,5'i (n=92) son 1 yıl içinde hastaneye 3 ile 5 arasında, %38,2'si (n=102) ise 0 ile 2 arasında bir sıklıkta başvuru yapmıştır. Son 1 yılda hastaneye en az 10 kez başvuran katılımcıların oranı %9,7'dir (n=26).

Katılımcıların sağlık sorunu anında ilk yaptıkları eylem %43,4 (n=116) ile doktora başvurmak olmuştur. Bildiklerini uygulama eylemi %22,5'lik (n=60) oranı bir diğer sık yapılan eylem olmuştur. Hiçbir şey yapmadan, sağlık probleminin geçmesini beklediğini ifade eden katılımcıların oranı ise %17,2'dir (n=46). Sağlık sorunu ile ilgili internetten arama yapanların oranı %13,1 (n=35), arkadaş veya aileden bir kişiye danışan katılımcıların oranı %3,7'dir (n=10). Son olarak, katılımcılara doktora soru sorarken ne kadar rahat olduklarına ilişkin bir soru yöneltilmiştir. Katılımcıların %61,8'i (n=165) "her zaman"; %36,3'ü (n=97) ise "bazen" cevaplarını vermiştir. Doktora soru sorarken kendisini hiçbir zaman rahat hissetmeyen veya nadiren rahat hisseden katılımcıların oranları ise sırasıyla %0,7 (n=2) ve %1,1'dir (n=3).

Çizelge 4.4. Sağlık Sorunu Davranışları

Değişkenler (n=267)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaneye Başvuru Sıklığı	0-2	102	38,2
	3-5	92	34,5
	6-9	47	17,6
	10 ve üzeri	26	9,7
Sağlık Sorunu Anında İlk Yapılan Eylem	Geçmesini beklerim	46	17,2
	Bildiklerimi uygulayım	60	22,5
	İnternette arama yaparım	35	13,1
	Doktora başvururum	116	43,4
	Bir arkadaşşıma veya aileme danışırım	10	3,7
Doktora Soru Sorma Rahatlığı	Hiçbir zaman	2	0,7
	Nadiren	3	1,1
	Bazen	97	36,3
	Her zaman	165	61,8

Çalışmada kullanılan "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)" ve "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)" skorlarına ilişkin istatistiki bilgiler Çizelge 4.5'te derlenmiştir.

Çizelge 4.5. Ölçek Skorları

Değişkenler (n=)		Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	9,63±3,04	9(8-12)	3-15
	CSS-12 Sıkıntı	8,22±2,69	8(7-10)	3-15
	CSS-12 Güven Arayışı	7,91±3,02	8(6-10)	3-15
	CSS-12 Zorlama	4,93±2,15	4(3-6)	3-13
	CSS-12 Toplam	30,7±8,01	31(25-36)	12-52
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	11,33±5,79	10(7-14)	0-35
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3,09±2,19	3(1-4)	0-10
	SAÖ Toplam	14,42±7,02	13(10-18)	0-42

Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıklarını belirlemek amacıyla güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach α katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre, her iki ölçek için “yüksek derecede güvenilir” olduklarını söylemek mümkündür ($\alpha>0,80$; Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri

Değişkenler (n=)	Cronbach α
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	0,820
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	0,837

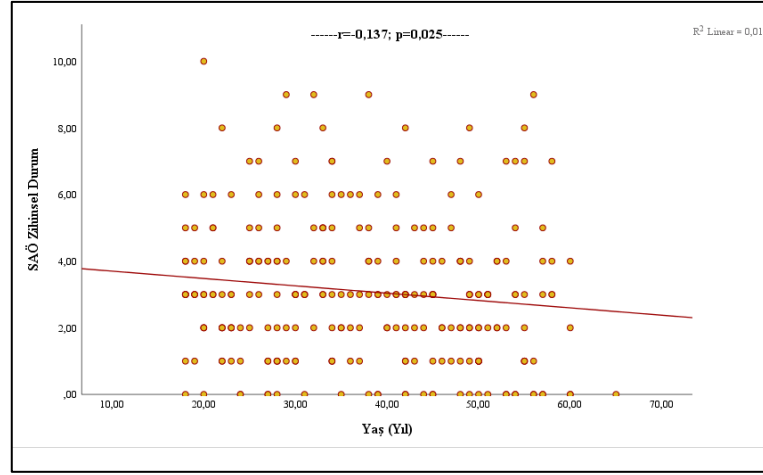
Çizelge 4.7’de yaş ile ölçek skorları arasındaki korelasyon analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre $r=0,00$ “ilişki yok”, $r=0,01-0,29$ “düşük düzeyde ilişki”, $r=0,30-0,70$ “orta düzeyde ilişki”, $r=0,71-0,99$ “yüksek düzeyde ilişki” ve $r=1,00$ “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir

ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değeri düşmektedir.

Yaş ile anlamlı ilişkiye sahip olan tek ölçek boyutu SAÖ ‘‘Hastalığın Olumsuz Sonuçları’’ boyutu olmuştur ($r=-0,137$; $p=0,025$). Yaş ile ‘‘Hastalığın Olumsuz Sonuçları’’ arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle, yaş ilerledikçe ‘‘Hastalığın Olumsuz Sonuçları’’ skoru anlamlı şekilde düşmektedir (Şekil 4.2).

Çizelge 4.7. Yaş ile Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi

		Yaş
CSS-12 Aşırılık	r	-0,089
	p	0,148
CSS-12 Sıkıntı	r	0,011
	p	0,858
CSS-12 Güven Arayışı	r	0,065
	p	0,287
CSS-12 Zorlama	r	0
	p	0,995
CSS-12 Toplam	r	-0,005
	p	0,929
SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	r	-0,049
	p	0,429
SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	r	-0,137*
	p	0,025
SAÖ Toplam	r	-0,095
	p	0,121
[§] Spearman Rho Korelasyon Analizi * Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.		



Şekil 4.2. Yaş ile SAÖ Hastalığının Olumsuz Sonuçları Boyutu Skoru Arasındaki Korelasyon Eğrisi

Cinsiyete göre CSS-12 ve SAÖ skorlarında istatistiki açıdan herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$; Çizelge 4.8). Ölçek skorları çoğunlukla kadınlar lehine yüksek çıkmış olsa da söz konusu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı farkı yoktur.

Çizelge 4.8. Cinsiyete Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Kadın (n=144)	Erkek (n=123)	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	10(8-12)	9(7-12)	0,058 ^µ
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	9(6-10)	0,478 ^µ
	CSS-12 Güven Arayışı	8(6-10)	7(5-10)	0,257 ^µ
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-6)	0,301 ^µ
	CSS-12 Toplam	31,38±7,76	29,9±8,26	0,135 [†]
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	11(8-15)	10(7-13)	0,322 ^µ
	SAÖ Hastalığının Olumsuz Sonuçları	3(2-4)	3(1-4)	0,482 ^µ
	SAÖ Toplam	14(10-18,5)	13(9-17)	0,330 ^µ
^µ Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> [†] Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				

CSS-12 ve SAÖ skorları Medeni Durum (Çizelge 4.9) ve Çalışma Durumu (Çizelge 4.10) parametrelerinde de istatistiki açıdan benzer değerler almıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.9. Medeni Duruma Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Bekar (n=96)	Evli (n=171)	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	10(8-12)	9(7-12)	0,063 ^μ
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	8(7-10)	0,732 ^μ
	CSS-12 Güven Arayışı	7,5(6-9)	8(6-10)	0,838 ^μ
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-7)	0,218 ^μ
	CSS-12 Toplam	31,01±7,82	30,52±8,14	0,633 [†]
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	11(8-15)	10(7-14)	0,552 ^μ
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(1,5-4)	3(1-4)	0,919 ^μ
	SAÖ Toplam	14(10-18)	13(9-17)	0,634 ^μ
^μ Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> [†] Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				

Çizelge 4.10. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

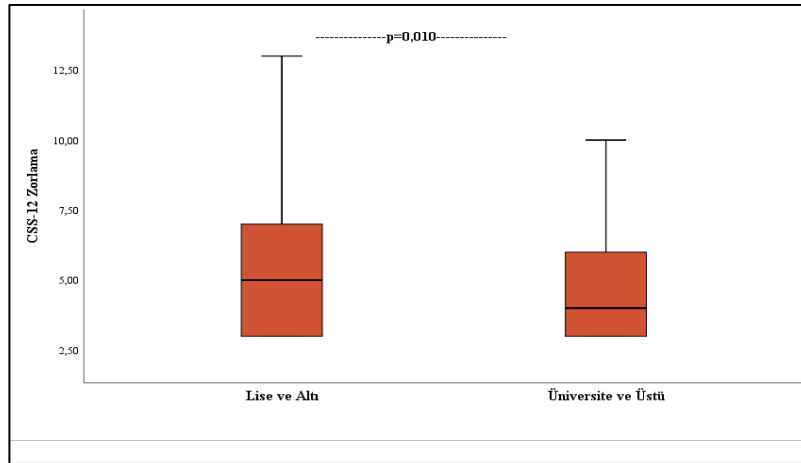
Değişkenler (n=267)		Çalışıyor (n=170)	Çalışmıyor (n=97)	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	9(7-12)	9(8-12)	0,549 ^μ
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	8(7-10)	0,834 ^μ
	CSS-12 Güven Arayışı	8(6-10)	7(6-10)	0,991 ^μ
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-6)	0,764 ^μ
	CSS-12 Toplam	30,73±8,48	30,64±7,16	0,930 [†]
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	10(7-14)	11(8-14)	0,588 ^μ
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(1-4)	3(2-4)	0,822 ^μ
	SAÖ Toplam	13(9-18)	14(10-17)	0,768 ^μ
^μ Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> [†] Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				

Öğrenim durumuna göre anlamlı farklılığın görüldüğü tek ölçek boyutu CSS-12 ‘‘Zorlama’’ ($p=0,010$) boyutu olmuştur. CSS-12’nin diğer boyutlarında ve SAÖ

skorlarında ise öğrenim durumuna göre herhangi bir anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Çizelge 4.11). Lise ve altı mezuniyeti olan katılımcıların CSS-12 “Zorlama” skorlarının, en az üniversite mezunu olan katılımcıların CSS-12 “Zorlama” boyutu skorlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 4.3).

Çizelge 4.11. Öğrenim Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Lise ve Altı (n=87)	Üniversite ve Üstü (n=180)	p
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	9(7-12)	10(8-12)	0,870 ^μ
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	8(7-10)	0,764 ^μ
	CSS-12 Güven Arayışı	8(6-11)	7(6-9)	0,293 ^μ
	CSS-12 Zorlama	5(3-7)	4(3-6)	0,010^μ
	CSS-12 Toplam	31,59±8,78	30,27±7,6	0,232 [†]
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	11(8-16)	10(7-13)	0,182 ^μ
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(2-5)	3(1-4)	0,571 ^μ
	SAÖ Toplam	13(9-19)	14(10-17)	0,336 ^μ
^μ Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> [†] Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				



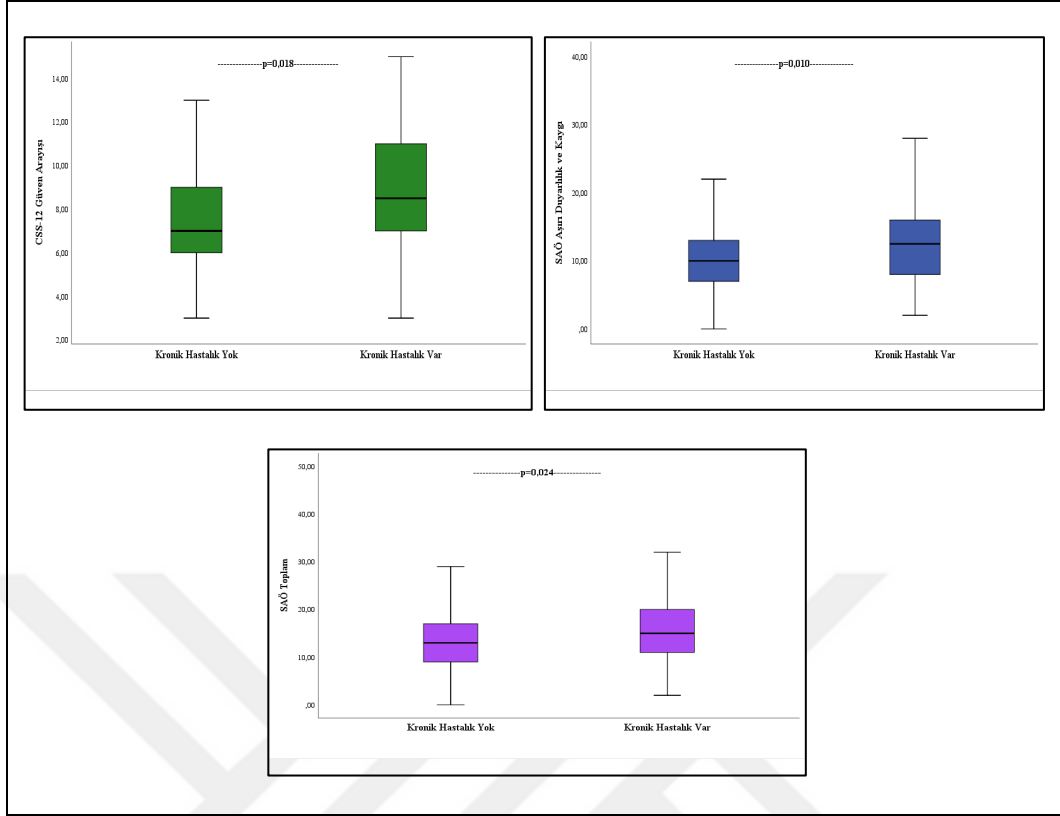
Şekil 4.3. Öğrenim Durumuna Göre CSS-12 Zorlama Boyutu Skoru

Kronik hastalığı olan katılımcıların CSS-12 “Güven Arayışı” ($p=0,018$), SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ($p=0,010$) ve SAÖ Toplam ($p=0,024$) skorlarının

kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre istatistiki açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu anlaşılmıştır (Çizelge 4.12; Şekil 4.4).

Çizelge 4.12. Kronik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Kronik Hastalık		p
		Yok (n=197)	Var (n=70)	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	9(8-12)	9(7-12)	0,876 ^µ
	CSS-12 Sıkıntı	8(6-10)	8,5(7-10)	0,144 ^µ
	CSS-12 Güven Arayışı	7(6-9)	8,5(7-11)	0,018^µ
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	5(3-7)	0,742 ^µ
	CSS-12 Toplam	30,25±7,71	31,96±8,75	0,126 [†]
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	10(7-13)	12,5(8-16)	0,010^µ
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(1-4)	3(1-5)	0,486 ^µ
	SAÖ Toplam	13(9-17)	15(11-20)	0,024^µ
^µ Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> [†] Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				



Şekil 4.4. Kronik Hastalık Varlığına Göre CSS-12 Güven Arayışı, SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu ve SAÖ Toplam Skorları

Ailede kronik hastalık öyküsü olan birinin varlığı ise ölçek skorları üzerinde herhangi bir anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.13).

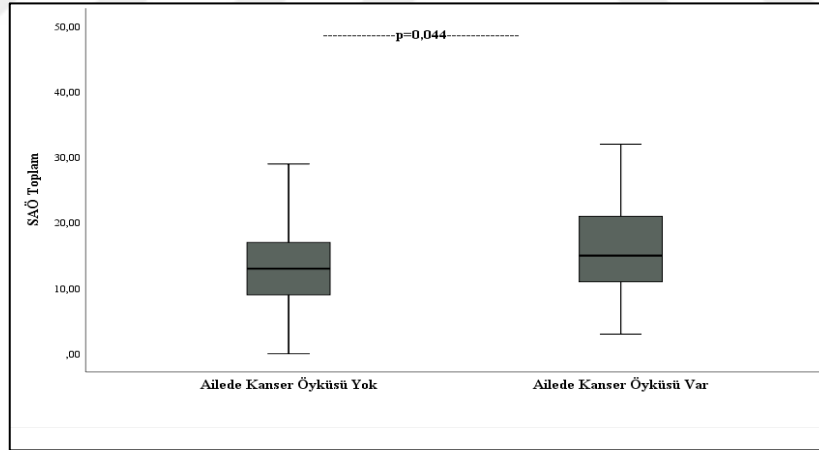
Çizelge 4.13. Ailede Kronik Hastalık Öyküsü Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Ailede Kronik Hastalık Öyküsü		p
		Yok (n=129)	Var (n=138)	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	9(7-11)	10(8-12)	0,107 ^u
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	9(7-10)	0,236 ^u
	CSS-12 Güven Arayışı	7(6-9)	8(6-10)	0,164 ^u
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-6)	0,849 ^u
	CSS-12 Toplam	29,95±7,54	31,39±8,4	0,143 ^t
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	10(7-14)	11(8-14)	0,348 ^u
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(2-4)	3(1-4)	0,245 ^u
	SAÖ Toplam	14(9-17)	13(10-18)	0,555 ^u
^u Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> ^t Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				

SAÖ toplam skoru, ailede kanser öyküsü varlığına göre anlamlı farklılığın görüldüğü tek ölçek skorudur ($p=0,044$; Çizelge 4.14). Ailede kanser öyküsü olan katılımcıların SAÖ toplam skorları, ailesinde kanser hastası bir kimse olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Şekil 4.5).

Çizelge 4.14. Ailede Kanser Öyküsü Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Ailede Kanser Öyküsü		p
		Yok (n=208)	Var (n=59)	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	9(7,5-12)	11(8-13)	0,061 ^μ
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	9(7-10)	0,203 ^μ
	CSS-12 Güven Arayışı	7(6-10)	8(7-10)	0,330 ^μ
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-6)	0,917 ^μ
	CSS-12 Toplam	30,32±7,73	32,03±8,89	0,147 ^l
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	10(7-13)	12(8-17)	0,050 ^μ
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(1-4)	3(2-5)	0,210 ^μ
	SAÖ Toplam	13(9-17)	15(11-22)	0,044^μ
^μ Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> ^l Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				



Şekil 4.5. Ailede Kanser Öyküsü Varlığına Göre SAÖ Toplam Skoru

Ölçek skorları üzerinde anlamlı bir fark yaratma gücü olmayan bir diğer parametre ailede sağlık çalışanı varlığı olmuştur ($p>0,05$; Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Ailede Sağlık Çalışanı Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı		p
		Yok (n=183)	Var (n=84)	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	10(8-12)	9(7-11)	0,055 ^u
	CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	9(7-10)	0,874 ^u
	CSS-12 Güven Arayışı	8(6-10)	7(6-9,5)	0,234 ^u
	CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-6)	0,204 ^u
	CSS-12 Toplam	31,16±7,85	29,68±8,31	0,160 ^l
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	11(8-15)	10(7-13)	0,179 ^u
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(2-4)	2(1-4)	0,109 ^u
	SAÖ Toplam	14(10-18)	13(9-16,5)	0,118 ^u
^u Mann Whitney U test, <i>Med(IQR)</i> ^l Independent Samples T test, <i>Ort±SD</i>				

Çizelge 4.16’da hastaneye başvuru sıklığına göre ölçek skorlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları görülmektedir. CSS-12’nin hiçbir boyutunda anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). SAÖ’de ise “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” boyutu ($p<0,001$) ve Toplam skor ($p<0,001$) hastaneye başvuru sıklığına göre anlamlı farklılıklar göstermiştir. Post-Hoc Bonferroni düzeltmesine göre, hastaneye 3 ile 5 defa aralığında ve 6 ile 9 defa aralığında başvuran katılımcıların SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” boyutu skoru ile SAÖ toplam skoru, hastaneye en fazla 2 defa başvuranların ilgili skorlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bunların dışında, en az 10 defa hastaneye başvuran katılımcıların SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” boyutu skoru, hastaneye 3 ile 5 defa aralığında başvuranlara göre yine anlamlı şekilde yüksektir (Şekil 4.6).

Sağlık sorunu olduğunda katılımcıların gerçekleştirdikleri ilk eyleme göre yalnızca CSS-12 “Zorlama” boyutu skorunda istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p=0,066$). Geriye kalan tüm ölçek skorları gerçekleştirilen eylemlere göre anlamlı farklılıklar göstermiştir (Çizelge 4.17).

CSS-12 “Aşırılık” ve CSS-12 Toplam skorları sağlık sorunu olduğunda internetten arama yapan katılımcılarda; sağlık sorununun geçmesini bekleyenlere, sorunla ilgili bildiklerini uygulayanlara ve doktora başvuranlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Şekil 4.7). Sağlık sorunu hakkında internetten arama yapan katılımcıların CSS-12 “Sıkıntı” boyutu skorları ise bildiklerini uygulayanlara ve

doktora başvuranlara göre daha yüksek değerler almıştır. Anlamalı farklılığın görüldüğü son boyut olan CSS-12 “Güven Arayışı” skoru ise sağlık sorunu için doktora başvuran katılımcılarda, bildiklerini uygulayanlara göre daha yüksektir (Şekil 4.7).

SAÖ boyutlarına ilişkin yapılan Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi sonrasında SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” boyutu skorlarında görülen anlamalı farklılık kaybolmuştur. SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ile SAÖ Toplam skorları ise internetten arama yapan katılımcılarda; sağlık sorununun geçmesini bekleyenlere ve doktora başvuranlara göre anlamalı olarak yüksek bulunmuştur (Şekil 4.8).



Çizelge 4.16. Hastaneye Başvuru Sıklığına Göre Ölçek Skorları

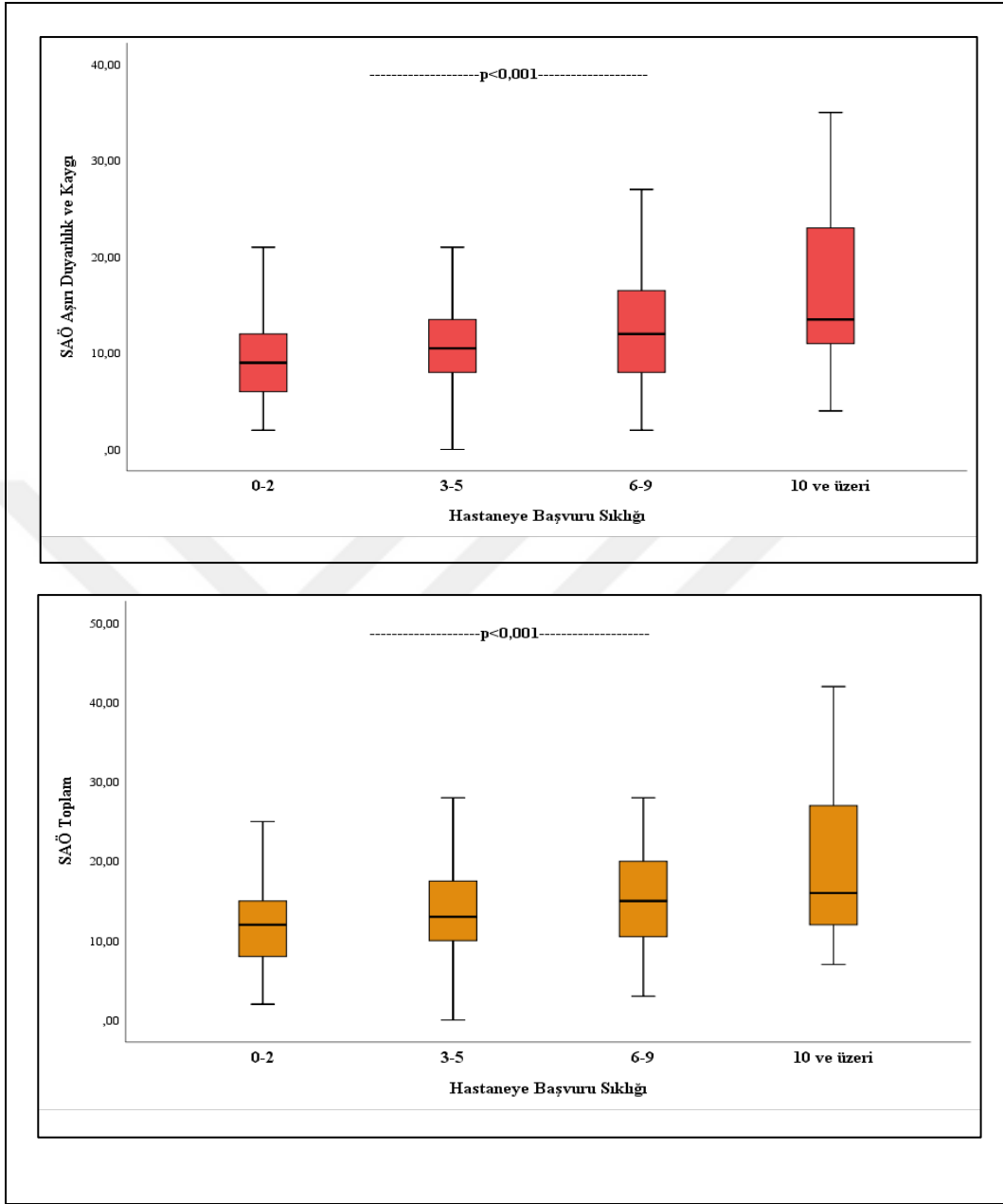
Değişkenler (n=267)	Hastaneye Başvuru Sıklığı				p	Post-Hoc Analiz Sonuçları					
	0-2 (n=102)	3-5 (n=92)	6-9 (n=47)	10+(n=26)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ¹⁻⁴	p ²⁻³	p ²⁻⁴	p ³⁻⁴
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)											
CSS-12 Aşırılık	9(8-12)	9(8-11,5)	9(6-12)	11(7-13)	0,509	-	-	-	-	-	-
CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	8(7-9)	9(7-11)	9(6-10)	0,555	-	-	-	-	-	-
CSS-12 Güven Arayışı	8(6-10)	7(5-9)	8(6-11)	9(6-11)	0,296	-	-	-	-	-	-
CSS-12 Zorlama	4(3-6)	3,5(3-6)	5(3-7)	5(3-7)	0,073	-	-	-	-	-	-
CSS-12 Toplam	31(25-35)	29(25-34)	31(25-40)	32(26-40)	0,288	-	-	-	-	-	-
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)											
SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	9(6-12)	10,5(8-13,5)	12(8-17)	13,5(11-23)	<0,001	0,258	0,009	<0,001	0,795	0,039	>0,999
SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(1-4)	3(2-4)	3(2-4)	3,5(2-6)	0,245	-	-	-	-	-	-
SAÖ Toplam	12(8-15)	13(10-17,5)	15(10-20)	16(12-27)	<0,001	0,445	0,029	0,001	>0,999	0,063	>0,999

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*
Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:
1: 0-2
2: 3-5
3: 6-9
4: 10+

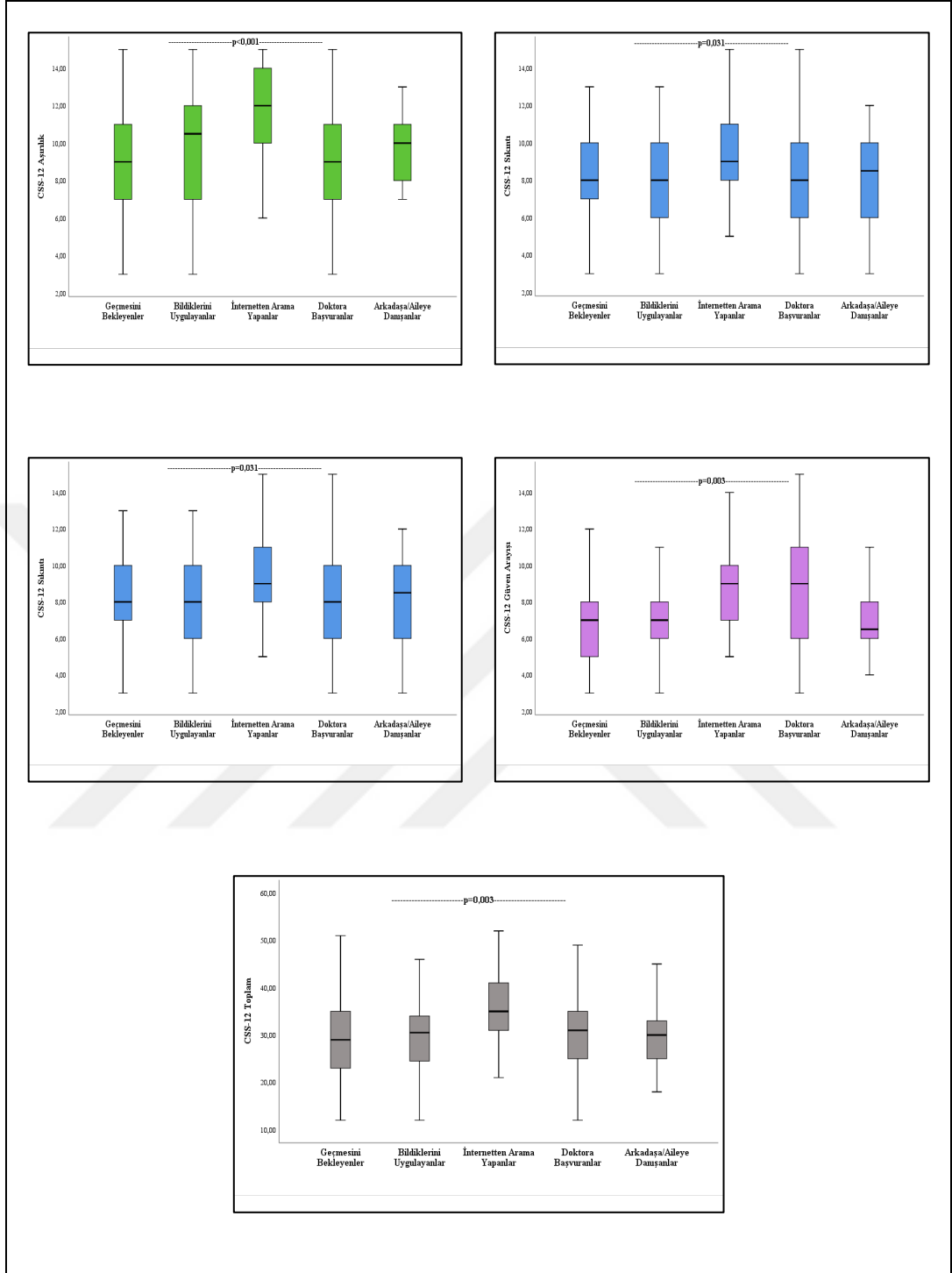
Çizelge 4.17. Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılana Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)	Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılan					p ^k	Post-Hoc Analiz Sonuçları
	(1) Geçmesini beklerim (n=46)	(2) Bildiklerimi uyguladım (n=60)	(3) İnternette arama yaparım (n=35)	(4) Doktora başvururum (n=116)	(5) Bir arkadaşına veya aileme danışırım (n=10)		
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)							
CSS-12 Aşırılık	9(7-11)	10,5(7-12)	12(10-14)	9(7-11)	10(8-11)	<0,001	3>1,2,4
CSS-12 Sıkıntı	8(7-10)	8(6-10)	9(8-11)	8(6-10)	8,5(6-10)	0,031	3>2,4
CSS-12 Güven Arayışı	7(5-8)	7(6-8)	9(7-10)	9(6-11)	6,5(6-8)	0,003	4>2
CSS-12 Zorlama	4(3-6)	4(3-6)	6(4-7)	4(3-5,5)	4(3-6)	0,066	
CSS-12 Toplam	29(23-35)	30,5(24,5-34)	35(31-42)	31(25-35)	30(25-33)	0,003	3>1,2,4
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)							
SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	9(5-11)	11(7-16)	12(10-22)	10(7-13)	9,5(8-15)	0,001	3>1,4
SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	3(1-5)	3(1,5-4,5)	3(2-5)	3(1-3,5)	4(3-5)	0,008	1=2=3=4=5
SAÖ Toplam	12(8-17)	14(9,5-19)	15(13-26)	13(9,5-17)	14(11-18)	0,004	3>1,4

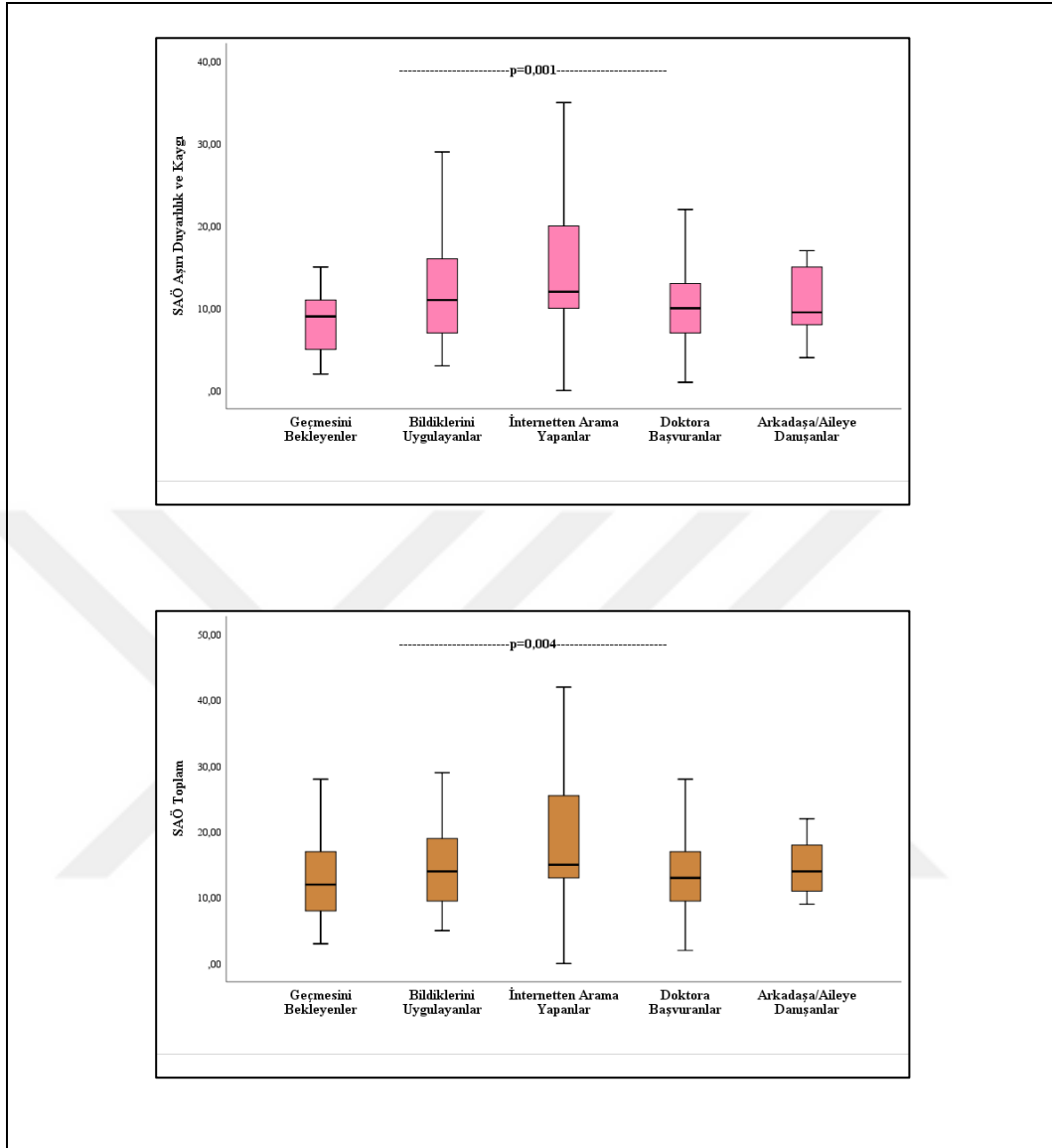
^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*



Şekil 4.6. Hastaneye Başvuru Sıklığına Göre SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu ve SAÖ Toplam Skorları



Şekil 4.7. Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılana Göre Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Skorları



Şekil 4.8. Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Yapılana Göre SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu ve SAÖ Toplam Skorları

Doktora rahat soru sorma durumuna göre ölçek skorlarının istatistiki açıdan benzer skorlar aldığı görülmüştür ($p>0,05$; Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Doktora Rahat Soru Sorma Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=267)		Doktora Rahat Soru Sorma				p ^k
		Hiçbir Zaman (n=2)	Nadiren (n=3)	Bazen (n=97)	Her Zaman (n=165)	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)	CSS-12 Aşırılık	8(7-9)	8(4-12)	10(8-12)	9(7-12)	0,339
	CSS-12 Sıkıntı	9(9-9)	7(4-10)	9(7-10)	8(7-10)	0,738
	CSS-12 Güven Arayışı	6,5(6-7)	6(3-14)	7(6-9)	8(6-10)	0,367
	CSS-12 Zorlama	5(3-7)	4(3-5)	4(3-6)	4(3-6)	0,486
	CSS-12 Toplam	28,5(28-29)	29(17-34)	31(26-35)	31(25-36)	0,770
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	9,5(3-16)	10(5-19)	11(8-15)	10(8-13)	0,930
	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	5(3-7)	2(0-4)	3(2-4)	3(1-4)	0,074
	SAÖ Toplam	14,5(6-23)	12(5-23)	14(11-18)	13(9-17)	0,665

^kKruskal-Wallis H Test, *Med(IQR)*

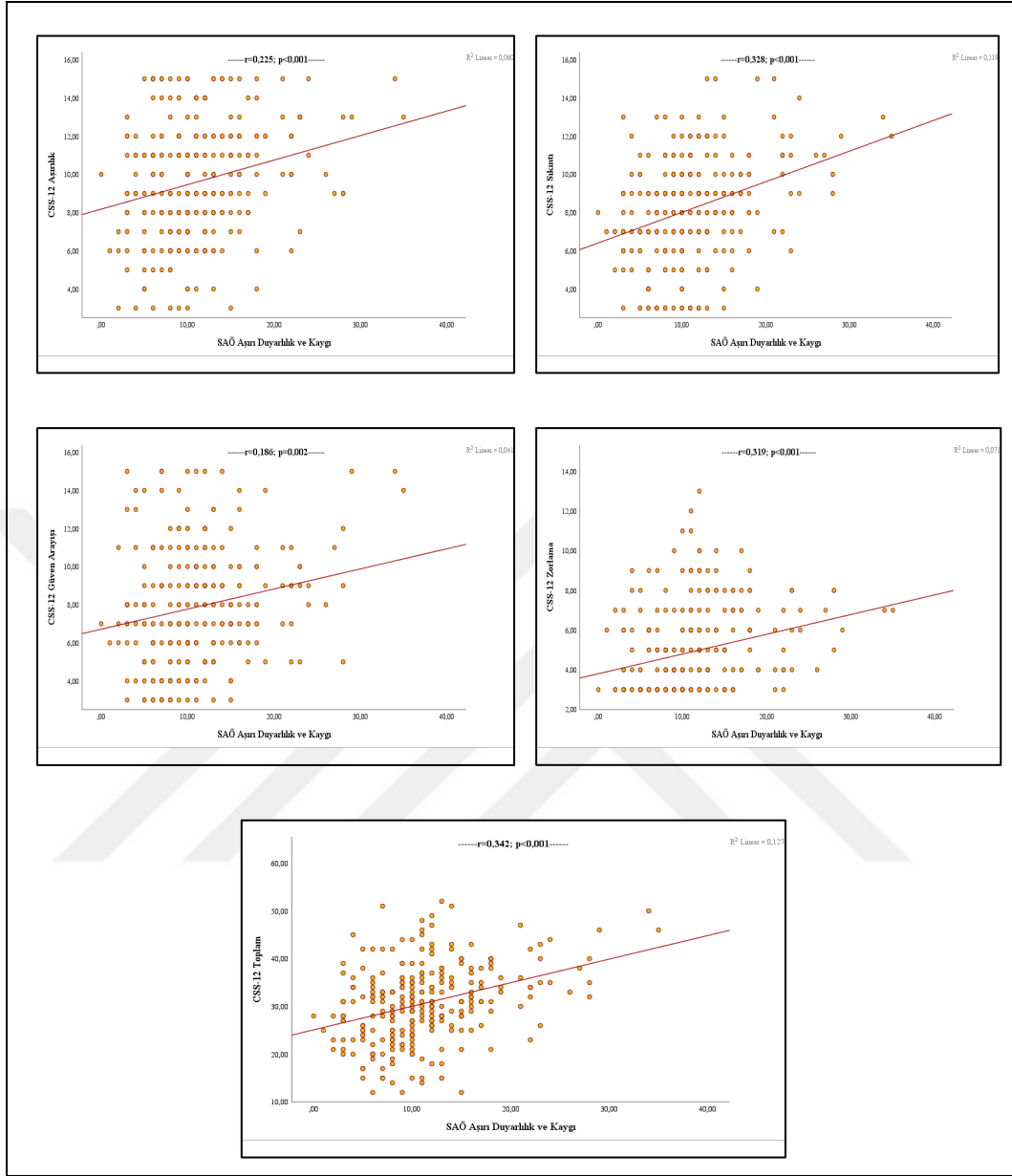
Çizelge 4.19’da CSS-12 ile SAÖ skorları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” boyutu ve SAÖ Toplam skorları ile tüm CSS-12 Ölçeği skorları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler saptanmıştır (Şekil 4.9 ve Şekil 4.11). SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” skoru ise CSS-12 “Güven Arayışı” boyutu haricinde kalan tüm CSS-12 boyutları ile pozitif yönlü bir korelasyona sahiptir (Şekil 4.10). Söz konusu ilişkilerin tamamı düşük veya orta düzeyli ilişkilerdir.

Çizelge 4.19. Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi

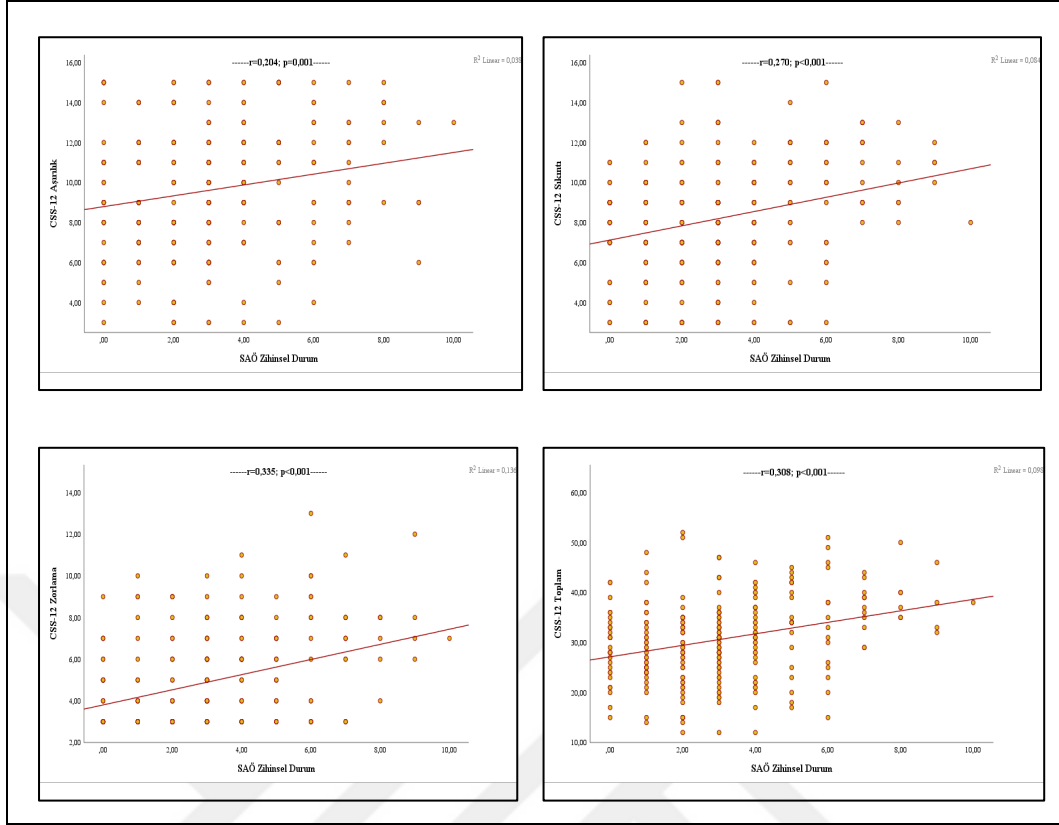
		Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12)				
		Aşırılık	Sıkıntı	Güven Arayışı	Zorlama	Toplam
SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	r	0,225**	0,328**	0,186**	0,319**	0,342**
	p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	r	0,204**	0,270**	0,093	0,335**	0,308**
	p	0,001	<0,001	0,131	<0,001	<0,001
SAÖ Toplam	r	0,260**	0,362**	0,185**	0,353**	0,386**
	p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001

^sSpearman Rho Korelasyon Analizi

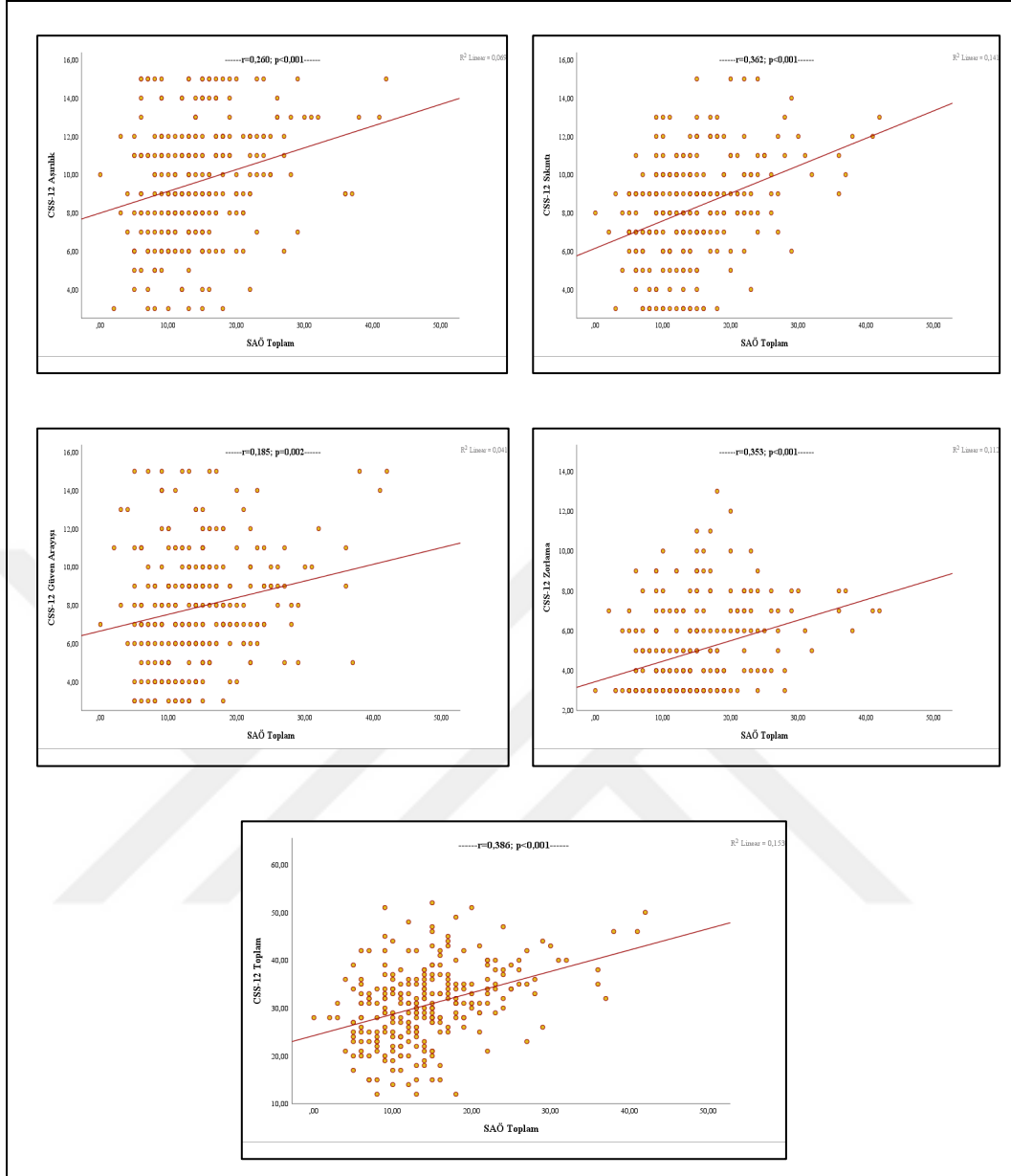
**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.



Şekil 4.9. SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu Skoru ile CSS-12 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri



Şekil 4.10. SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları Boyutu Skoru ile CSS-12 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri



Şekil 4.11. SAÖ Toplam Skoru ile CSS-12 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri

CSS-12 toplam skoruna etki eden faktörler Lineer Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 4.20’de görülmektedir. CSS-12 toplam skoru üzerinde SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ($p<0,001$), SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” ($p<0,001$) ve SAÖ Toplam skoru ($p<0,001$) anlamlı etkiye sahiptir.

SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” skoru bir birim arttığında CSS-12 toplam skoru 0,356 birim artmaktadır.

CSS-12 toplam skoru, SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” skoru 1 birim arttığında 0,314 birim ve SAÖ Toplam skoru 1 birim arttığında 0,392 birim artmaktadır.

Çizelge 4.20. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam Skoruna Etki Eden Faktörler

Değişkenler	Standardize olmayan β	β	t	p^L	%95GA	
Yaş	-0,002	-0,003	-0,056	0,956	-0,082	0,077
Cinsiyet	-1,473	-0,092	-1,500	0,135	-3,405	0,460
Medeni Durum	-0,490	-0,029	-0,479	0,633	-2,505	1,525
Çalışma Durumu	-0,090	-0,005	-0,088	0,930	-2,102	1,921
Eğitim Durumu	-1,320	-0,077	-1,263	0,208	-3,377	0,738
Kronik Hastalık Varlığı	1,708	0,094	1,536	0,126	-0,481	3,898
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	1,438	0,090	1,468	0,143	-0,490	3,366
Ailede Kanser Tanısı Öyküsü	1,717	0,089	1,455	0,147	-0,606	4,039
Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı	-1,485	-0,086	-1,409	0,160	-3,561	0,590
SAÖ Aşırı Duyarlılık ve Kaygı	0,493	0,356	6,209	<0,001	0,337	0,650
SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları	1,149	0,314	5,375	<0,001	0,728	1,571
SAÖ Toplam	0,447	0,392	6,927	<0,001	0,320	0,574
^L Lineer Regresyon Analizi						

Çizelge 4.21’de ise SAÖ Toplam skoruna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan Lineer Regresyon Analizi sonuçları görülmektedir. SAÖ Toplam skoru üzerinde kronik hastalık varlığı ($p=0,006$), ailede kanser tanısı öyküsü ($p=0,007$), CSS-12 “Aşırılık” ($p<0,001$), CSS-12 “Sıkıntı” ($p<0,001$), CSS-12 “Güven Arayışı” ($p=0,001$), CSS-12 “Zorlama” ($p<0,001$) ve CSS-12 Toplam skoru ($p<0,001$) anlamlı etkiye sahiptir.

SAÖ toplam skoru kronik hastalık varlığında 0,168 birim, ailede kanser tanısı varlığında ise 0,165 birim artmaktadır.

CSS-12 “Aşırılık” skoru 1 birim arttığında 0,262 birim artan SAÖ toplam skorunda CSS-12 “Sıkıntı” skoru 1 birim arttığında 0,375 birim; CSS-12 “Güven

Arayışı” skoru 1 birim arttığında 0,202 birim; CSS- 12 “Zorlama” skoru 1 birim arttığında 0,335 birim ve CSS-12 Toplam skoru 1 birim arttığında 0,392 birim artış görülmektedir.

Çizelge 4.21. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Skoruna Etki Eden Faktörler

Değişkenler	Standardize olmayan β	β	t	p^L	%95GA	
Yaş	-0,026	-0,045	- 0,735	0,463	- 0,096	0,044
Cinsiyet	-0,649	-0,046	- 0,753	0,452	- 2,347	1,049
Medeni Durum	-0,266	-0,018	- 0,297	0,767	- 2,031	1,499
Çalışma Durumu	0,145	0,010	0,162	0,871	- 1,617	1,906
Eğitim Durumu	-1,742	-0,117	- 1,911	0,057	- 3,537	0,053
Kronik Hastalık Varlığı	2,679	0,168	2,778	0,006	0,780	4,578
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	0,399	0,028	0,463	0,643	- 1,296	2,094
Ailede Kanser Tanısı Öyküsü	2,786	0,165	2,723	0,007	0,772	4,799
Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı	-1,799	-0,119	- 1,955	0,052	- 3,610	0,013
CSS-12 Aşırılık	0,605	0,262	4,420	<0,001	0,335	0,874
CSS-12 Sıkıntı	0,980	0,375	6,588	<0,001	0,687	1,273
CSS-12 Güven Arayışı	0,469	0,202	3,359	0,001	0,194	0,744
CSS-12 Zorlama	1,092	0,335	5,790	<0,001	0,721	1,463
CSS-12 Toplam	0,343	0,392	6,927	<0,001	0,245	0,440
^L Lineer Regresyon Analizi						

5. TARTIŞMA

Sağlık anksiyetesi, bireyin bedensel duyumları ve fizyolojik değişimleri yanlış yorumlayarak ciddi bir hastalığa sahip olduğuna inanması ya da ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı ve sürekli kaygı duyması ile karakterize edilen, yaygın ve klinik açıdan önem taşıyan bir durumdur (14,15,29). Bu kaygı, bireyin sağlık durumuna ilişkin belirsizliklere karşı aşırı duyarlılık geliştirmesine ve çeşitli başa çıkma davranışları sergilemesine neden olabilmektedir (30). Son yıllarda internetin yaygın kullanımıyla birlikte, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri çevrimiçi kaynaklardan arama eğiliminde belirgin bir artış gözlemlenmektedir (3). Bu durum, özellikle tekrar eden, zaman alıcı ve kaygıyı azaltmak yerine artıran çevrimiçi sağlık aramalarını içeren siberkondri olgusunu gündeme getirmiştir (18,27). Bu çalışmada, sağlık anksiyetesi ve siberkondri kavramları ayrı ayrı ele alınarak, aralarındaki ilişki mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

Elde edilen CSS-12 toplam puan ortalaması $30,7 \pm 8,01$ olup, bu değer bireylerde orta düzeyde bir siberkondri eğiliminin varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin “aşırılık” ve “sıkıntı” alt boyutlarında elde edilen yüksek ortalamalar, bireylerin çevrimiçi sağlık bilgisi aramalarını sık ve yoğun biçimde gerçekleştirdiklerini ve bu süreçte kaygı yaşadıklarını göstermektedir. Buna karşın, “zorlama” alt boyutunda gözlenen görece düşük ortalama, bu davranışların henüz günlük işlevselliği ciddi düzeyde bozacak noktaya ulaşmadığını düşündürmektedir. Yalçın ve arkadaşlarının (137), Türkiye genelinde 12 ili kapsayan ve 8276 kişilik geniş bir örnekleme yürüttükleri çalışmada CSS-12 toplam puanı $30,71 \pm 10,90$ olarak bildirilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızın birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireyler üzerinde yapılmış olmasına rağmen, siberkondri düzeylerinin toplum genelindeki dağılımla büyük ölçüde örtüştüğünü göstermektedir. Benzer şekilde, Teken’in (138) bir üniversite hastanesine başvuran bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada bu ortalama $31,26 \pm 9,1$; Özkent ve arkadaşlarının (23) üroloji polikliniğine başvuran hastalarda yürüttüğü araştırmada ise $28,1 \pm 12,1$ olarak bulunmuştur. Foroughi ve arkadaşlarının (139) İran’da tıp öğrencileriyle gerçekleştirdiği bir çalışmada da bu değer $31,13 \pm 10,03$ olarak bulunmuştur. Tüm bu veriler, farklı örneklemler üzerinde elde edilen CSS-12 puanlarının birbirine

oldukça yakın olduğunu ve siberkondri düzeylerinin toplumun çeşitli kesimlerinde genellikle orta düzeyde seyrettiğini göstermektedir.

Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması $14,42 \pm 7,02$ olarak bulunmuştur. Bu değer, orta düzeyde sağlık anksiyetesi varlığına işaret etmektedir. Literatürde ise farklı örneklemelerle yapılan çalışmalarda değişken sonuçlar bildirilmiştir. Esen ve arkadaşlarının (140), sigara bıraktırma polikliniğine başvuran bireylerle gerçekleştirdiği bir çalışmada SAÖ puan ortalaması $17,34 \pm 8,55$ olarak saptanmıştır. Jungmann ve Witthöft'ün (141), COVID-19 pandemisi sırasında Almanya'da genel nüfusta yürüttükleri bir çalışmada ise bu değer $14,68 \pm 6,58$ olarak bildirilmiştir. Öte yandan, Kaynak ve arkadaşlarının (142) pandemi döneminde göreve başlayan sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada ortalama SAÖ puanı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş ve $31,22 \pm 4,56$ olarak raporlanmıştır.

Çalışmamızda, yaş ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, çevrimiçi sağlık bilgi arama davranışlarının yaş grupları arasında benzer şekilde görülebileceğine işaret etmektedir. TÜİK 2024 yılı verilerine göre, 16-74 yaş grubundaki bireylerin internet kullanım oranı %88,8'e ulaşmış olup, bu durum internet kullanımının yaşa bağlı sınırlılığının giderek azaldığını ve sağlıkla ilgili dijital kaynaklara erişimin yalnızca genç bireylerle sınırlı kalmadığını ortaya koymaktadır (143). Bununla birlikte, literatürde genç bireylerde siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve yaşla birlikte bu düzeyin azaldığını bildiren çalışmalar vardır (17,122,144,145). Çalışmamızda yaş ortalaması $37,56 \pm 12,19$ olup, katılımcıların %69'u 45 yaş altındadır. Ayrıca 60 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısı yalnızca 1 kişiyle sınırlıdır. Bu durum, ileri yaş grubunun örneklemde yeterince temsil edilmemesi nedeniyle yaş ile siberkondri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmamasında etkili olmuş olabilir.

Yaş ile SAÖ'nün "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutu arasında saptanan negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki, yaş ilerledikçe bireylerin hastalıklara ilişkin olumsuz sonuçlara dair kaygılarında azalma eğilimi olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, yaşlı yetişkinlerin daha düşük sağlık anksiyetesi düzeylerine sahip olduğunu bildiren önceki araştırmalarla örtüşmektedir (146,147).

Ancak literatürde bu konuda çelişkili sonuçlar da vardır. Örneğin, Abramowitz ve arkadaşlarının (16) kaygı bozukluğu tanısı olan bireylerle gerçekleştirdiği bir çalışmada ve Zahid ve arkadaşlarının (148) Pakistan’da tıp öğrencileriyle yürüttüğü araştırmada sağlık anksiyetesi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Örneklemimizde ileri yaş grubundaki bireylerin sayıca sınırlı olması, yaş ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin düşük düzeyde saptanmasına neden olmuş olabilir.

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, kadın katılımcıların siberkondri puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmesine rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, cinsiyetin belirleyici bir faktör olmadığına işaret eden bazı literatürlerle örtüşmektedir (144,149). Ancak çeşitli çalışmalarda kadın bireylerin daha yüksek siberkondri düzeylerine sahip olduğu bildirilmiştir (51,122,128,150,151). Kadınların sağlıkla ilgili konularda daha fazla kaygı duyma ve çevrimiçi bilgi arama eğiliminde olmaları, bu farklılıkların ortaya çıkmasına neden olabilir. Buna karşın, çalışmamızda gözlenen anlamlılık düzeyine ulaşmayan bu fark, örneklem özelliklerinden veya veri toplama bağlamından kaynaklanıyor olabilir.

Benzer şekilde, sağlık anksiyetesi açısından da kadın katılımcıların puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen, bu fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Cinsiyetin sağlık anksiyetesi düzeyine etkisinin sınırlı olduğunu belirten bazı çalışmalarla uyumlu olan bu sonuç (148,152), diğer yandan kadın cinsiyetin sağlık anksiyetesi açısından bir risk faktörü olduğunu savunan literatürle de kısmen örtüşmektedir (153,154). Kadın bireylerin bedensel duyumlara karşı daha duyarlı olmaları ve olumsuz sağlık sonuçlarına ilişkin bilişsel eğilimlerinin daha belirgin olması, bazı çalışmalarda kadınlarda daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeylerinin bildirilmesine neden olmuştur. Buna rağmen, çalışmamızda gözlenen farkın istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması, cinsiyetin sağlık anksiyetesi üzerinde tek başına belirleyici bir değişken olmayabileceğini göstermektedir.

Öğrenim düzeyi ile CSS-12’nin “Zorlama” alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmış; lise ve altı mezuniyeti olan bireylerin, zorlayıcı siberkondri davranışlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürde, eğitim düzeyinin siberkondri düzeylerini azalttığını bildiren çalışmalar vardır. Örneğin, Tarhan ve

arkadaşları (19), yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerini daha eleştirel değerlendirdiklerini ve bu nedenle daha az siberkondri eğilimi gösterdiklerini belirtmiştir. Benzer şekilde, Deniz (149), üniversite mezunlarının siberkondri düzeylerinin daha düşük olduğunu raporlamıştır. Bununla birlikte, bazı araştırmalar daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde siberkondri düzeylerinin daha yüksek olabileceğini ortaya koymuştur. Uzun ve Zencir'in (112) üniversite çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, lisansüstü eğitime sahip bireylerde siberkondri düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Teken'in (138) üniversite hastanesine başvuran bireylerle yaptığı çalışmada, lise üstü eğitim düzeyine sahip bireylerde “zorlama” alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Peng ve arkadaşlarının (145) COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de yürüttükleri çalışmada da eğitim düzeyinin artmasının siberkondri düzeylerini yükselttiği görülmüştür. Yazarlar bu durumu, bilgiye kolay erişim ve internet kullanımının yoğunluğuyla ilişkilendirmiştir. Bu bulgular, siberkondri ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin örneklem özellikleri, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve internet kullanım alışkanlıkları gibi çeşitli faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan bireylerin SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyutu puanları ile SAÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, kronik hastalık varlığı sağlık anksiyetesi için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur ($\beta = 0,168$; $p = 0,006$). Literatürde de benzer bulgulara rastlanmaktadır. Kaynak ve arkadaşlarının (142), COVID-19 pandemisi sürecinde göreve başlayan sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Chen ve arkadaşlarının (154) Çin'de tıp çalışanlarıyla yürüttükleri çok merkezli çalışmada da fiziksel hastalık varlığı, sağlık anksiyetesi için anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Benzer şekilde, Uçar ve arkadaşlarının (155) fibromiyalji hastalarıyla yaptıkları araştırmada, bu bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu raporlanmıştır. Bu bulgular, kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıkla ilgili bedensel duyumlarla karşı daha duyarlı

olmaları, hastalığın nüksü ya da komplikasyon gelişme riski nedeniyle sürekli tetikte olmaları ve daha sık sağlık hizmeti kullanmalarıyla açıklanabilir (45).

Kronik hastalığı olan bireylerde, CSS-12'nin "Güven Arayışı" alt boyutu puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın, siberkondri toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, Uzun ve Zencir'in (112) üniversite personeliyle yürüttüğü çalışmada olduğu gibi, kronik hastalık varlığı ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildiren araştırmalarla örtüşmektedir. Benzer şekilde, Kalmaz ve Temel'in (156) kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerle yürüttüğü çalışmada da siberkondri düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Öte yandan, bazı araştırmalarda kronik hastalığı olmayan bireylerin siberkondri düzeylerinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Altındış ve arkadaşları (157), Fidan (158) ve Tüter (159) tarafından yürütülen çalışmalarda, kronik hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin siberkondri puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın, kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek siberkondri düzeyleri bildirilen çalışmalar da vardır. Avçin ve Can'ın (160) pandemi döneminde ebeveynlerle yürüttüğü çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin siberkondri düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklı sonuçlar, çalışmalarda kullanılan örneklem grupları, veri toplama araçları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, psikolojik dayanıklılık gibi bireysel özellikler ve pandemi gibi çevresel etkenler doğrultusunda değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle, kronik hastalık varlığı ile siberkondri arasındaki ilişkinin çok boyutlu ve örneklemeye duyarlı olduğu söylenebilir.

Ailede kanser öyküsü bulunan bireylerde sağlık anksiyetesi puanlarının anlamlı şekilde yüksek çıkması, literatürde yer alan bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir. Örneğin Bilani ve arkadaşlarının (161) çalışmasında, kanser tanısı almış çocukların ebeveynleri değerlendirilmiş ve bu bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir. Özellikle hastalığa ilişkin çaresizlik algısının sağlık anksiyetesi üzerinde artırıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Hosseinci ve arkadaşlarının (162) yaptığı çalışmada da kanser hastası çocukların annelerinde sağlık anksiyetesi düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, bu bireylerin

çocuklarına ait belirsiz bedensel semptomları daha olumsuz yorumladıkları ve bu yorumların sağlık anksiyetesi ile ilerleme korkusu arasında aracılık rolü üstlendiği gösterilmiştir. Bu bulgular, bireyin kendisinde bir hastalık bulunmasa da birinci derece yakınında kanser öyküsü olması gibi dolaylı maruziyetin sağlıkla ilgili kaygıları arttırabileceğini göstermektedir. Ancak literatürde bu ilişkiyi desteklemeyen bulgular da vardır. Lorimer ve arkadaşlarının (163) çalışmasında, birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunan 79 birey ile kontrol grubundaki 83 birey karşılaştırılmış; gruplar arasında sağlık kaygısı şiddeti puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu farklılık, dolaylı maruziyetin sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinin bireysel baş etme becerileri, algılanan risk düzeyi ve sosyal destek gibi etmenlere bağlı olarak değişebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca örneklem büyüklükleri ve çalışmalarda bağlam farklılıkları da sonuçlar arasındaki tutarsızlıklara neden olabilir.

Çalışmamızda, hastaneye başvuru sıklığı ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak literatürde bu konuda çoğunlukla aksi yönde bulgulara ulaşılmıştır. Mathes ve arkadaşlarının (127), genel popülasyonla çevrimiçi anket yöntemiyle yürüttüğü çalışmada, siberkondri düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Barke ve arkadaşlarının (128) genç ve çoğunluğu kadın bireylerden oluşan örneklemle yaptığı araştırmada ise özellikle “Güven Arayışı” alt boyutunun sağlık başvurularıyla pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Türkiye’de yürütülen bir başka çalışmada, son bir yıl içinde kendisi için orta düzeyde (3–5 defa) ve sık (>5 defa) hekime başvuran bireylerin, hiç başvurmayan ya da nadiren (1–2 defa) başvuran bireylere kıyasla siberkondri düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (164). Bu farklılıkların nedenlerinden biri, çalışmamızın örnekleminin birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerden oluşması olabilir. Bu bireyler çoğunlukla reçete yenileme veya basit yakınmalar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmakta olup, başvuru nedenleri siberkondrik davranışlarla örtüşmeyebilir. Ayrıca, önceki çalışmaların çoğunda veriler çevrimiçi anketlerle toplanmış olup, internet kullanım sıklığı yüksek bireyleri içermektedir; bu durum da siberkondri düzeylerinin yüksek çıkmasına katkı sağlamış olabilir. Sonuç olarak, çalışmamızda siberkondri düzeylerinin sağlık

başvuru davranışlarıyla doğrudan ilişkili olmaması hem örneklem farklılıkları hem de veri toplama yöntemi gibi etkenlerle açıklanabilir.

Hastaneye başvuru sıklığı arttıkça SAÖ'nün "Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutu ile SAÖ toplam skorlarının anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek bireylerin sağlık hizmetlerine daha sık başvurma eğiliminde olduklarını ortaya koyan literatürle paralellik göstermektedir. Sunderland ve arkadaşları (46), Avustralya genel nüfusunda yürüttükleri çalışmada, sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin sağlık anksiyetesi olan bireylerin, olmayanlara kıyasla genel pratisyen başvurularının 1,6 kat, psikiyatrik destek alma oranlarının ise 2,5 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Fink ve arkadaşlarının (76) birinci basamak hastalarıyla yürüttükleri iki yıllık takip çalışmasında, sağlık anksiyetesi yüksek bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini daha sık kullandıkları ve bu durumun hem öznel sağlık algılarını olumsuz etkilediği hem de sağlık sistemine olan maliyeti artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca Bobevski ve arkadaşlarının (78) geniş çaplı epidemiyolojik analizinde, sağlık anksiyetesinin, komorbid ruhsal bozukluklardan bağımsız olarak sağlık hizmeti başvurularının sayısını anlamlı biçimde artırdığı saptanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmamızda gözlenen pozitif yönlü ilişki, sağlık anksiyetesinin yalnızca psikolojik bir durum değil, aynı zamanda sağlık sistemini doğrudan etkileyen davranışsal bir faktör olduğunu da göstermektedir.

Çalışmamızda, sağlık sorunları karşısında ilk olarak internetten bilgi arayan katılımcıların, diğer başvuru davranışlarına sahip bireylere kıyasla siberkondri düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşmektedir. Tarhan ve arkadaşlarının (19) çalışmasında, İstanbul'da 18–75 yaş aralığındaki 1196 katılımcıyla veri toplanmış; ancak aykırı değerlerin dışlanmasıyla analiz kapsamına alınan 1035 bireyin verileri üzerinden yapılan değerlendirmede, sağlık bilgisi edinmede tercih edilen ilk başvuru merkezi ile siberkondri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle interneti ilk bilgi kaynağı olarak tercih eden katılımcıların siberkondri puanları, diğer gruplara kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde, Erdoğan Özyurt ve arkadaşlarının (164) 318 katılımcıyla yürüttükleri çalışmada da katılımcıların %73'ü hekime başvurmadan önce internet üzerinden

şikâyetleriyle ilgili araştırma yaptığını belirtmiş; bu grubun siberkondri puanlarının, doğrudan sağlık profesyoneline başvuran bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, bireylerin interneti ilk başvuru kaynağı olarak tercih etmelerinin, sağlıkla ilgili belirsizlik ve kaygıyı artırarak siberkondri gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Sağlık sorunları karşısında ilk olarak internetten bilgi arayan katılımcıların, diğer başvuru davranışlarına sahip bireylere kıyasla sağlık anksiyetesi düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan güncel literatürle örtüşmektedir. Wang ve arkadaşlarının (165) gerçekleştirdiği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışı ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Araştırma ayrıca bu ilişkinin katılımcı özelliklerine göre değişebileceğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Svestkova ve arkadaşlarının (166) 13–18 yaş aralığındaki ergenlerle yürüttükleri çalışmada, hastalıkla ilgili çevrim içi bilgi arama davranışı sağlık anksiyetesiyle pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, çevrim içi sağlık bilgisi arama davranışının bazı bireylerde belirsizliği azaltmak yerine kaygıyı pekiştirebildiğini ve sağlık anksiyetesi gelişimini destekleyebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizleri, sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. SAÖ'nün “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyutu ile CSS-12'nin “Aşırılık” ($r=0,225$; $p<0,001$), “Sıkıntı” ($r=0,328$; $p<0,001$), “Güven Arayışı” ($r=0,186$; $p=0,002$), “Zorlama” ($r=0,319$; $p<0,001$) ve “Toplam” ($r=0,342$; $p<0,001$) puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. Benzer şekilde, “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyutu ile CSS-12 toplam puanı ($r=0,308$; $p<0,001$) arasında da anlamlı ve pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Bu bulgular, bireylerin sağlıkla ilgili kaygı düzeyleri arttıkça siberkondri eğilimlerinin de paralel biçimde yükseldiğine işaret etmektedir. Literatürde de bu ilişkiyi destekleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Fergus (12), genel yetişkin popülasyonunda yürüttüğü çalışmada, siberkondri düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasında orta-yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon bildirmiştir ($r=0,55$). Barke

ve arkadaşları (128), Almanya’da gerçekleştirdikleri çalışmada, siberkondri alt boyutları ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar saptamışlardır. Çalışmada, “Zorlama” alt boyutu ile sağlık anksiyetesi arasında $r=0,57$; “Sıkıntı” alt boyutu ile $r=0,52$; “Aşırılık” ile $r=0,47$ ve “Güven Arayışı” ile $r=0,32$ düzeyinde korelasyon bildirilmiştir. Bu bulgular, özellikle “Zorlama” ve “Sıkıntı” gibi daha yoğun duygusal ve davranışsal bileşenlerin, sağlık kaygısıyla daha güçlü ilişkili olduğunu göstermektedir. Peng ve arkadaşlarının (145) Çin’de gerçekleştirdiği bir araştırmada ise, siberkondri toplam puanı ile sağlık anksiyetesi arasında $r=0,56$ düzeyinde güçlü bir ilişki saptanmıştır. Fergus’un (167) bir diğer çalışmasında, belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete duyarlılığı gibi bireysel özelliklerin etkisiyle bu ilişki $r=0,50$ düzeyinde bulunmuştur. Son olarak, McMullan ve arkadaşlarının (20) sistematik derleme ve meta-analizinde, siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasında genel olarak yüksek düzeyde bir korelasyon saptanmış ve ortalama korelasyon katsayısı $r=0,62$ (95% GA:0,52–0,71) olarak rapor edilmiştir.

Sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu lineer regresyon analizleri, bu iki kavram arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğunu göstermektedir.

CSS-12 toplam skorunu etkileyen faktörler incelendiğinde; SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ($\beta=0,356$; $p<0,001$), SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” ($\beta=0,314$; $p<0,001$) ve SAÖ toplam skoru ($\beta=0,392$; $p<0,001$) anlamlı yordayıcılar olarak öne çıkmıştır. Bu bulgular, sağlıkla ilgili endişelerin siberkondri davranışlarını artırabileceğini göstermektedir. Özellikle sağlıkla ilgili bedensel duyumlara yönelik hassasiyetin ve zihinsel uğraş düzeyinin yüksek olması, bireylerin çevrim içi sağlık arama davranışlarını daha yoğun ve sıkıntı verici hale getirebilmektedir. Bu durum, literatürde de sıkça vurgulanan siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasındaki paralel ilerleyişi desteklemektedir (12,123).

SAÖ toplam skorunu etkileyen değişkenler arasında ise kronik hastalık varlığı ($\beta=0,168$; $p=0,006$) ve ailede kanser tanısı öyküsü ($\beta=0,165$; $p=0,007$) önemli yordayıcılar olarak saptanmıştır. Bu sonuç, bireyin kendisinde ya da birinci derece yakınlarında ciddi sağlık sorunlarının bulunmasının, sağlıkla ilgili kaygı düzeylerini artırdığını ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, CSS-12’nin Aşırılık,

Sıkıntı, Güven Arayışı ve Zorlama alt boyutlarının da SAÖ skorunu anlamlı düzeyde etkilediği; dolayısıyla CSS-12'nin tüm bileşenleriyle sağlık anksiyetesinin güçlü bir şekilde ilişkili olduğu görülmektedir ($p<0,001$). Bu durum, siberkondrinin yalnızca çevrim içi bilgi arama davranışı olmadığını, aynı zamanda bu davranışların altında yatan kaygı dinamiklerinin sağlık anksiyetesi ile yakından ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Elde edilen bu sonuçlar, sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça siberkondri davranışlarının da yoğunlaştığını, buna karşılık siberkondri düzeyi yükseldikçe bireyin sağlıkla ilgili kaygılarının da derinleştiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sağlık anksiyetesi ve siberkondri hem klinik uygulamalarda hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinde birlikte ele alınmalı; tarama, önleme ve müdahale stratejileri geliştirilirken bu iki yapının karşılıklı etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır.

6. SONUÇLAR

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri ve siberkondri ile ilişkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan bireylerin genel olarak orta düzeyde siberkondri ve sağlık anksiyetesi skorlarına sahip olduğu görülmüştür. CSS-12 toplam puan ortalaması $30,7 \pm 8,01$; SAÖ toplam puan ortalaması ise $14,42 \pm 7,02$ 'dir.
- Yaş ile yalnızca SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,137$; $p=0,025$).
- Cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu gibi değişkenlerin siberkondri ve sağlık anksiyetesi skorları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.
- Öğrenim düzeyi ile CSS-12 “Zorlama” boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuş; lise ve altı eğitimi olan bireylerin zorlayıcı siberkondri davranışlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,010$).
- Kronik hastalığı olan bireylerde CSS-12 “Güven Arayışı” ($p=0,018$), SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ($p=0,010$) ve SAÖ toplam ($p=0,024$) skorları anlamlı şekilde daha yüksektir.
- Ailede kanser öyküsü bulunan bireylerin SAÖ toplam skorları anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,044$).
- Hastaneye başvuru sıklığı arttıkça SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ile SAÖ toplam skorları anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,001$).
- Sağlık sorunları karşısında internetten bilgi arayan katılımcıların siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri diğer davranış biçimlerini sergileyen katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.
- SAÖ ile CSS-12 toplam puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,386$, $p<0,001$). Özellikle SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ile tüm CSS-12 boyutları arasında düşük-orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur.
- Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam skorunu etkileyen en güçlü değişkenler arasında SAÖ “Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” ($\beta=0,356$; $p<0,001$), SAÖ “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” ($\beta=0,314$; $p<0,001$) ve SAÖ toplam ($\beta=0,392$; $p<0,001$) yer almıştır.

- Sağlık Anksiyetesi leği toplam skorunu anlamlı düzeyde etkileyen faktörler ise kronik hastalık varlığı ($\beta=0,168$; $p=0,006$), ailede kanser öyküsü ($\beta=0,165$; $p=0,007$), CSS-12'nin tüm alt boyutları (Aşırılık, Sıkıntı, Güven Arayışı, Zorlama) ve CSS-12 toplam skoru olmuştur.



7. ÖNERİLER

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bireylerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerinin taranması, bu iki yapının erken dönemde tanınmasına katkı sağlayabilir.
2. Kronik hastalığı olan bireylerde ve ailede kanser öyküsü bulunan kişilerde, sağlık kaygısı düzeylerinin yüksek olabileceği göz önünde bulundurularak, bu gruplara yönelik psikoeğitim programlarının planlanması gerekir.
3. İnternette bilgi arama davranışının, sağlık kaygılarını artırabileceği dikkate alınarak; sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik toplumsal farkındalık çalışmalarının teşvik edilmesi gerekir.
4. Siberkondri ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin çok boyutlu yapısı, sağlık profesyonellerinin bu kavramları birlikte değerlendirmelerini gerektirmektedir.
5. Aile sağlığı merkezlerinde, sağlık anksiyetesi ve siberkondri konusunda farkındalık artırıcı kısa müdahaleler ve danışmanlık hizmetleri geliştirilebilir.
6. Siberkondriye yönelik müdahalelerde, bireyin bedensel duyumlara aşırı duyarlılığı ve zihinsel uğraş düzeyi dikkate alınmalı, gerekirse psikolojik destek sağlanması gerekir.
7. İleriye dönük araştırmalarda, farklı sosyodemografik gruplar üzerinde niteliksel ve niceliksel yöntemlerin bir arada kullanılması, siberkondri ve sağlık anksiyetesi etkileşiminin daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayabilir.

8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization 1948. World Health Organization, Geneva. Erişim tarihi: 21 Mart 2025. <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
2. Bigdeli Z, Hayati Z, Heidari GR, Jowkar T. Place of internet in health information seeking behavior: Case of young internet users in Shiraz. *Hum Inf Interact*. 2016;3:67-78.
3. Fox S, Duggan M. Health online 2013. Pew Research Center's Internet & American Life Project. Pew Research Center Publications; 2013. p. 1–55.
4. Kilit Dö, Eke E. Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: Isparta ili örneği. *Hsid*. 2019;22(2):401-36.
5. Eyüboğlu E. Ebeveynler ve online sağlık bilgisi arama davranışı: sağlık okuryazarlığı kapsamında bir inceleme. *TRT Akad*. 2023;08(19):904–33.
6. Laugesen J, Hassanein K, Yuan Y. The impact of internet health information on patient compliance: a research model and an empirical study. *J Med Internet Res*. 2015;17(6):e143.
7. Bati AH, Mandiracioglu A, Govsa F, am O. Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse Educ Today*. 2018;71:169–73.
8. Brodie M, Flournoy RE, Altman DE, Blendon RJ, Benson JM, Rosenbaum MD. Health information, the internet, and the digital divide. *Health Aff*. 2018;19(6):255–65.
9. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması 2024. Türk İstatistik Kurumu, Ankara. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2025. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492).
10. Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *Int J Med Inform*. 2006;75(1):29–41.
11. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the

relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *J Anxiety Disord.* 2012;26(1):189–96.

12. Fergus TA. The cyberchondria severity scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *J Anxiety Disord.* 2014;28(6):504–10.
13. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2011;14(10):613–8.
14. Abramowitz JS, Braddock AE. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: a biopsychosocial approach. Göttingen: Hogrefe; 2008. p. 16.
15. Lucock MP, Morley S. The health anxiety questionnaire. *Br J Health Psychol.* 1996;1(2):137–50.
16. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther.* 2007;38(1):86–94.
17. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics.* 2016;57(4):390–400.
18. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(2):205–13.
19. Tarhan N, Tutgun-Ünal A, Ekinci Y. Yeni kuşak hastalığı siberkondri: yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Derg.* 2021;17(37):4253–97.
20. McMullan RD, Berle D, Arnáez S, Starcevic V. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019 Feb;245:270–8.
21. Singh K, Brown RJ. Health-related internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety Stress Coping.* 2014;27(5):542–54.

22. Tuna DC, Marakoğlu K, Körez MK. Üniversite öğrencilerinin siberkondri ve anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörler: kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hek Derg.* 2023;27(2):36-44.
23. Özkent MS, Kılınç MT, Hamarat MB, Yılmaz B, Göger YE, Özkent Y, et al. Digitalization and urological diseases: severity of cyberchondria and level of health anxiety in patients visiting outpatient urology clinics. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2023;26(1):28-34.
24. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med.* 2002;32(5):843-53.
25. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arş.* 2013;50(4):325-31.
26. McElroy E, Kearney M, Touhey J, Evans J, Cooke Y, Shevlin M. The CSS-12: development and validation of a short-form version of the cyberchondria severity scale. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2019;22(5):330-5.
27. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord.* 2014;28(2):259-65.
28. Tuğtekin U, Tuğtekin EB. Siberkondri ciddiyet ölçeğinin kısa formunun Türkçeye uyarlanması ve öğretmen adaylarının aşırı çevrimiçi bilgi arama davranışları. *Anemon Muş Alparslan Üniv Sos Bilim Derg.* 2021;9(6):1747-62.
29. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(4):306-12.
30. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. *BJPsych Adv.* 2018;24(1):66-72.
31. Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. *Psychol Med.* 2009;39(2):277-85.

32. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(2):127–39.
33. Longley SL, Broman-Fulks JJ, Calamari JE, Noyes R, Wade M, Orlando CM. A taxometric study of hypochondriasis symptoms. *Behav Ther.* 2010;41(4):505–14.
34. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *Br J Psychiatry.* 2013;202(1):7–8.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980. p. 249–251.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. p. 462-466.
37. Salkovskis PM, Warwick HMC. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther.* 1986;24(5):597–602.
38. Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behav Res Ther.* 1990;28(2):105–17.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 309-318.
40. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 2013. American Psychiatric Association, Arlington (VA). Erişim tarihi: 27 Mart 2025. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_.
41. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision, 2019. World Health Organization, Geneva. Erişim tarihi: 10 Nisan 2025. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F45.2>.

42. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 11th revision, 2021. World Health Organization, Geneva. Erişim tarihi: 10 Nisan 2025. https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release.
43. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(7–8):566–9.
44. Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *Br J Health Psychol*. 2007;12(Pt 4):511–23.
45. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: a systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS One*. 2020;15(7):e0234124.
46. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):56–61.
47. Weck F, Richtberg S, Neng J. Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. *Curr Psychiatry Rev*. 2014;10(1):14–23.
48. Tyrer H, Ali L, Cooper F, Seivewright P, Bassett P, Tyrer P. The schedule for evaluating persistent symptoms (SEPS): a new method of recording medically unexplained symptoms. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(3):281–7.
49. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res*. 2011;71(6):392–4.
50. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJG, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1096–105.

51. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med.* 2001;63(4):595–602.
52. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosom Med.* 2019;81(5):398–407.
53. Barbek RME, Makowski AC, von dem Knesebeck O. Social inequalities in health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2022;153:110706.
54. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(8):737–44.
55. Hedman E, Lekander M, Ljótsson B, Lindefors N, Rück C, Andersson G, et al. Optimal cut-off points on the health anxiety inventory, illness attitude scales and whiteley index to identify severe health anxiety. *PLoS One.* 2015;10(4):e0123412.
56. Prabha L, Ganjekar S, Gupta V, Desai G, Chaturvedi SK. A comparative study of health anxiety in neurology and psychiatry settings. *J Neurosci Rural Pract.* 2020;11(1):125.
57. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):391–408.
58. Kosic A, Lindholm P, Järnholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Three decades of increase in health anxiety: systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *J Anxiety Disord.* 2020;71:102208.
59. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry.* 1983;140(3):273–83.
60. Thorgaard MV. Health anxiety and illness behaviour in children of mothers with severe health anxiety. *Dan Med J.* 2017;64:B5365.
61. Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behav Res Ther.* 2012;50(7–8):502–12.

62. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2017;45:110–23.
63. Abramowitz JS. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17(4):211–7.
64. Abbey SE, Wulsin L, Levenson JL. Somatization and somatoform disorders. In: Levenson JL, editor. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically III*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011. p. 261.
65. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychol Psychother*. 2021;94(1):63–80.
66. Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*. 1995;39(4):403–27.
67. Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child Care Health Dev*. 2009;35(3):383–90.
68. Brondino N, Lanati N, Barale F, Martinelli V, Politi P, Geroldi D, et al. Decreased NT-3 plasma levels and platelet serotonin content in patients with hypochondriasis. *J Psychosom Res*. 2008;65(5):435–9.
69. Taylor S, Thordarson DS, Jang KL, Asmundson GJG. Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry*. 2006;5(1):47.
70. Tyrer P, Eilenberg T, Fink P, Hedman E, Tyrer H. Health anxiety: the silent, disabling epidemic. *BMJ*. 2016;353:i2250.
71. Marcus DK, Church SE. Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *J Psychosom Res*. 2003;54(6):543–7.
72. Hedman-Lagerlöf E, Tyrer P, Hague J, Tyrer H. Health anxiety. *BMJ*. 2019;364.

73. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behav Res Ther.* 2007;45(3):413–24.
74. Olatunji BO, Etzel EN, Tomarken AJ, Ciesielski BG, Deacon B. The effects of safety behaviors on health anxiety: an experimental investigation. *Behav Res Ther.* 2011;49(11):719–28.
75. Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry.* 2004;161(9):1680–91.
76. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One.* 2010;5(3):e9873.
77. Eilenberg T, Frostholm L, Schröder A, Jensen JS, Fink P. Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: analysis alongside a randomised controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2015;32:95–102.
78. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. *Psychosom Med.* 2016;78(1):13–25.
79. Tyrer P, Salkovskis P, Tyrer H, Wang D, Crawford MJ, Dupont S, et al. Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technol Assess.* 2017;21(50):1–88.
80. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong S (Kelvin), Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2017;101:31–7.
81. Noyes R, Happel RL, Yagla SJ. Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics.* 1999;40(6):461–9.
82. Berge LI, Skogen JC, Sulo G, Igland J, Wilhelmsen I, Vollset SE, et al. Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: a prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the

Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. *BMJ Open*. 2016;6(11):e012914.

83. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom*. 1995;63(1):1–8.
84. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022. p. 357-361.
85. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(7):1–8.
86. Brahmabhatt A, Richardson L, Prajapati S. Identifying and managing anxiety disorders in primary care. *J Nurse Pract*. 2021;17(1):18–25.
87. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(9):772–81.
88. Croicu C, Chwastiak L, Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1079–95.
89. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(1):49-54A.
90. Gerstenblith TA, Stern TA. Primary care and consultation-liaison interventions for somatic symptom and related disorders. In: Gabbard GO, editor. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2014. p. 571.
91. Wulsin L. Intensive interventions for somatic symptom disorders. In: Gabbard GO, editor. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2014. p. 591.
92. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9913):219–25.
93. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. 2007;69(9):881–8.

94. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li Z jiang, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2019;245:98–112.
95. K. Bouman T. Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative review. *Curr Psychiatry Rev.* 2014;10(1):58–69.
96. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2019;19(6):663–76.
97. Tyrer P, Tyrer H, Morriss R, Crawford M, Cooper S, Yang M, et al. Clinical and cost-effectiveness of adapted cognitive behaviour therapy for non-cardiac chest pain: a multicentre, randomised controlled trial. *Open Hear.* 2017;4(1).
98. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2023 ed. Brussels: WONCA Europe; 2023.
99. Tyrer P, Fox C, Gardiner C, Mulder R, Tyrer H. Initial assessment of patients with putative functional disorders in medical settings. *Clin Med (Northfield Il).* 2021;21(1):8.
100. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: önce zarar verme. *Türk Aile Hekim Derg.* 2017;21(2):74–81.
101. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Trans Inf Syst.* 2009;27(4):1–37.
102. Fergus TA. Cyberchondria and intolerance of uncertainty: examining when individuals experience health anxiety in response to internet searches for medical information. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2013;16(10):735–9.
103. White RW, Horvitz E. Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. *AMIA Annu Symp Proc.* 2009;2009:696–700.
104. Starcevic V. Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychother Psychosom.* 2017;86(3):129–33.

105. Starcevic V, Berle D: Cyberchondria: an old phenomenon in a new guise? in Aboujaoude E, Starcevic V (eds): *Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*. New York, Oxford University Press, 2015, pp 106-117.
106. Loos A. Cyberchondria: too much information for the health anxious patient? *J Consum Health Internet*. 2013;17(4):439–45.
107. Dodgson R. Doctors warn the cybersick. *The Independent*, 1998. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2025. <https://www.independent.co.uk/news/doctors-warn-the-cybersick-1168119.html>.
108. Carrns A. On the internet, diseases are rampant, playing to worries of hypochondriacs. *Wall Street Journal*, 1999. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2025. <https://www.wsj.com/articles/SB939076866193196830>.
109. Valley P. Are you a cyberchondriac? *The Independent*, 2001. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2025. <http://www.independent.ie/unsorted/features/are-you-a-cyberchondriac-26091312.html>.
110. BBC News. Cyberchondria' hits web users, 2001. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2025. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1274438.stm>.
111. Stone J, Sharpe M. Internet resources for psychiatry and neuropsychiatry. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(1):10–2.
112. Uzun SU, Zencir M. Cyberchondria and associated factors among university staff. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg*. 2022;7(2):257–68.
113. Gençer AG, Karadere ME, Okumuş B, Hoccoğlu Ç. DSM-5'e giremeyen tanılar (kompulsif satın alma, misophonia, facebook kıskançlığı, pagofaji, siberkondria, internet bağımlılığı). *Türkiye Klin Psikiyatr - Özel Konular*. 2018;11(3):87–96.
114. Wang P, Dervos DA, Zhang Y, Wu L. Information-seeking behaviors of academic researchers in the internet age: a user study in the United States, China and Greece. *Proc ASIST Annu Meet*. 2007;44.
115. International Telecommunication Union (ITU). *Facts and Figures 2024: Internet use*. ITU, Geneva. Erişim tarihi: 14 Mayıs 2025. <https://www.itu.int/itu-d/reports/statistics/2024/11/10/ff24-internet-use/>.

116. Makarla S, Gopichandran V, Tondare D. Prevalence and correlates of cyberchondria among professionals working in the information technology sector in Chennai, India: a cross-sectional study. *J Postgrad Med.* 2019;65(2):87–92.
117. Srivastava SP, Tiwari SK, Negi M. Prevalence and predictors of cyberchondria and depression amid COVID-19 pandemic in adult population of Uttar Pradesh, India. *Arch Med Heal Sci.* 2022;10(2):200–6.
118. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry.* 2015;14(1):97.
119. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(4):311–7.
120. Singh K, Fox JRE, Brown RJ. Health anxiety and internet use: a thematic analysis. *Cyberpsychology J Psychosoc Res Cybersp.* 2016;10(2):4.
121. McManus F, Leung C, Muse K, Williams JMG. Understanding ‘cyberchondria’: an interpretive phenomenological analysis of the purpose, methods and impact of seeking health information online for those with health anxiety. *Cogn Behav Ther.* 2014;7:e21.
122. Kobryn M, Duplaga M. Does health literacy protect against cyberchondria: a cross-sectional study? *Telemed e-Health.* 2024;30(4):E1089–100.
123. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent insights into cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(11):1–8.
124. Boelen PA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(3):208–13.
125. Ivanova E, Karabeliova S. Elaborating on internet addiction and cyberchondria – relationships, direct and mediated effects. *J Educ Cult Soc.* 2014;5(1):127–44.

126. Doğan S, Acar F, Gül T, Doğan B. İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondria davranışları üzerine etkisi. *Erciyes Akad.* 2021;35(1):281–98.
127. Mathes BM, Norr AM, Allan NP, Albanese BJ, Schmidt NB. Cyberchondria: overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Res.* 2018;261:204–11.
128. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The cyberchondria severity scale (CSS): German validation and development of a short form. *Int J Behav Med.* 2016;23(5):595–605.
129. Vismara M, Caricasole V, Starcevic V, Cinosi E, Dell’Osso B, Martinotti G, et al. Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Compr Psychiatry.* 2020;99:152167.
130. Ivanova E. Internet addiction and cyberchondria - their relationship with well-being. *J Educ Cult Soc.* 2013;4(1):57–70.
131. Tekdemir R, Kandeğer A, Selvi Y. Cognitive Behavioral Perspective on the Conceptualization and Treatment of Cyberchondria. In: Aker H, Aiken M, editors. *Handbook of Research on Cyberchondria, Health Literacy, and the Role of Media in Society’s Perception of Medical Information.* Hershey, PA: IGI Global; 2022. p. 115–28.
132. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res.* 2006;8(2).
133. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *J Anxiety Disord.* 2020;69:102150.
134. Parlakkılıç A. Evaluation of the readiness of family physicians in the prevention of cyberchondria. *Disaster Med Public Health Prep.* 2025;19:e46.
135. Abu Khait A, Mrayyan MT, Al-Rjoub S, Rababa M, Al-Rawashdeh S. Cyberchondria, anxiety sensitivity, hypochondria, and internet addiction:

- implications for mental health professionals. *Curr Psychol*. 2023;42(31):27141–52.
136. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns*. 1995;26(1–3):139–44.
137. Yalçın İ, Boysan M, Eşkisu M, Çam Z. Health anxiety model of cyberchondria, fears, obsessions, sleep quality, and negative affect during COVID-19. *Curr Psychol*. 2022;43(9):1.
138. Teken MT. Bir üniversite hastanesine başvuran hastalarda siberkondri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, 2023.
139. Foroughi A, Taheri AA, Khanjani S, Mohammadpour M, Amiri S, Parvizifard A akbar, et al. Psychometric properties of Iranian version of the cyberchondria severity scale (short-form of CSS). *J Consum Health Internet*. 2022;26(2):131–45.
140. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi. *Eurasian J Fam Med*. 2018;7(1):5-13.
141. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord*. 2020;73.
142. Kaynak KÖ, Karadağ E, Öztuna B. COVID-19 pandemi sürecinde göreve başlayan sağlık personeline anksiyete ve sağlık kaygısı. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2024;32(6):433–40.
143. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanelerde ve bireylerde bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımına ilişkin anket, 2024. Türk İstatistik Kurumu, Ankara. Erişim tarihi: 26 Mayıs 2025. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-\(ICT\)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-(ICT)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2024-53492).

144. Bajcar B, Babiak J, Olchowska-Kotala A. Cyberchondria and its measurement. The polish adaptation and psychometric properties of the cyberchondria severity scale CSS-PL. *Psychiatr Pol.* 2019;53(1):49–60.
145. Peng XQ, Chen Y, Zhang YC, Liu F, He HY, Luo T, et al. The status and influencing factors of cyberchondria during the COVID-19 epidemic. A cross-sectional study in Nanyang City of China. *Front Psychol.* 2021;12.
146. Santoro G, Starcevic V, Scalone A, Cavallo J, Musetti A, Schimmenti A. The doctor is in(ternet): the mediating role of health anxiety in the relationship between somatic symptoms and cyberchondria. *J Pers Med* 2022, Vol 12, Page 1490. 2022;12(9):1490.
147. Gerolimatos LA, Edelstei BA. Predictors of health anxiety among older and young adults. *Int Psychogeriatrics.* 2012;24(12):1998–2008.
148. Zahid MF, Haque A, Aslam M, Aleem NA, Hussain S, Fahad H, et al. Health-related anxiety and hypochondriacal concerns in medical students: a cross-sectional study from Pakistan. *Teach Learn Med.* 2016;28(3):252–9.
149. Deniz S. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan.* 2020;7(24):84–96.
150. Vismara M, Varinelli A, Pellegrini L, Enara A, Fineberg NA. New challenges in facing cyberchondria during the coronavirus disease pandemic. *Curr Opin Behav Sci.* 2022;46:101156.
151. Laato S, Islam AKMN, Islam MN, Whelan E. What drives unverified information sharing and cyberchondria during the COVID-19 pandemic? *Eur J Inf Syst.* 2020;29(3):288–305.
152. Karaoglu N, Karaoğlu KB, Yardımcı H. Sosyoloji ve tıp öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlık kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Med J.* 2020;20(3):615–28.
153. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg.* 2020;6(1):139–54.

154. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: a multicentre study. *J Int Med Res.* 2019;47(10):4854.
155. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül AI, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res.* 2015;43(5):679–85.
156. Kalmaz A, Temel M. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2024;8(1):42–54.
157. Altındış S, Baran İnci M, Aslan FG, Altındış M, Adresi Y, Tarihi G. Üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sak Tıp Derg.* 2018;8(2):359–70.
158. Fidan MM. 18 yaş üstü bireylerin internetten sağlık bilgisi arama davranışı, e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri durumlarının değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, 2021.*
159. Tüter M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2019.*
160. Avçin E, Can Ş. The relationship between the stress experienced by parents and cyberchondria during the pandemic process. *Libr Hi Tech.* 2022;40(2):548–68.
161. Bilani N, Jamali S, Chahine A, Zorkot M, Homsı M, Saab M, et al. Illness cognition and health anxiety in parents of children with cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2019;37(6):713–28.
162. Hosseinci P, Ghalibaf E, Kamyab G, Eghbali A, Khatibi A. Health anxiety and the negative interpretation of children's bodily symptoms in mothers of cancer patients. *J Cancer Surviv.* 2024;18(1):157–64.
163. Lorimer SB, Sansom-Daly UM, Stech EP, Newby JM. Predictors of health anxiety in cancer patients' loved ones: a controlled comparison. *Psychooncology.* 2020;29(11):1874–82.

164. Erdoğan Özyurt T, Aydemir Y, Aydın A, Baran İnci M, Çetin Ekerbiçer H, Muratdağı G, et al. İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. Sak Tıp Derg. 2020;10(Özel Sayı):1–10.
165. Wang Z, Hu Y, Huang B, Zheng G, Li B, Liu Z. Is there a relationship between online health information seeking and health anxiety? A systematic review and meta-analysis. Health Commun. 2023;39(12):2524–38.
166. Svestkova A, Kvardova N, Smahel D. Health anxiety in adolescents: the roles of online health information seeking and parental health anxiety. J Child Fam Stud. 2024;33(4):1083–94.
167. Fergus TA. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. J Affect Disord. 2015;184:305–9.

9. ÖZET

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma, Antalya ilindeki birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran, 18–65 yaş aralığında olan ve internet kullanan bireylerde sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerini belirlemeyi; ayrıca bu iki değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, bireylerin bu konulardaki farkındalıklarının artırılmasına ve baş etme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Yöntem: Kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır. Belirtilen kriterlere uyan toplam 267 birey dahil edilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan üç bölümden oluşan bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Anketin ilk bölümünde sosyodemografik bilgi formu; ikinci bölümünde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ); üçüncü bölümünde ise Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) yer almıştır. Elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 25.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $37,56 \pm 12,19$ yıl olup %53,9'u kadın, %64'ü evli ve %61,8'i üniversite mezunudur. %26,2'si en az bir kronik hastalık tanısı almış, %51,7'sinin ailesinde kronik hastalık, %22,1'inin ise ailesinde kanser öyküsü vardır. Katılımcıların CSS-12 toplam puan ortalaması $30,7 \pm 8,01$; SAÖ toplam puan ortalaması ise $14,42 \pm 7,02$ 'dir. Yaş ile SAÖ'nün "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutu arasında negatif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,137$; $p=0,025$). Öğrenim düzeyi ile CSS-12'nin "Zorlama" alt boyutu arasında anlamlı fark gözlenmiş; lise ve altı mezunu bireylerin daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir ($p=0,010$). Kronik hastalık tanısı olan bireylerde CSS-12 "Güven Arayışı", SAÖ "Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" ve SAÖ toplam skorları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye başvuru sıklığı arttıkça SAÖ toplam ve "Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" skorları da anlamlı şekilde artmıştır ($p<0,001$). Cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerinin sağlık anksiyetesi ve siberkondri üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Sağlık sorunları karşısında ilk olarak internetten bilgi arayan bireylerin, siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir. SAÖ ile CSS-12 toplam

puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,386$; $p<0,001$). Regresyon analizinde; siberkondriyi anlamlı biçimde yordayan değişkenler SAÖ'nün "Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" ($\beta=0,356$), "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" ($\beta=0,314$) alt boyutları ve SAÖ toplam skoru ($\beta=0,392$) olmuştur. Öte yandan, sağlık anksiyetesini yordayan faktörler arasında kronik hastalık varlığı ($\beta=0,168$), ailede kanser öyküsü ($\beta=0,165$) ve tüm CSS-12 alt boyutları yer almıştır ($p<0,05$).

Sonuç ve öneriler: Bu çalışmanın sonuçları, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin genel olarak orta düzeyde siberkondri ve sağlık anksiyetesi düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. Sağlık anksiyetesi ile siberkondri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuş; özellikle sağlık kaygısı düzeyinin artmasıyla siberkondri davranışlarının da arttığı görülmüştür. Kronik hastalık tanısı olan bireyler ile ailesinde kanser öyküsü bulunan katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnternette bilgi arama davranışı da bu iki yapı üzerinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık anksiyetesi ve siberkondriye yönelik erken farkındalık geliştirilmesi, riskli bireylere yönelik psikoeğitim programları uygulanması ve sağlık okuryazarlığını artıracak toplumsal stratejiler geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık anksiyetesi, siberkondri, birinci basamak sağlık hizmetleri.

10. ABSTRACT

Assessment of the Relationship Between Health Anxiety Levels and Cyberchondria in Patients Applying to Primary Health Care Services

Objective: This study aimed to determine the levels of health anxiety and cyberchondria among individuals aged 18–65 who used the internet and applied to primary health care services in Antalya. Additionally, it sought to examine the relationship between these two variables and contribute to raising awareness and improving coping strategies among individuals.

Method: This cross-sectional and correlational study included a total of 267 participants who met the inclusion criteria. Data were collected through a structured, three-part questionnaire administered via face-to-face interviews. The first part included a sociodemographic data form, the second part consisted of the Health Anxiety Inventory (HAI), and the third part comprised the Cyberchondria Severity Scale–Short Form (CSS-12). Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 25.0.

Results: The participants' mean age was 37.56 ± 12.19 years; 53.9% were female, 64% were married, and 61.8% were university graduates. Among the participants, 26.2% had at least one chronic disease, 51.7% had a family history of chronic illness, and 22.1% had a family history of cancer. The mean CSS-12 score was 30.7 ± 8.01 and the mean HAI score was 14.42 ± 7.02 . A weak negative correlation was found between age and the “Negative Consequences” subscale of HAI ($r = -0.137$; $p = 0.025$). Participants with lower educational levels scored higher in the “Compulsion” subscale of CSS-12 ($p = 0.010$). Those with chronic diseases had significantly higher scores in the “Reassurance” subscale of CSS-12 and both the “Hypersensitivity and Worry” subscale and total score of HAI. HAI scores also increased significantly with the frequency of hospital visits ($p < 0.001$). Gender, marital status, and employment status had no significant effect on cyberchondria or health anxiety. Individuals who first seek information on the internet when faced with health problems exhibit significantly higher levels of cyberchondria and health anxiety. A positive and statistically significant correlation was found between HAI and CSS-12 total scores ($r = 0.386$; $p < 0.001$). In regression analysis, the most significant predictors of cyberchondria were HAI “Hypersensitivity and Worry”

($\beta=0.356$), “Negative Consequences” ($\beta=0.314$), and HAI total score ($\beta=0.392$). Factors predicting health anxiety included the presence of chronic illness ($\beta=0.168$), family history of cancer ($\beta=0.165$), and all CSS-12 subscales ($p<0.05$).

Conclusion and recommendations: The results of this study show that individuals who apply to primary health care services generally have moderate levels of cyberchondria and health anxiety. A significant and positive relationship was found between health anxiety and cyberchondria; particularly, as the level of health anxiety increased, cyberchondria behaviors also increased. Participants with a chronic disease or a family history of cancer were found to have higher levels of health anxiety. Seeking information on the internet also emerged as a determining factor for both constructs. Based on these findings, it is recommended to develop early awareness regarding health anxiety and cyberchondria in primary care, implement psychoeducation programs for at-risk individuals, and promote public strategies to improve health literacy.

Keywords: Health anxiety, cyberchondria, primary health care.

11. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedeni etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.



Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Adı:** “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi” Anketi
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma ile birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran hastaların, sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerini belirlemek ve sağlık anksiyetesi ile siberkondri düzeyleri arasında ilişki bulunup bulunmadığının araştırılması, aynı zamanda bu hastaların, sağlık anksiyetesi ve siberkondri konusunda farkındalıklarının arttırılması ve elde edilen sonuçlar neticesinde bu durumlarla başa çıkmaları konusunda stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır. Çalışmada, 18-65 yaş aralığında olan, internet kullanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere 3 bölümden oluşan bir anket uygulanacaktır. Çalışmada kullanılacak anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgilerinden oluşan veri formu, ikinci bölümünde 18 sorudan oluşan Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), üçüncü bölümünde ise 12 sorudan oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği-Kısa formu (CSS-12) kullanılacaktır ve siz izin vermediğiniz sürece bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Bu çalışma ile birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren hastaların, sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerini belirlemek ve sağlık anksiyetesi ile siberkondri düzeyleri arasında ilişki bulunup bulunmadığının araştırılması, aynı zamanda bu hastaların, sağlık anksiyetesi ve siberkondri konusunda farkındalıklarının arttırılması ve elde edilen sonuçlar neticesinde bu durumlarla başa çıkmaları konusunda stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

- d. **Araştırmanın Nedeni:** Tez çalışması
- e. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 12 ay
- f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 263
- g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**

Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu çalışmanın; birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda, sağlık anksiyetesi ve siberkondri konusunda farkındalıklarının arttırılabileceği ve elde edilen sonuçlar neticesinde bu durumlarla başa çıkmaları konusunda stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Meliha Nur ARI Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil)

karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal

hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

**Ek 3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi
Düzeyleri ve Siberkondri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi Çalışması Anketi**

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların, fiziksel belirtilerin yanlış yorumlanmasına dayalı olarak kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair aşırı veya gereksiz endişe duyması anlamına gelen ‘sağlık anksiyetesi’ ile sağlıkla ilgili her türlü endişeyi yatıştırmak için takıntılı biçimde internetten araştırma durumu olarak bilinen ‘siberkondri’ düzeylerini belirlemek için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir. İkinci bölümde sağlık anksiyetesine ait sorular, üçüncü bölümde ise siberkondri düzeyi ile ilgili sorular vardır. Verileriniz siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır. **Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.**

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
 - a. Bekar
 - b. Evli
4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a. Okuryazar
 - b. İlköğretim
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Yüksek Lisans/Doktora
6. Kronik bir hastalığınız var mı?
 - a. Yok
 - b. Var
7. Ailenizde (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) kronik hastalığı olan bir birey var mı?
 - a. Var
 - b. Yok
8. Ailenizde (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) kanser tanısı olan bir birey var mı?
 - a. Var
 - b. Yok
9. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?
 - a. Var
 - b. Yok

10. Son 1 yıl içerisinde kendi sağlığınız için hastaneye başvuru sıklığınız nedir?

- a. 0-2 b. 3-5 c. 6-9 d. 10 ve üzeri

11. Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorun olduğunda ilk olarak ne yaparsınız?

- a. Geçmesini beklerim b. Bildiklerimi uygulardım
c. İnternette arama yaparım d. Doktora başvururum
e. Bir arkadaşına veya aileme danışırım f. Diğer (.....)

12. Doktorunuza sağlık durumunuzla ilgili olarak rahat soru sorabiliyor musunuz?

- a. Hiçbir zaman b. Nadiren c. Bazen d. Sıklıkla e. Her zaman

SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve **SON 6 AY İÇİNDEKİ DUYGULARINIZI EN İYİ İFADE EDENİ** seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alacak şekilde işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı 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 hissedirim.
b. Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim.
c. Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim.
d. Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.

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 farkında olurum.

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 hiç karşı koymuyorum.

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. Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- b. Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- c. Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- d. Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

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

9.

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

10.

- a. Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- b. Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
- c. Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
- d. Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

- a. Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
- b. Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
- c. Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
- d. Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

- a. Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
- b. Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- c. Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- d. Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

- a. Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
- b. Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
- c. Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğu zaman zorlanırım.
- d. Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

14.

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

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser 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 da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım.
- d. Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk almazdım.

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 onurum biraz zedelenmiş hissederdim.
- c. Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- d. Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra sizin için en uygun seçeneğin altına (X) işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye TEK yanıt veriniz ve BOŞ bırakmayınız.	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1)Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum hissedersen, bu durumu internette araştırırım.					
2)Hastalık belirtilerini/vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internette yaptığım diğer faaliyetleri engeller.					
3)Aynı hastalık belirtileri ile ilgili farklı internet sitelerini okurum.					
4)İnternette hastalık belirtilerimin nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta da görüldüğünü okursam paniğe kapılırım.					
5)Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam aile hekimime başvurmama neden olur.					
6)Aynı hastalık belirtilerini internette birden fazla defa araştırırım.					
7)Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam işim/okulumla ilgili diğer faaliyetlerimi engeller.					
8)İnternette durumumla ilgili kötü bir şey görmediğim sürece kendimi iyi hissederim.					
9)Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırdıktan sonra daha endişeli hissederim.					
10)Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internet dışında gerçekleştirdiğim sosyal aktivitelerimi engeller.					
11)İnternette gördüğüm/okuduğum bazı tetkikleri bana yapması için, aile hekimine veya başka bir hekime talepte bulunurum.					
12)Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam farklı uzmanlıktan hekimlere başvurmama neden olur.					